

La autoatención y el enfoque relacional

Self-care and the relational approach

AGUIRRE, José Luis

Psicólogo. Instituto Universitario del Gran Rosario (Rosario, Argentina).

Contacto: Mg. Lic. José Luis Aguirre (jlagueirre65@gmail.com).

Fecha recibido: 08/03/2015

Fecha aceptado: 21/06/2016

RESUMEN

El artículo caracteriza y reflexiona sobre el modelo de autoatención y su relación con los otros modelos médicos. A partir de la obra de Eduardo Luis Menéndez, presenta el desarrollo problemático de las concepciones de actor, estructura social y sujeto con sus respectivas relaciones, y expone los rasgos más importantes del enfoque relacional como metodología de abordaje de lo que se denomina antropología médica. Desde la perspectiva antropológica de dicho autor existen saberes, formas de atención y prevención de los sufrimientos físicos y mentales que no adscriben al modelo biomédico y que, sin embargo, son utilizados con mucha frecuencia por las poblaciones a los fines de prevenir, aliviar y/o curar los mismos. Reconocer esta diversidad es, rescatar y hacer visible una modalidad de abordaje del sufrimiento, que amalgama diferentes formas de atención biomédicas y alternativas a las que se denomina "autoatención", que son frecuentemente negadas por la medicina científica, y que se constituyen como el primer nivel de atención. Se propone el enfoque relacional como una metodología adecuada para el abordaje de la autoatención, por su capacidad de develar las perspectivas de los sujetos acerca de dichas prácticas.

PALABRAS CLAVE: Autoatención; Enfoque relacional; Modelos médicos.

ABSTRACT

The article characterizes and reflects on the model of self-care and its relationship with other medical models. Based on the work of Eduardo Luis Menéndez, it presents the problematic development of the concepts of actor, social structure and subject with their respective relationships, and exposes the most important features of the relational approach as a methodology for approaching what is called medical anthropology. From the anthropological perspective of this author there are knowledge, forms of care and prevention of physical and mental suffering that do not attach to the biomedical model and which, however, are very frequently used by populations in order to prevent, alleviate and/or cure them. To recognize this diversity is to rescue and make visible a way of approaching suffering, which amalgamates different forms of biomedical care and alternatives to what is called "self-care", which are frequently denied by scientific medicine, and which constitute the first level of care. The relational approach is proposed as an adequate methodology for the approach of self-care, given its ability to reveal the perspectives of subjects about such practices.

KEYWORDS: Self-care; Relational approach, Medical models.

LA AUTOATENCIÓN COMO MODELO DE ATENCIÓN

A partir de un trabajo de investigación para una tesis de Doctorado (1), nos ha interesado indagar sobre las maneras particulares que implementa una población de mujeres, para llevar adelante estrategias de autoatención para sí mismas y para el grupo familiar al que pertenecen. Los objetivos de esta estrategia son los de prevenir, diagnosticar, tratar y/o evitar el sufrimiento mental, cualquiera sea su fuente. Estos sufrimientos, se producen por problemáticas que se expresan en la dinámica relacional con su comunidad, pueden ser de índole física (enfermedades infecto contagiosas, crónicas degenerativas), psíquicas (situaciones traumáticas, duelos, tristeza, depresión, angustias, adicciones, conflictos amorosos) o espiritual (expectativas o interrogantes sobre la vida y la muerte, sobre la trascendencia individual, sobre la distancia entre la realidad del sujeto y lo que espera la sociedad de él). En el trabajo antes mencionado, las principales preguntas son tres, a saber:

1. ¿Cuáles son los conocimientos o saberes populares, tradiciones culturales, conocimientos del campo biomédico, en relación a las representaciones y prácticas acerca de las maneras de enfermar y curar de estas poblaciones?
2. ¿Cuáles son las prácticas de autoatención para los padecimientos mentales que tiene esta población?
3. ¿Cuáles son las modalidades de autoatención más utilizadas?

Partimos de reconocer que todas las modalidades que utilizan las poblaciones para aliviar el sufrimiento deberían ser tenidas en cuenta por los servicios y sistemas de salud para una comprensión más real y cercana de los problemas de salud y de los modos de vida de las personas. Ayudaría, además, como articuladoras de estrategias más variadas y eficaces para un abordaje más integral del Proceso de Salud-Enfermedad-Atención (PSEA).

La forma en que una comunidad atiende su sufrimiento dice de la manera en que vive, se reproduce, proyecta y muere, dice cuál es su devenir histórico y las marcas que la constituyen, habla del tiempo y el espacio social que habita. Estas estrategias, en la práctica, se constituyen como el primer nivel de atención, aunque el sistema de salud no lo considere así (2).

SOBRE LA AUTOATENCIÓN COMO ARTICULADORA DE LOS DEMÁS MODELOS MÉDICOS

En el trabajo mencionado trabajamos con un grupo de mujeres migrantes del campo a la ciudad, donde indagamos las estrategias de autoatención utilizadas para paliar el sufrimiento psíquico. En la bibliografía

encontramos información que vincula, entre otros, los problemas de salud mental, el parto y puerperio (3-16).

Eduardo Menéndez plantea que existen diversas formas de atención de los padecimientos más allá de los establecidos e institucionalizados por la biomedicina, que los grupos poblacionales utilizan para detectar, diagnosticar, tratar y rehabilitarse de los sufrimientos ocasionados por el desgaste que produce el sistema de producción y reproducción social (17). Estas formas de atención de la enfermedad están determinadas por las condiciones religiosas, étnicas, económicas, políticas, técnicas y científicas de dicha población y crean modalidades en general antagónicas con la atención biomédica. Se plantea de esta manera un "pluralismo médico" por parte de la población, aún contra la resistencia de los diferentes curadores profesionales o no que pretenden detentar una cierta hegemonía sobre las demás modalidades de atención.

Existen para el autor tres factores que condicionan este fenómeno, a saber:

- La expansión formidable y global de las tecnologías de la industria química farmacológica.
- Las migraciones nacionales e internacionales.
- La globalización de los medios masivos de comunicación.

Estos factores posibilitan que ante la aparición del sufrimiento los sujetos y los grupos tengan a disposición una serie de modos o formas de atención que podríamos referir de la siguiente manera:

- Atención biomédica.
- Atención de tipo popular y tradicional (curanderos, brujos, curas sanadores, etc.).
- Atención alternativa o new age. Atención que proviene de otras tradiciones culturales (ayurvédicas, acupuntura, reiki).
- Atención centrada en la autoayuda (Alcohólicos Anónimos, grupos de diabéticos, discapacidades mentales, etc.).
- Autoatención.

Ahora bien, estas formas tienen una utilización diferencial en el nivel profesional y el poblacional. Entre los profesionales aparecen tensionadas por la lucha en pos de una hegemonía, principalmente desde la biomedicina. Si existe alguna utilización de otras formas de atención, la biomedicina las incorpora en una situación subalterna de complemento o suplemento de su praxis.

En cambio, en el nivel de la población, grupos y sujetos, la utilización está articulada en forma más horizontal y tolerante ya que busca la resolución eficaz del sufrimiento, más allá de qué modalidad de atención

se utiliza. En este nivel la utilización es más dinámica y articulada entre los diferentes saberes y prácticas, que en el nivel profesional. Esta diferenciación en la utilización esta dado principalmente por los diferentes objetivos que buscan ambos: la corporación médica, expandir el proceso de medicalización en la sociedad en pos de mercantilizar todas sus actividades y la población en aliviar su sufrimiento.

En el campo de los curadores que no pertenecen a la biomedicina, se observa la utilización de prácticas y elementos de esta, por ejemplo, medicamentos. Esto se debe a la búsqueda de una mayor eficacia en la tarea curativa por un lado y por otro a la disposición de la información biomédica que realizaron los programas de atención primaria de la salud en sectores sociales más vulnerabilizados de la sociedad.

En síntesis, la biomedicina y las otras formas de atención enumeradas pretenden una legitimación social exclusiva de sus saberes y prácticas excluyendo a las demás formas, pretenden una hegemonía en la capacidad de resolver los problemas de salud. La población, grupos y sujetos utilizan de manera compleja, articulada y dinámica todas las formas de atención que puedan solucionar eficazmente su sufrimiento.

Esto último se constituye en un aspecto central, esto es la producción de síntesis, articulación y entramado de diferentes formas de atención que se convierten en una modalidad de autoatención.

RASGOS DE LA AUTOATENCIÓN

La autoatención es la forma más frecuente y constante de atención entre la población y es el principal articulador práctico de las diferentes formas de atención. Menéndez la conceptualiza como:

Las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando éstos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención. De esta manera, la autoatención implica decidir la autoprescripción y el uso de un tratamiento en forma autónoma o relativamente autónoma. En definitiva, la autoatención se refiere a las representaciones y prácticas que manejan los sujetos y grupos respecto a sus padecimientos, incluyendo las inducidas, prescritas o propuestas por curadores de las diferentes formas de atención, pero que, en función de cada proceso específico, de las condiciones sociales o de la situación de los sujetos, conduce a que una parte de dicho proceso

de prescripción y uso se independice, cuando menos en términos de autonomía relativa (18).

La autoatención puede ser considerada en dos niveles a saber:

- Una está relacionada a la reproducción biosocial de los grupos y los sujetos a escalas más familiares en el devenir de la vida cotidiana en el marco de las determinaciones impuestas por las costumbres y tradiciones del medio sociocultural donde habitan esos grupos. En este nivel se incluyen todas las actividades de mantenimiento y reproducción de la vida cotidiana: alimentación, obtención y adecuación del agua para el consumo, aseo, esparcimiento, cuidados del medio ambiente cercano y del propio cuerpo, preparación de los rituales de cuidados de los enfermos crónicos, terminales y de la misma muerte, de los duelos por las pérdidas y de la recuperación y rehabilitación de las capacidades, funciones y lazos sociales perdidos. Es un nivel predominantemente grupal donde están incluidos los grupos familiares, escolares, de trabajo, de diversión, amistad, religiosos, etc.
- El otro nivel contiene una definición restringida y acotada a las representaciones y prácticas que se hacen intervenir intencionalmente en el PSEA. Cabe aclarar que entre ambos niveles no está clara la delimitación. Nos interesa este segundo nivel para analizar, teniendo presente que el primer nivel no es ajeno y que produce marcos de conductas, pautas y determinaciones en las acciones de autoatención en el sentido restringido.

COMPONENTES DE LA AUTOATENCIÓN

Queremos indicar que una actividad muy frecuente en el marco de la autoatención, es la automedicación, a la cual la consideramos parte de la misma y advertimos de no confundirla con ella. Son todas aquellas actividades que se relacionan con la administración hacia sí mismo o hacia otros de sustancias químicas naturales o industrializadas, legales o no, sin la intervención profesional de los curadores biomédicos, alternativos, tradicionales y otros y que buscan aliviar, atenuar o eliminar el sufrimiento o producir estados de placer, concentración mental, mayor rendimiento físico o éxtasis emocional o espiritual.

Otro concepto implicado en la autoatención, es el de autocuidado. Este se refiere a aquellas actividades que se llevan a cabo a partir de indicaciones de los curadores, para evitar y prevenir enfermedades y para promover situaciones de salud más alejadas de la enfermedad.

Por ello se plantea que la automedicación y el autocuidado están incluidos dentro del concepto integrador y amplio de autoatención. La autoatención es un proceso estructural, constante y en permanente cambio:

El carácter estructural de la autoatención deviene de algunos hechos básicos, e implica que aquella se constituye como un proceso necesario en toda cultura a través de las acciones de los pequeños grupos para contribuir a asegurar el proceso de reproducción biosocial. Todo pequeño grupo, en particular el grupo doméstico, se caracteriza por la frecuencia, recurrencia y continuidad de episodios de enfermedades, padecimientos, daños y/o problemas que afectan a la salud de uno más miembros de dichos microgrupos. La mayoría de estos episodios son leves, agudos y transitorios, y pueden hallar solución o por lo menos alivio mediante las acciones de los miembros del grupo. Junto a estos padecimientos siempre han existido enfermedades crónicas que, para que no se traduzcan en muerte prematura, requieren que el sujeto y su microgrupos se constituyan en partes activas del proceso de atención, dado que, sobre todo para algunos padecimientos, la autoatención resulta decisiva para la supervivencia y/o la calidad de vida del sujeto enfermo (18).

El carácter central de la autoatención en los grupos y sujetos está dado por la frecuencia de las enfermedades y padecimientos que deben soportar durante el transcurso de su vida. A esto debemos agregarle la exigencia social a cumplir determinados estándares estéticos y de estilos de vida que son interiorizados y actuados por los grupos y sujetos, con el objetivo de ser incluidos y aceptados por los otros. Esta exigencia conlleva a la aplicación sobre sí mismo y sobre los demás de prácticas y representaciones sobre la salud física y emocional que antes estaban por fuera del campo de las intervenciones de la salud, por ejemplo someterse a psicoterapias por sufrimientos que en otros períodos históricos se resolvían en situaciones de participación social, o en el caso de los niños, los síndromes relacionados a la desadaptación de sus conductas en el ámbito escolar, donde la dificultad organizacional de la institución no puede contener ni captar la atención infantil a menos que estos estén medicados para evitar o atenuar el movimiento físico (19). Otro fenómeno muy extendido son las cirugías estéticas y las dietas para adelgazar donde la principal motivación para el sujeto está puesta en la preocupación por la imagen para el otro que en problemas específicos de salud.

La autoatención es la primera medida que se implementa para detectar y diagnosticar un padecimiento. Luego aparecen medidas de tratamiento que pueden o no hacer intervenir a curadores, también es pasible de producirse una evitación de la consulta a los mismos

o simplemente no se realiza ninguna acción sobre el padecimiento y se confía al paso del tiempo la solución. Estas tres maneras de asumir el sufrimiento son partes inescindibles de la autoatención. Queremos remarcar, además, que el hecho de tomar la decisión de no realizar ninguna intervención es una modalidad de la autoatención.

Lo que llamamos la carrera del enfermo, es el recorrido y la dinámica relacional que se da un sujeto o un grupo en pos de aliviar su padecer. En este recorrido los sujetos y grupos se articulan entre sí y con los diferentes saberes que están en el espacio social. Por ello la autoatención es un proceso y debe ser analizada como tal. No es un evento sino el producto de un entramado de múltiples determinaciones socioculturales. Como ya dijimos más arriba esta estrategia de autoatención es la primera intervención y la más frecuente entre los grupos y sujetos, esto es así ya que es la más accesible para ellos, en términos económicos, de tiempo y de supervivencia.

CONTRADICCIONES DEL PROCESO DE MEDICALIZACIÓN

Existe un saber acumulado que se pone en práctica al momento en que aparece el sufrimiento y este saber tiene diversas fuentes que en general no se conocen y se aplican sin tener en consideración su origen. Por otra parte, la biomedicina utiliza a los sujetos y grupos para que continúen el proceso de curación sin su intervención directa, vigilando la evolución de la enfermedad, estando atentos a los síntomas y su variabilidad en la intensidad de los mismos, tomando los medicamentos con una cierta regularidad, previniendo y potenciando conductas en pos de evitar y aliviar el sufrimiento respectivamente. Este es un proceso contradictorio. Produce una aprehensión de saberes y prácticas que se suman a las que se tenían y van constituyendo espacios de más autonomía e independencia de los curadores, aunque vale aclarar que este proceso nunca lo logra totalmente sino que complejiza la relación entre curadores y enfermos. A medida que aumenta la autonomía del padeciente para autoatenderse se profundiza su dependencia a un saber que le debe suministrar cada vez más información para problemas que antes no tenía y que ahora son definidos como enfermedades y que llamamos proceso de medicalización (20).

En el caso de la medicación psiquiátrica esto es muy evidente. El consumo de Clonazepam está muy extendido en todos los grupos, cualquiera sea su pertenencia social. Esta medicación se utiliza en la mayoría de los casos sin prescripción médica. Por supuesto que fue introducido en las prácticas de autoatención por la biomedicina, con sus regularidades y dosis, que luego se automatizaron en los sujetos a partir de sus necesidades de alivio del sufrimiento mental. Ahora bien, no sabemos qué efectos a largo

plazo tendrán en los sujetos que los consumen cotidianamente sin prescripción y seguramente si estos efectos aparecen, serán nuevamente medicalizados. Lo interesante del fenómeno es que la industria farmacéutica ha ampliado su campo y actores que indican sus productos para el consumo. Ya no son solo los médicos, en la actualidad los pacientes difunden, indican y consumen la mercancía llamada medicamento. Vemos cotidianamente como la biomedicina valora y estimula prácticas de autoatención relacionadas al autocuidado vinculadas a los estilos de vida que considera saludables y por otro lado condena otras prácticas en general vinculadas a la automedicación. Esta es una conducta contradictoria ya que en ambos casos la principal fuente de estímulo y difusión del autocuidado y la automedicación es ella misma. Si profundizamos en el análisis de esta contradicción vamos a encontrar razones de mercado, de hegemonías en el saber-poder, que tienen como objetivos la gobernabilidad de las poblaciones por parte de la razón médica como dispositivo de disciplinamiento sistémico. Al respecto Menéndez plantea que:

El proceso de autoatención se desarrolla actualmente en gran medida a través de la relación directa e indirecta con la biomedicina. Éste es un proceso dinámico y cambiante, que permite observar que procesos de autoatención, cuestionados durante un tiempo, ahora son aceptados como comportamientos “naturales” ¿Quién se asombra o cuestiona actualmente de que las personas utilicen el termómetro para medir su temperatura? El termómetro forma parte del equipamiento básico de gran parte de la población de determinados países “occidentales”, pero este uso es parte de un proceso de apropiación ya olvidado. Sin embargo, actualmente otras apropiaciones tecnológicas por los sujetos y grupos son cuestionadas en nombre de la complejidad técnica y científica (18).

EL ENFOQUE RELACIONAL

Nuestro marco teórico metodológico para llevar adelante el trabajo planteado, está sustentado en el enfoque relacional que plantea Menéndez para la comprensión del PSEA (2). Esta lectura parte de los postulados de “hegemonía cultural” entendida como:

La dominación y mantenimiento de poder que ejerce una persona o un grupo para la persuasión de otro u otros sometidos, minoritarios o ambas cosas, imponiendo sus propios valores, creencias e ideologías que configuran y sostienen el sistema político y social (21).

De esta manera el capitalismo puede mantenerse y reproducirse, es decir por la reproducción de todo

aquel conjunto de ideologías, valores, y principios, que, siendo beneficioso para las clases dominantes de la sociedad, son concebidas como “naturales”, “universales” también por las clases dominadas (18). En este sentido, Menéndez adopta el concepto de “dominación ideológica”, el cual:

Sirve precisamente a la clase hegemónica para crear una conciencia alienada en las clases oprimidas y disimular así las contradicciones inmediatas en las que se debate la sociedad civil dividida en clases (22).

En cuanto al problema del sujeto y la estructura, Menéndez considera que hasta los años ‘60 la mayoría de las corrientes antropológicas se caracterizaban por estudiar a un actor social, a saber: la cultura, la sociedad, la comunidad, etc. En este marco los sujetos no eran considerados como tales, sino como entidades que reproducían lo que hacía la cultura, la sociedad o la comunidad. Por otro lado, los marxistas proponían un enfoque relacional referido a las partes que constituían una cultura, una sociedad o un mito. El estructuralismo excluía a los sujetos sociales o los incluía en términos de conducta de rol, de comportamiento de clase o de patrones de conducta donde la subjetividad de los actores estaba ausente.

Es a partir, sobre todo de la década de 1970, donde se genera una recuperación del papel central del actor en relación con la determinación dominante dada a la estructura social o a la cultura. Este proceso fue posible, por una parte, a la crisis y disolución de la casi totalidad de las sociedades consideradas como socialistas reales, así como por otra al desarrollo del neoliberalismo. Estos acontecimientos son parte central del cuestionamiento y hasta del abandono del papel dominante de las estructuras sociales, y de la recuperación de los sujetos.

Frente a concepciones donde el actor era la cultura o la sociedad, se proponen actores particulares que desarrollan puntos de vista y de acción diferenciales. Aparece entonces una visión –por así decirlo– esencialista de los actores sociales ya que, en sus primeras propuestas, el actor social llamado mujer u homosexual por ejemplo, reproducía a nivel individual aquello que antes se refería sólo a la cultura o a la sociedad, es decir que también se excluye a los sujetos.

Luego comenzó a recuperarse a los sujetos que hay dentro de cada actor en propuestas que iban desde la negación de la sociedad como algo existente, estructurado y/o estructurador, hasta las propuestas de tipo relacional. Menéndez plantea que la mayoría de estas propuestas condujeron a radicar la realidad en el punto de vista de cada actor, y de hecho anular o secundarizar las relaciones que operan entre los diferentes actores sociales (23).

Este devenir en el campo académico e intelectual llevo a que la mayoría de los trabajos que focalizan el punto de vista del actor prácticamente eliminan las relaciones sociales entre actores dado que se centran en uno solo, pero además –al igual que otras tendencias académicas y no académicas–, reducen la presencia y acción del actor casi exclusivamente a su palabra. De esta manera la información que se obtiene casi exclusivamente es la palabra de este actor. Toda la información refiere a representaciones sociales, a narrativas, a las historias que ciertos actores sociales cuentan, sin incluir las prácticas sociales de los mismos. Se asume metodológicamente que lo relevante son las representaciones sociales, las narrativas e historias y que estas describen exactamente a las prácticas sociales.

Podemos agregar que el psicoanálisis, sobre todo, su vertiente lacaniana y estructuralista, han influido intensamente en marcar este rumbo. El inconsciente lacaniano se postula como estructurado por el lenguaje. Es decir que el sujeto, está sujeto a un entramado simbólico, donde el lenguaje le permite encontrar todos los sentidos a su existencia, solo puede pensarse a sí mismo y a su mundo a través del lenguaje, a la emisión de su palabra, el inconsciente es lenguaje y no hay nada más allá de eso. Estamos en presencia de una primacía de la palabra, de la representación. Esta concepción tuvo en el ámbito de la psicología una gran predominancia entre las décadas de 1970-1990 en Latinoamérica, principalmente en Argentina y Brasil, en coincidencia con procesos políticos dictatoriales y con la implementación del neoliberalismo en todo el continente.

En resumen, se identificó el decir con el hacer, lo que conlleva desajustes y errores metodológicos importantes, sobre todo cuando se trabaja en grupos y comunidades. En tal sentido Menéndez plantea:

Subrayo que reconozco la enorme importancia de obtener representaciones sociales, narrativas o historias sobre todo para observar la significación que dan los actores sociales a los procesos en que actúan, pero no incluir las prácticas o pensar que las representaciones equivalen a las prácticas es producir una etnografía basada en lo que los actores dicen que hacen, y no en lo que dichos actores realmente hacen (24).

El otro problema identificado es que los estudios o investigaciones privilegian generalmente a un actor, o a veces a varios, pero excluyen de su mirada las relaciones entre estos. En ambos casos suelen producirse análisis a-relacionales.

EL ENFOQUE RELACIONAL Y SUS CARACTERÍSTICAS

En términos metodológicos el enfoque relacional

indica algunos aspectos básicos (24), a saber:

1. En cualquier proceso social, y en particular el PSEA siempre hay más de un actor significativo, y por lo tanto se debe incluir en el proceso de investigación a todos los actores significativos que participan en el fenómeno estudiado, así como los diferentes tipos de relaciones que operan entre los ellos.
2. Se busca trabajar, no sólo con todos ellos, sino con las relaciones de diferente tipo (cooperativas, competitivas, simétricas, asimétricas, de hegemonía/subalternidad, etc.) que operan entre dichos actores y frecuentemente en forma simultánea.
3. La necesidad de trabajar no sólo con las representaciones sociales sino también con las prácticas sociales de dichos actores sociales.
4. La necesidad de problematizar la realidad, de cuestionar los sentidos comunes que en general disimulan las contradicciones básicas de la conflictiva social.
5. El proceso de S/E/A es un determinante importantísimo de la construcción subjetiva ya que provee estructuras de significados y organiza la estructura social.
6. El proceso S/E/A actúa en todas las esferas de la realidad.
7. El proceso S/E/A opera siempre dentro de relaciones sociales, es decir que las configura y se configura en ellas.
8. En el proceso S/E/A frecuentemente se expresan las contradicciones del sistema.
9. Dentro del proceso S/E/A las relaciones no son buenas ni malas en sí, no se deben valorar moralmente. Hay que ver que producen en los sujetos y colectivos en términos de prácticas más que de representaciones.
10. Expresa la necesidad de encontrar en la realidad las mediaciones y transiciones sociales y subjetivas para evitar la tendencia a la polarización y a la exclusión
11. Las mayorías de las relaciones entre los actores se dan en lo micro, allí se define la existencia de los sujetos y los colectivos y las luchas sociales entre ellos.
12. Las sobredeterminaciones están dadas por relaciones no primarias, no locales, no micro. Debe haber un esfuerzo metodológico por articular lo micro con lo macro.
13. Los conjuntos sociales construyen relaciones imaginarias y reales. Lo que importa es observar su eficacia para plantear resoluciones a los problemas de la vida cotidiana. En general existen juntas las reales y las imaginarias.
14. Las relaciones sociales cambian y se reconfiguran.
15. Se debe observar la relación entre la dimensión empírica y la dimensión teórica. Toda dimensión empírica debe estar referida a una reflexión

teórica y toda dimensión teórica debe estar referida a una observación empírica.

16. El investigador debe estar lo más cerca posible de su objeto para extraer información de mejor calidad.
17. Se debe realizar un esfuerzo por articular la mayor cantidad de dimensiones de la realidad para poder comprenderla.

EL ENFOQUE RELACIONAL Y LOS MODELOS MÉDICOS

En este contexto metodológico se piensa a los modelos médicos como aquellas construcciones que a partir de determinados rasgos estructurales suponen en la construcción de los mismos no solo la producción teórica, técnica, ideológica y socioeconómica de los “curadores” profesionales y no profesionales, sino también la participación en todas esas dimensiones de los conjuntos sociales implicados en su funcionamiento (2). En el capitalismo, existen un conjunto de instituciones que, legitimadas entre sí –aunque principalmente por el Estado–, tienen una funcionalidad sistémica sobre todo por aportar a la implementación de las “concepciones del mundo” de las clases dominantes en el conjunto de la sociedad (21). La biomedicina es una de las instituciones más eficaces en la producción de ideología, precisamente porque es concebida como una institución “libre de valores”, “científica”, “objetiva”, “que estudia la naturaleza”. Esto es lo que el enfoque relacional denomina “Modelo Médico Hegemónico” (2).

De tal manera, con “modelos médicos” no solamente se hace referencia a los saberes y prácticas médicas de los curadores (sean estos occidentales, tradicionales, o alternativos) sino también de los conjuntos sociales no médicos o pacientes, pero dentro del contexto de las relaciones de poder que impone el capitalismo.

En este sentido, se postula que la biomedicina, dentro del sistema capitalista, funciona como un Modelo Médico Hegemónico, cuyo objetivo es imponer valores, principios e ideologías al conjunto de la sociedad, especialmente en los demás modelos médicos que están presentes en toda comunidad, grupo o conjuntos sociales.

Los modelos médicos se pueden clasificar en: el hegemónico, el subordinado, y el modelo de autoatención. La finalidad principal del enfoque relacional es develar y analizar las relaciones de poder que se dan entre los distintos modelos de atención (2).

El enfoque relacional sostiene que dentro de lo posible no se debiera estudiar un modelo médico en sí mismo, ya que es justamente la relación que se establece con los demás modelos, el factor que le

provee de sus características estructurales (18). Este enfoque se diferencia de los otros, por ser holístico, en la medida que estudia tanto los ámbitos micro como macro sociales de la enfermedad y de las formas de contrarrestarla. Los modelos no constituyen la realidad sino que son construcciones metodológicas para indagar la realidad. Los modelos, pensados en términos de investigación, exigen la producción de materiales etnográficos para observar, en los procesos sociales, como operan.

A MODO DE CONCLUSIÓN

Por todo lo anterior, planteamos al enfoque relacional como una herramienta metodológica muy adecuada para abordar al proceso de salud enfermedad atención en su dimensión de autoatención.

Esto es así porque, fundamentalmente, se posibilita explorar una serie de prácticas de cuidados- que funcionan para los sujetos como el primer nivel de atención para ellos mismos y para sus familias- en un contexto y observando y analizando relaciones. Allí se entran una serie de modelos de atención y se aplican en función de las necesidades y disponibilidades materiales y simbólicas de los sujetos.

El enfoque relacional permite explorar las brechas entre las representaciones, sobre el PSEA, y las prácticas concretas de autoatención, e identificar los efectos subjetivantes del PSEA. Permite fundamentalmente llevar adelante una reflexión sobre el devenir de las representaciones y prácticas concretas de los sujetos en el PSEA en el marco de sus determinaciones socio históricas.

Es importante estudiar esta dimensión del PSEA ya que aportaría información para reflexionar y poner en práctica acciones de atención de salud en la población, teniendo en cuenta las representaciones y prácticas que la misma tiene y rescatando la potencia asistencial y preventiva de la autoatención.

REFERENCIAS

1. Aguirre JL. Estrategias de autoatención del sufrimiento mental en mujeres que pertenecen a una población migrante del norte y noreste argentino en el sur de la Provincia de Santa Fe [tesis doctoral]. Lanús: Universidad Nacional de Lanús, Departamento de Salud Comunitaria; 2014.
2. Menéndez EL. De sujetos, saberes y estructuras: Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.

3. Osorio Carranza RM. La cultura médica materna y la salud infantil: síntesis de representaciones y prácticas sociales en un grupo de madres de familia. México, D. F.: Escuela Nacional de Antropología e Historia, Instituto Nacional de Antropología e Historia; 1994.
4. Poblete Jarpa E, Ramírez Fernández L. Prácticas de autocuidado en salud de cuidadores/as en la socialización de sus hijos de 6 a 9 años de la comuna de Chillán [tesis de maestría]. Concepción: Universidad de Concepción, Facultad de Medicina, Departamento de Enfermería; 2003.
5. Varela Arévalo MT, Arrivillaga Quintero M, Cáceres de R DE, Correa Sánchez D, Holguín Palacios LE. Efectos benéficos de la modificación del estilo de vida en la presión arterial y la calidad de vida en pacientes con hipertensión. *Act. Colom Psicol.* 2005;8:69-86.
6. Ortega Canto J. Géneros y Generaciones: Conducta reproductiva de los mayas de Yucatán, México. *Salud colectiva.* 2006 Abr;2(1):75-89.
7. Chávez Alvarez RE, Arcaya Moncada MJ, García Arias G, Surca Rojas TC, Infante Contreras MV. Rescatando el autocuidado de la salud durante el embarazo, el parto y al recién nacido: representaciones sociales de mujeres de una comunidad nativa en Perú. *Texto contexto enferm.* [Internet]. 2007 Dec;16(4):680-687. DOI:10.1590/S0104-07072007000400012.
8. Lafaurie MM, Gómez-Sánchez PI, Bernal AJ, Gualteros MA, Hassan VP, Lozano JA et al. Embarazo en mujeres en situación de prostitución: autocuidado y prácticas de riesgo. Estudio cualitativo: Bogotá, Colombia 2006. *Rev Colomb Obstet Ginecol* [Internet]. 2008 Dic;59(4):285-296. Disponible en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/392>.
9. Torrico Mayol P, Urrutia García D, Schliebener Tobar M. ¿Qué significado le asignan un grupo de mujeres a las actividades para sí mismas? *Rev. chil. ter. ocup.* [Internet]. 2008;(8):17-25. DOI:10.5354/0717-6767.2008.57.
10. Berenzon-Gorn S, Saavedra-Solano N, Alanís-Navarro S. Estrategias utilizadas por un grupo de mujeres mexicanas para cuidar su salud emocional: autoatención y apoyo social. *Salud pública Méx.* [Internet]. 2009 Dic;51(6):465-473. Disponible en: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6937>.
11. Muñoz Franco N. Reflexiones sobre el cuidado de sí como categoría de análisis en salud. *Salud colectiva.* 2009;5(3):391-401.
12. Cerón A. Los caminos del enfermo en una comunidad K'iche' de Guatemala: una contribución del análisis de redes al estudio de los comportamientos de búsqueda de atención en salud. *Redes. Rev. Hisp. Anal. redes soc.* [Internet]. 2010;18(2):14-46. DOI:10.5565/rev/redes.387.
13. Vaquiro Rodríguez S, Stieповich Bertoni J. Cuidado informal, un reto asumido por la mujer. *Cienc. enferm.* [Internet]. 2010 Ago;16(2):17-24. DOI:10.4067/S0717-95532010000200002.
14. Thum MA, Ceolin T, Borges AM, Heck RM. Saberes relacionados ao autocuidado entre mulheres da área rural do Sul do Brasil. *Rev. Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2011 Sep;32(3):576-582. Disponible en: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/18027>.
15. Acosta Ferreira D, de Oliveira Gomes VL, da Costa Kerber NP, Silva da Costa CF. Influências, crenças e práticas no autocuidado das puérperas. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2012 Dec;46(6):1327-1333. DOI:10.1590/S0080-62342012000600007.
16. Zapparoli Zecca M. Mujeres y prácticas curativas tradicionales. Reflexiones [en línea]. 2012;91(2):107-119. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72923962007>.
17. Menéndez, E. Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Rev. antropol. soc.* [Internet]. 2005,14:33-69. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83801402>.
18. Menéndez EL. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciênc. saúde coletiva.* 2003;8(1):185-207.
19. Conrad P. Identifying hyperactive children: the medicalization of deviant behavior. Lexington: Lexington Books, 1976.
20. Illich I. Némesis médica. La expropiación de la salud. Barcelona: Barral Editores; 1975.
21. Gramsci A. Antología. Buenos Aires: Editorial Siglo Veintiuno; 2009.
22. Menéndez E. La crisis del modelo médico y las alternativas autogestionarias en salud. *Revista centroamericana de ciencias de la salud.* 1981;7(19):65-90.
23. Menéndez EL. De rituales y subjetividades: Reflexiones sobre algunas características de los grupos de Alcohólicos Anónimos. *Desacatos* [Internet]. 2009;(29):107-120. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=13913244007>.
24. Moura Pontes AL, Cortez Gómez RG. Entrevista a Eduardo Luis Menéndez. *Trab. Educ. Saúde* [Internet]. 2012;10(2):335-345. DOI:10.1590/S1981-77462012000200009.