

SALUD Y ENFERMEDAD, DOS CONSTRUCCIONES CULTURALES

Ma. del Rosario Olarte Jaramillo¹

RESUMEN

Este texto propone una mirada a las representaciones sociales que construyen las personas sin formación profesional alrededor de temas de salud y enfermedad, como hechos naturales de la vida misma; hace una crítica a la industrialización-institucionalización por parte de los Estados de estos aspectos básicos de la vida y de la desconexión de las personas con sus capacidades para cambiar el rumbo de sus estados de salud o enfermedad. Además, se analiza el lenguaje como instrumento esencial de la comunicación y como acto inherente al ser humano a partir del cual se transmiten ideas y sentimientos hasta tejer sistemas complejos de significación y actuación en el mundo.

Se presenta una criba y revisión de: algunos manifiestos elaborados en diferentes *Conferencias Mundiales de Promoción de la Salud*, estudios de representaciones sociales como construcciones de saberes aceptados por una comunidad y entendidas como metáforas de la cultura y de literatura especializada en el campo de la Comunicación en Salud (CeS) o HealthCommunication (HC).

El planteamiento central es que las subjetividades que construyen las personas de sus historias de vida inciden en su salud o enfermedad y son las

construcciones de sentido las que le aportan a dichas situaciones, un enfoque social que se debe ver reflejado en los programas de promoción y prevención de la salud.

Palabras clave: comunicación, dispositivo cultural, salud, enfermedad, biopoder.

HEALTH AND DISEASE, TWO CULTURAL CONSTRUCTIONS

ABSTRACT

This text proposes a reflective look at the social representations that people without professional training build around issues of health and disease as natural facts of life. It critiques the industrialization-institutionalization the States do these basic aspects of life and the lack of connection of people with their abilities to change the course of their health or disease states. Also, language is analyzed as an essential communication instrument and as an inherent act of the human being, from which ideas and feelings are transmitted to weave complex systems of meaning and action in the world. This paper presents a selection and review of some documents elaborated in different Health Promotion World Conferences, studies of social representations as knowledge constructions

¹ Magíster en Educación y Desarrollo Humano. Estudiante del Doctorado en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, Universidad de Manizales. Manizales, Colombia. E-mail: sasayo@hotmail.com ORCID: 0000-0003-0449-1583

accepted by a community and understood as metaphors of culture and specialized literature in the field of Communication in Health (CIH) or Health Communication (HC). The central approach is that the subjectivities that people construct from their life histories affect their health or illness and it is the constructions of

meaning that contribute to these situations, a social approach that must be reflected in the health promotion and prevention programs.

Key words: communication, cultural device, health, disease, biopower

INTRODUCCIÓN

A lo largo de los siglos, las representaciones sociales sobre salud y enfermedad han cambiado dependiendo del momento histórico, las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que caracterizan la época. Esto ha hecho que las comunidades se muevan bajo diferentes paradigmas que marcan sus estados de salud y enfermedad.

Estos dos conceptos pueden ser abordados de diversas formas según el punto de vista. Para Vergara (1), existen dos opciones que parten de la antropología. La primera, relacionada con el punto de vista de los profesionales del área de la salud (médicos, enfermeras, odontólogos, psicólogos, etc.), que le imprimen al fenómeno una mirada externa o *ética*, donde no se tiene en cuenta a la persona inmersa en la experiencia, sino que se medicaliza la situación limitándola a un acontecimiento físico. La segunda, es una mirada *émica*, que está ligada a la persona y a sus prácticas de vivir con salud o enfermedad.

Según Harris (2), “los enunciados émicos describen los sistemas sociales de pensamiento y comportamiento, cuyas distinciones, entidades o hechos fenoménicos están constituidos por contrastes y discriminaciones percibidas por los propios participantes”. Desde este concepto se consigue un acercamiento a la comunidad y a sus imaginarios de realidad, teniendo en cuenta su manera particular de vivir, pensar, comprender y organizar el mundo. Para Berger y Luckmann

(3): “La expresividad humana es capaz de objetivarse, o sea, se manifiesta en productos de la actividad humana, que están al alcance tanto de sus productores como de los otros hombres, por ser elementos de un mundo común”. Las representaciones sociales son construcciones objetivas con sentido de realidad frente a un mundo concreto y a unas formas de transitar por él, según un determinado conjunto de personas que comparte una existencia común y situada.

Hay muchos tipos de grupos humanos que se crean ya sea por su cercanía geográfica, por su religión, por su sexo, por su raza, por su idioma, etc., y se identifican entre sí por poseer conocimientos *objetivos homogéneos* sobre temas concretos de su vida diaria. En este sentido, el término “objetivo” se refiere a que en un contexto determinado existe un sistema de signos con sus correspondientes significados y significantes que son usados y aceptados de forma universal por todos los miembros de la comunidad.

Salud con enfoque social

La Organización Mundial de la Salud (OMS), como máximo líder en temas de gestión, promoción y prevención, define la salud como “Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de enfermedad o dolencia” (4). Es así como, desde este tipo de definición hecha por una entidad oficialmente avalada por gobiernos y población civil, se consolida una idea amplia de salud planteándola como un recurso individual que

influye en la vida personal y social, un derecho al que todos los seres humanos deben tener acceso.

Este enunciado tiene sus antecedentes en otros documentos publicados también por la OMS. En 1978, durante la *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud* en Alma-Ata, Kazajistán, se publicó un manifiesto que indicaba que la salud es “un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas de un país y de sus comunidades, y se basa en la aplicación de los resultados pertinentes de las investigaciones sociales, biomédicas” (5).

En 1986, en la *Primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud*, en Ottawa, Canadá, la OMS se vio obligada a dar nuevamente respuesta a la elevada demanda de nuevas concepciones en salud con enfoque social. Esta Conferencia fue un escenario que abrió el diálogo entre los múltiples problemas de salud que padecía la humanidad en ese momento y que exigían soluciones sociales, económicas y culturales coordinadas a nivel mundial. Al terminar la Conferencia se emitió un documento llamado *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*, cuyo tema central es *Salud para Todos en el Año 2000*. Este documento aboga por que la salud sea consecuencia de los cuidados que cada individuo se dé a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones, vigilancia de la vida propia y de asegurar que la sociedad en la que se desarrolla la vida dé la opción de disfrutar de ella (6).

Se han desarrollado otras siete *Conferencias de Promoción de la Salud*: Adelaide - 1988, Sundsvall - 1991, Yakarta - 1997, Ciudad de México - 2000, Nairobi - 2009, Helsinki - 2013 y Shanghai - 2016. En cada una de ellas se han dado directrices estratégicas a gobiernos, organizaciones y expertos para dar solución de forma intersectorial y organizada a las dificultades de salud de todos los países y niveles de desarrollo. En la última reunión que se desarrolló en Shanghai se dio un interesante paso para la consolidación de la

política como elemento estratégico de la salud de los pueblos, y en esa misma Conferencia se desarrolló un *Consenso de Alcaldes sobre Ciudades Saludables*, que es un documento donde más de 100 alcaldes se comprometen a promover la salud a través de estrategias de mejora en lo urbano. Esto indica que la buena gobernanza unida a los conocimientos en salud a nivel local y regional deben propiciar en la ciudadanía la conciencia del cuidado de la vida sana.

Estos principios liderados por la OMS, le imprimen a los temas de salud un enfoque social, donde el sujeto tiene la oportunidad de tomar la palabra y convertirse en un actor activo, dejar de ser él únicamente el objeto de estudio para convertirse en un vigilante diligente y cuidadoso de sus estados de salud y enfermedad. Reconoce la capacidad de los individuos para autogestionarse y articularse a los sistemas de salud, así como de proponer soluciones a sus afecciones sentidas. De esta manera, a las personas comprometidas en el tema se les asignan nuevos roles que pueden llegar a hacer más eficientes los programas de salud.

En confluencia con la OMS (4-6), algunos teóricos han expresado ideas similares en las que los estados de salud y enfermedad no se limitan simplemente a la alteración de las funciones regulares de un órgano o a una molestia física y plantean comprensiones más holísticas y humanizadas del fenómeno. Para Gadamer (7):

“[...] la salud no puede medirse [...] porque se trata de un estado de medida interna (en el sentido de ‘lo apropiado’, ‘lo mesurado’) y de coincidencia con uno mismo. Este estado no puede someterse a otro tipo de controles. Por eso tiene sentido preguntarle al paciente si se siente enfermo”.

Las sensaciones de salud o enfermedad únicamente pueden ser sentidas por el afectado, nadie más que él puede llegar a determinar el grado de arritmia en sus ciclos naturales, pues es el propio sujeto quien puede dar cuenta de

lo que es normal o anormal en el interior de su cotidianidad.

Estas irregularidades en el funcionamiento son las que hacen brotar las situaciones de enfermedad y no de salud. Son esas las que modifican el equilibrio natural de las personas, que en cada sujeto se manifiestan de forma diferente según su situación, forma de vida y del entorno en el cual está inmerso, porque como lo comenta Gadamer (7): “la salud no reside justamente en un sentirse-a-sí-mismo; es un ser-ahí, estar-en-el mundo, un estar-con-la-gente un sentirse satisfecho con los problemas que le plantea a uno la vida”.

La forma en que cada persona guía su vida es una construcción social que elabora a través del tiempo y la experiencia, pues solo al haber sentido, haber estado y haber experimentado la vida misma con sus idas y vueltas, es consciente de sus estados de salud o enfermedad. Cada persona debe ser capaz de llevar las riendas de su vida para gozarla o padecerla.

Para Illich (8), salud es:

“[...] una palabra cotidiana que se usa para designar la intensidad con la que los individuos hacen frente a sus estados internos y a sus condiciones ambientales [...] ‘saludable’ es un adjetivo que califica acciones éticas y políticas [...] la salud de una población depende de la forma en que las acciones políticas condicionan el medio y crean aquellas circunstancias que favorecen la confianza en sí, la autonomía e igualdad para todos, especialmente de los débiles”.

La salud depende de las acciones y cuidados que las personas se prestan a sí mismas y al entorno en el que viven. En sociedades equilibradas con situaciones amigables y propositivas para el desarrollo humano, las condiciones de bienestar impactan de forma positiva en los estados de salud de los sujetos.

Construcciones culturales de la enfermedad

Las sociedades actuales se edifican desde el intercambio de información por diferentes vías para construir sus representaciones sociales, las cuales determinan el tipo de relaciones que los sujetos establecen con el entorno y con ellos mismos. Hoy, los estudios sobre salud y enfermedad enfocados en la población, sus hábitos, costumbres y construcciones con sentido común son determinantes clave del fenómeno y se les está otorgando gran valor, pues es a partir de conocer las percepciones de salud y enfermedad que construyen las personas sin formación profesional en el ámbito, las que le aportan una mirada diferencial al fenómeno. Algunos autores se refieren al tema como “nueva conciencia de salud” que determina pautas y conductas, como Pierret (1).

Las representaciones sociales son dispositivos culturales hechos por los seres humanos alrededor de situaciones que se les presentan u objetos que les rodean. Las representaciones sociales están influenciados por los contextos, las situaciones particulares de vida o los usos que se le dan a alguna cosa, y su función básica es la de intermediar entre el sujeto y la realidad, la cual es perfilada por la representación. Una explicación más clara del tema hace Denise Jodelet en su texto *La representación social: fenómenos, conceptos y teoría* (9):

“[...] una manera de interpretar y de pensar nuestra realidad cotidiana, una forma de conocimiento social. Y correlativamente, la actividad mental desplegada por individuos y grupos a fin de fijar su posición en relación con situaciones, acontecimientos, objetos y comunicaciones que les conciernen. Lo social interviene ahí de varias maneras: a través del contexto concreto en que se sitúan los individuos y los grupos; a través de la comunicación que se establece entre ellos; a través de los marcos de aprehensión que proporciona su bagaje cultural; a través de los códigos valores e ideologías relacionadas con las posiciones y pertenencias sociales específicas”.

Para Moscovici (10), “sistemas cognitivos que poseen una lógica y un lenguaje particular [...] de *teoría*, de *ciencias sui generis*, destinados a descubrir la realidad y ordenarla”.

Una forma directa de acercarse a las representaciones sociales es a través del análisis de las conversaciones y de lo que se dice en ellas de manera formal e informal, por ejemplo, profundizar en una charla durante una reunión entre amigos en un café, en una fila de banco o por el teléfono, dan a conocer la influencia que tiene el contexto en ellos, en su forma de actuar y de percibir la realidad, pues el lenguaje, los actos de habla, de comunicación son la vía en que las sociedades actuales se reflejan, se reproducen, se transforman y, sobre todo, es la manera en que los sujetos lo exteriorizan (10).

El contexto social, la ubicación geográfica, la situación económica, la raza o ideología que caracteriza a cada persona, juegan un papel muy importante y determinante a la hora de analizar las representaciones sociales, porque son elementos que le imprimen una carga simbólica a partir de la cual se construye la representación. Hacer referencia a las representaciones sociales implica hablar de la manera en que las personas se relacionan con la realidad y construyen sus propios aprendizajes. En palabras de Jodelet (9) es:

“[...] el conocimiento *espontáneo, ingenuo* que tanto interesa en la actualidad a las ciencias sociales ese que habitualmente se denomina *conocimiento del sentido común* o *bien pensamiento natural* por oposición al pensamiento científico [...] en muchos aspectos, un *conocimiento socialmente elaborado y compartido*”.

Las representaciones sociales también se pueden denominar como *conocimiento práctico, del sentido común*, elaborado a partir de la realidad, porque es la que le da sentido al incesante devenir de sucesos en el que vive el ser humano.

Durkheim es uno de los teóricos que más impulsó la idea de la construcción social de la realidad, y fue Schutz quien sociologizó las contribuciones filosóficas de la fenomenología de Husserl y desarrolló su teoría sobre la importancia de los significados sociales, como Ritzer (11).

Para Berger y Luckmann (3), la construcción social de la realidad tiene una clara influencia de la fenomenología, porque son las subjetividades personales las que crean las realidades objetivas en la vida cotidiana, los sujetos asimilan lo que les rodea como real, independiente de su percepción, lo asumen como algo que está ahí.

Representar significa hacer presente “un algo”, re-presentar, el cual no está en ese momento visible u ocurriendo en la realidad. Los actos de habla o artísticos, por ejemplo, el teatro, la pintura, el cine, etc., están cargados de aspectos subjetivos del sujeto que en ese instante representan una realidad, no son un simple hecho de inercia, siempre tienen un toque de personalización. Esto lo pudo comprobar Jodelet en 1986, cuando al estar desarrollando una encuesta sobre el cuerpo humano, una mujer definió el sexo femenino como: “el tabernáculo sagrado de la vida”. A partir de este comentario pudieron concluir que:

“[...] por esta imagen pasa todo un mundo de significados e ideas: la cavidad del útero *sagrado* anuncia lo prohibido y *vida* la dedicación del sexo a la reproducción [...] resulta evidente que pensar en tales términos tendrá una incidencia sobre la vida sexual” (9).

Las representaciones sociales son dispositivos culturales que influyen de forma directa en las acciones que las personas llevan a cabo en cualquier ámbito de sus vidas. Para Jodelet (9), “en el campo de la salud y la enfermedad orientan la decisión de consultar a un médico, la representación del cuerpo determina la higiene corporal y las reglas que se observan para mantenerse en buena forma física”.

Entre el control técnico de la enfermedad y la pérdida de la individualidad

Las comunidades han olvidado las prácticas de agencia para la gestión de sus problemas, han dejado que el Estado y la industria de los servicios se ocupen de sus necesidades y deseos, a tal punto que ellas mismas han creado arquetipos sociales, a los cuales les han designado roles con autoridad y poder suficiente para guiar sus vidas, acciones individuales y colectivas. Se han institucionalizado roles bajo los cuales las personas se relacionan y actúan siguiendo pautas programadas para presentarse, para existir en la vida real y obtener experiencias con las que van sedimentando su conocimiento del mundo (3).

El juez es quien dicta juicios de culpabilidad o inocencia, legalidad o ilegalidad y su rol está institucionalizado por la ley. El líder religioso es quien dice quién es santo o pecador, determina quién por voluntad rompió el tabú, o no, y su rol está institucionalizado por los dogmas de fe. El diseñador es quien decreta juicios de valor, tales como feo o bonito, y su rol está institucionalizado por lo estético. El médico es quien está autorizado institucionalmente por la sociedad para emitir sentencias de salud o enfermedad.

Illich (8) afirma:

“La distorsión industrial de nuestra percepción compartida de la realidad nos ha vuelto ciegos a nivel contrapropositivo [...]. Se asignan funciones personales a las instituciones impersonales. Curar deja de considerarse la tarea del enfermo. Se convierte, primero, en el deber de los reparadores de cuerpos individuales y después cambia de un servicio personal a ser el producto de una agencia anónima. En el proceso, la sociedad se reacomoda para el bien del sistema de asistencia a la salud”.

La asistencia médica se ha transformado en una institución moral productora de contenidos que clasifica los síntomas de las personas en dolencias verdaderas (enfermo), dolencias sugestivas (sano), y hasta tiene el poder social para declarar como enfermo a alguien sin síntomas. Posee la capacidad de producir situaciones de vida al clasificar a las personas como *capaces* o *incapaces*, *normales* o *subnormales*, además tiene la osadía de catalogar la muerte como *autoinfligida*, *accidental* o *natural*.

Un aspecto importante a tener en cuenta en la relación salud-cuerpo-enfermedad es el concepto de *biopoder*, que según Foucault (12) está compuesto por dos elementos. El primero se centra en el cuerpo humano como máquina e involucra: el incremento de sus aptitudes y de su utilidad, su educación y su integración al sistema económico. El segundo, hace énfasis en el cuerpo como elemento vivo, y se enfoca en sus características biológicas, mortales y las condiciones que pueden hacer variar sus estados de salud y enfermedad. Estas dos concepciones, el cuerpo como máquina y el cuerpo como elemento vivo, son implementadas en las sociedades modernas altamente capitalistas para organizar, disciplinar y normalizar el ejercicio del poder sobre la vida, el yugo de los cuerpos y el control de la población.

El *biopoder* buscar ejercer un control técnico en los cuerpos modernos para organizar la población y no simplemente sobre el individuo; busca mantener la especie en condiciones óptimas de productividad, modificando e interviniendo los cuerpos como si de un Dios todopoderoso se tratara, con capacidades divinas para crear estados de salud o enfermedad y así conceder la vida o la muerte a aquellos cuerpos que caen en sus garras y, según sus intereses, asignarles un destino u otro, dejando de lado las aspiraciones del propio sujeto, si es que las tiene, ya que en muchas ocasiones la capacidad de elección y de libre albedrío se ve anulada por la misma sociedad, a la que no le interesan las personas pensantes y capaces de autogestionarse.

Llegados a este punto de institucionalización-industrialización de la sociedad en los aspectos básicos de comportamiento y convivencia, las responsabilidades individuales dejan de ser personales e intransferibles, para convertirse en tareas de industrias diseñadas por el Estado que convierten a los sujetos en actores ajenos de sus condiciones sociales, económicas y ambientales, que son las que deben marcar sus pautas de comportamiento.

La libertad como capacidad del ser humano para desarrollarse y desplegar sus potencialidades, hacerse cargo de sí mismo, se ve limitada por estos sistemas institucionales que estandarizan los roles, comportamientos, sentimientos, afecciones y necesidades de las personas. Esto produce hombres y mujeres desconocedores de sus cuerpos, lejanos de sus emociones e incapaces de vivir en libertad bajo parámetros de autorregulación social que les permitan una vida plena en comunidad.

El valor de uso que las personas le dan a su libertad está devaluado. Se han olvidado de que pueden aprender viendo y haciendo, pueden desplazarse con los pies, curarse cuidando de su cuerpo y comiendo alimentos sanos. Haciendo todo esto con mayor o menor pericia, los individuos tienen la posibilidad de generar acercamientos diferentes a sus situaciones de vida cotidiana para construir subjetividades propias basadas en sus experiencias, afectos, deseos y necesidades. Subjetividades situadas y construidas libremente.

Realidad mágica

En el área de la salud-enfermedad hay muchos relatos mágicos o imaginarios arraigados en las comunidades. Varios de estos imaginarios están directamente ligados a partes del cuerpo que no tienen la misma categoría; se han hecho construcciones de órganos (como los genitales o partes del aparato digestivo) que no son favorables, así que en muchas ocasiones es preferible obviarlos en las conversaciones. Se ha

llegado a pensar que es más digno estar enfermo de los pulmones que del colon, perdiendo de vista que el cuerpo y sus manifestaciones son propias de la condición humana, y ¿qué hay del ser humano que no sea humano? El cuerpo debe ser cuidado y apreciado de forma integral.

La enfermedad, como proceso natural de todos los seres vivos, es una situación temida, de mal augurio y misteriosa; las representaciones sociales que se han construido con el paso del tiempo alrededor de muchas de ellas, no son positivas, tergiversando su naturaleza o verdad como lo describe Susan Sontag en su libro *La enfermedad y sus metáforas* (13):

“Tal como la muerte es ahora un hecho ofensivamente falto de significado, así una enfermedad comúnmente considerada como sinónimo de muerte es cosa que hay que esconder. La política de tratar ambiguamente con los cancerosos no depende más que de una convicción: a los moribundos es mejor ahorrarles la noticia de que se están muriendo [...]. A los pacientes de cáncer se les miente no simplemente porque la enfermedad es (o se piensa que sea) una condena a muerte, sino porque se la considera obscena en el sentido original de la palabra, es decir: de mal augurio, abominable, repugnante para los sentidos”.

Las situaciones que rodean a las personas que padecen de cáncer son ruidosas y aterradoras; los que están a su alrededor y el directamente afectado no llegan claramente a comprender qué es lo que pasa en su organismo. Aunque la medicina ha logrado establecer la génesis de la enfermedad, el comportamiento celular y su evolución, no ha logrado transmitir a la sociedad los suficientes mensajes para que colectivamente se creen nuevas representaciones alrededor del cáncer. Por el contrario, la palabra *cáncer* en el lenguaje cotidiano se ha llegado a convertir en un adjetivo cargado de los peores atributos, incluso ha alcanzado niveles de metáfora que contamina una situación. Es normal escuchar frases como “El cáncer del Gobierno es la

corrupción” o “El cáncer de la sociedad son las drogas”, o como lo decía Marinetti (13) refiriéndose al comunismo: “El comunismo es la exasperación de ese cáncer burocrático que siempre asoló a la humanidad. Un cáncer alemán, típico del espíritu preparativista de los alemanes. Todo preparativismo pedante es antihumano”. También utilizó John Dean esta palabra con Nixon al tratar de explicarle el Watergate: “Hay un cáncer ahí dentro, cerca de la Presidencia, y está creciendo” (13).

Es interesante encontrar que hay algunas representaciones que le han otorgado al cáncer la categoría de castigo divino por haber pecado, así se puede leer en *El libro del ello* de George Groddeck (14):

“Con el miembro que tú pecas, en él serás castigado: la mujer es castigada con cáncer de pecho y con cáncer de útero porque pecó con los pechos y con el bajo vientre; el hombre es castigado con heridas, sangre y locura, porque causó heridas y pensó el mal”.

Hacer uso de la libertad individual es producto de la reflexión de acciones que se realizan por *inercia social*, entendida como las conductas que las personas siguen sin hacer un proceso crítico frente a ellas. Estas están arraigadas en la sociedad y se van aprendiendo de generación en generación por arrastre, de ahí surgen muchas de las representaciones sociales antes descritas.

Al asumir posturas críticas, los individuos recobran su capacidad de agencia para transformar su vida en comunidad, se vuelven sujetos políticos con subjetividades propias y situadas, y emergen de forma autónoma actitudes para el *cuidado de sí*. Las posturas críticas conllevan al uso de procedimientos políticos que no dependen de acciones concretas, pero que se comparten de forma masiva por grupos de individuos que pertenecen a un mismo sistema que acarrea construcciones sociales bajo las cuales se construyen realidades socialmente aceptadas.

Illich (8) se refiere a estas posturas así:

“Y la gente hasta limitará los tratamientos médicos porque estará dispuesta a mantener su poder para sanar; porque una mejor asistencia sanitaria no obedecerá a nuevas terapias médicas, sino al nivel de buena voluntad y capacidad para cultivar la autoasistencia. Recobrar estas libertades depende de que los hombres y mujeres asuman sus limitaciones actuales y comiencen a construir nuevas ilusiones”.

Los procesos de salud y enfermedad están inmersos en las prácticas sociales, no son creaciones autónomas labradas naturalmente por los individuos, son adaptaciones que ellos hacen para crecer, madurar, envejecer, curarse de afecciones, resistir y aguardar con calma la muerte. Estas adaptaciones están influenciadas por la zona geográfica, la situación política, económica y ambiental en la que están inmersas las comunidades. La construcción de las representaciones sociales alrededor de la salud y la enfermedad son un acto personal que se ve reflejado a nivel social, así como el dominio de los mismos, pues a través de ellos se adquieren saberes y conciencia del cuerpo, de los ritmos cotidianos, las acciones, la dieta o las relaciones sexuales.

La salud y la enfermedad no son los únicos aspectos del ser humano alrededor de los cuales se crean adaptaciones para sobrellevar el ciclo de la vida, también están: el trabajo, el ocio, las celebraciones, los sueños, las relaciones interpersonales, la educación y muchas otras acciones que realizan las personas en su cotidianidad.

Una de las principales características de los seres humanos, y aspecto clave diferencial con otros seres de la naturaleza, es su capacidad para comunicarse a través del lenguaje articulado, con el que pueden expresar estados de ánimo, pasiones, sentimientos, curiosidades, ansiedades,

etc. Es el habla el elemento primordial que usan los sujetos para exteriorizar y construir imaginarios de su realidad compartida, para intercambiar información, saberes y consolidar significados con base en lo que les rodea. Compartir conversaciones con otras personas hace que los sujetos se identifiquen o no con su contexto social, político, económico y ambiental y naveguen por su territorio a partir de unas pautas establecidas y aceptadas por él y la sociedad.

Comunicación y salud

El ser humano ha usado el lenguaje como instrumento de mediación entre la realidad y las comprensiones que desarrollan de esta. Farr (10) comenta que:

“[...] los contactos entre los hombres provienen del papel que en ellos desempeña el lenguaje. ‘Gesto’ perfección, exclusivo de la especie humana, portador de emociones pero también de ideas y de imágenes, el lenguaje eleva la comunicación al nivel simbólico”.

Los mitos, la religión, la literatura, la música, la danza, la poesía, la magia, la ciencia o el teatro son formas de expresión con lenguajes propios, a través de los cuales los seres humanos establecen relaciones entre sí y el mundo, ya que el hombre, por su naturaleza gregaria, necesita generar construcciones de sentido de la realidad que le rodea con sus semejantes. En palabras de Amador y Quintero (15): “Estas mediaciones o formas simbólicas dan lugar a lo que se llama cultura y son las que le permiten al ser humano formular preguntas y responderlas o, a la manera Duch, ‘em-palabrar’ la realidad para construirla simbólica y socialmente”.

Esta construcción de realidad inicia en un encuentro dialógico entre lo personal y lo colectivo (acto comunicativo), pues es imposible crear *sentido* sin tener en cuenta un grupo humano que, a través de sus vivencias y percepciones,

le otorgue valor a las construcciones sociales narrativas que entreteje hasta construir *cultura*, la cual está enmarcada dentro de un momento histórico y lugar geográfico. Para que esto ocurra, Albert Chillón explica en su texto *La urdimbre mitopoética de la cultura mediática* (16) que este es un proceso situado en la lógica del lenguaje ordinario; para él, la imaginación juega un papel crucial y debe ser entendida como:

“[...] la facultad psíquica por excelencia, aquella que, mediante la *configuración* y la *síntesis*, es responsable última de todas las formas de intelección y comunicación *imaginables* [...] facultad cognitiva primordial, capaz de elaborar síntesis significativas a partir de los muy diversos estímulos perceptivos, y de configurar tales síntesis para hacerlas objetivables y comunicables. En palabras del visionario William Blake: La imaginación no es un estado, es la propia existencia humana”.

Es importante entender el concepto de la imaginación, pues según Chillón (16):

“[...] la imaginación es crucial porque llama la atención sobre el hecho de que el conocimiento –y la comunicación posible, entonces– nace y se perfila ante todo como *imagen y narración* (*‘mythos’*), y solo después, luego de un proceso de transustanciación metafórica y simbólica, adquiere contornos más precisos de *concepto y argumentación* (*‘logos’*). Quiere ello decir que el conocimiento humano es siempre irremediamente *logomítico*¹: aún concepto e imagen, razón y emoción, análisis y síntesis, abstracción y concreción, discurso y narración. En palabras elocuentes de Cassirer, quien a su vez parafrasea al Kant de la *Crítica del juicio*, –no podemos pensar sin imágenes, ni podemos intuir sin conceptos. *Conceptos sin intuiciones son vacíos; intuiciones sin conceptos son ciegas*–”.

¹ Imagen y concepto. *Mythos y logos*.

El proceso anteriormente descrito se da de forma paulatina, y hace que el conocimiento y los saberes se consoliden y evolucionen con el paso del tiempo y la interacción de diferentes actores con sus puntos de vista. En la actualidad, con la especialización del conocimiento, la globalización y la velocidad de la comunicación, los sistemas de creación de representaciones se dan mucho más rápido, así como su modificación. Hoy es más fácil influir en las comunidades para acelerar esos procesos de producción de sentido a través de la industria de la comunicación.

Una vía para favorecer el cuidado de la salud es considerar la comunicación como una herramienta que apoya el proceso de salud-enfermedad-asistencia médica. Como campo de conocimiento, la *Comunicación en Salud* (CeS) o *Health Communication* (HC) está conformada por investigación empírica, reflexión teórica y conceptual con antecedentes, pero aún es un campo en construcción (17). Las primeras experiencias se comenzaron a desarrollar en Estados Unidos por el doctor Jack Farquahar, cardiólogo, y el doctor Nathan Maccoby, profesor de comunicaciones y director del Centro de Investigación de Prevención de Enfermedades de Stanford. En América Latina, las prácticas de CeS, en su inicio, estaban vinculadas a la ejecución de políticas para mejorar la salud de las comunidades, y estas apelaban a la adopción de conductas saludables por parte de la población.

La CeS se centra en procesos y estrategias de comunicación que varios autores han definido de forma diferente. Nutbeam (17) la describe como “un proceso que desarrolla conocimiento, comprensión y habilidades para que las personas cambien aquello que afecta su salud”. Kulekdjian (18) entiende que:

“[...] comunicación y salud son dos prácticas que necesitan caminar juntas para que la salud esté enraizada con las comunidades. Este encuentro entre comunicación y salud configura un campo clave y estratégico, ya que involucra el derecho a la información ligado directamente a una mayor accesibilidad al servicio de salud”.

Schiavo (19) la describe como “la producción de comunicación para generar efectos en las conductas individuales, con impacto en salud”.

Las anteriores definiciones de CeS indican que este es un campo multidisciplinario que se configura desde las audiencias (segmentos de población con diferentes inquietudes y necesidades de información en temas salud y enfermedad), los mensajes (precisos y directos), las fuentes (científicamente respaldadas y expertas), el canal, la participación de las audiencias (acto performativo²) y las diferentes aristas de la construcción de subjetividad individual que asumen los sujetos en los procesos sociales.

Las personas, al tener la posibilidad de *ser* protagonistas de sus decisiones, también tienen la capacidad de encausar soluciones a sus enfermedades. Es así como la comunicación se vuelve una dimensión estratégica en materia de salud, es un lugar común donde las interacciones son las que posibilitan los nuevos sentidos y progresos en los estados de salud y enfermedad de la población.

Entendiendo la comunicación como un proceso social, nos encontramos con modelos relacionales, participativos y de cambio que potencian el desarrollo de las comunidades para resolver problemas de forma activa y participativa, como lo propone Del Valle (20), en el concepto de *comunicación para el cambio social*:

“[...] se sustenta en el diálogo, público y privado, que permite a las personas decidir lo que son, lo que desean y cómo pueden obtenerlo. El cambio social es un cambio en la vida de un grupo social [...]. Las personas no son objeto de cambio, sino agentes de su cambio. [...] se promueve el diálogo y debate [...]. El rol protagónico no lo tienen entidades exógenas, sino los

² Los actos performativos, en este caso, son los que las personas realizan como respuesta ante una información dada por parte de una fuente experta en salud.

propios grupos [...] se sustenta en cinco características: primera: participación comunitaria y apropiación, segunda: lengua y pertenencia cultural, tercera: generación y contenidos locales, cuarta: uso de tecnología apropiada, y quinta: convergencia y redes”.

En este comentario, Del Valle nos remite a postulados esencialmente centrados en la pragmática del lenguaje. Como lo expone Patiño (21):

“La pragmática se ocupa de las relaciones que existen entre el lenguaje y el usuario de este, por ende, estudia los diferentes actos de habla que se realizan en la comunicación [...] define el lenguaje como la sumatoria del aspecto sintáctico, más el aspecto semántico, más el aspecto pragmática: L= asp. Sint + asp. Sem + asp. Prag. No olvidemos que el aspecto sintáctico estudia la relación entre palabras, el aspecto semántico entre las palabras y el mundo y el aspecto pragmático la relación entre las palabras y los usuarios de estas”.

Entablar relaciones comunicativas entre sujetos, organizaciones (sociales o gubernamentales) o comunidades implica que deben existir al interior de cada uno de ellos intereses o necesidades comunes, porque es en esos nodos de tensión donde se comienzan a establecer las interacciones. Austin, en su libro *Cómo hacer cosas con palabras* (22), sostiene que:

“[...] en aquellos casos en que, como sucede a menudo, el procedimiento requiere que quienes lo usan tengan ciertos pensamientos o sentimientos, o está dirigido a que sobrevenga cierta conducta correspondiente de algún participante, entonces quien participa en él y recurre así al procedimiento, debe tener en los hechos tales pensamientos o sentimientos, o los participantes deben estar animados por el propósito de conducirse de la manera adecuada”.

Además, es indispensable que seguida a una acción comunicativa se produzca una reacción (acto performativo), y es en este devenir e intercambio donde se van construyendo las subjetividades, y se pasa de construcciones individuales a colectivas:

“Abandonar un lenguaje puramente descriptivo, pero no el de abandonar mayor objetividad, que ahora, una vez que el referente objetivo pasa a segundo plano (es decir, una vez que se pasa de una consideración del lenguaje como instrumento de manipulación de la realidad al lenguaje como medio de comunicación), solo puede definirse en términos de mayor o menor intersubjetividad. La subjetividad definida por el universo del lenguaje sería así no una subjetividad cualquiera, privada, sino una subjetividad pública, compartida y en consecuencia objetiva” (23).

El conocimiento o saberes que tienen las comunidades o las posibilidades que poseen por adquirirlo, tienen un valor significativo, ya que es un potencializar de la comunicación y del cambio social. Charles Wright Mills (23) destaca del pragmatismo del lenguaje “la relevancia práctica del conocimiento, el poder del individuo para controlar la marcha de la sociedad y la fe en la educación para crear *públicos* compuestos por individuos libres e ilustres”.

CONCLUSIONES

A través de esta revisión documental se accede a algunas ideas importantes alrededor de la salud y la enfermedad como objetos de estudio científicos multidisciplinares (antropología, medicina, comunicación, sociología, etc.), ya que son experiencias reales de la existencia humana y no simples acontecimientos biológicos de cuerpos aislados, son experiencias émicas que, como comenta Harris (2), no dependen de conocimientos científicos. Un aspecto a destacar es que independiente de la disciplina desde la cual se aborden estos dos temas, el

conocimiento que se genere sobre ellos debe ser útil para la sociedad, porque son las personas con conocimientos científicos las encargadas de transmitir a la comunidad información fiable, acertada y concreta sobre temas de salud y enfermedad, para ilustrar a la población y hacerla más libre de prejuicios nocivos que no impulsan el desarrollo humano. Como dice Durkheim (11), la realidad debe ser construida de forma colectiva para ser aceptada y significativa para la población.

Las subjetividades que construyen las personas de sus situaciones y de sus historias de vida inciden en gran medida en su salud o en su enfermedad. Estos dos fenómenos son inherentes a todos los seres humanos y son las construcciones de sentido sobre estos, las que le aportan a dichas situaciones un enfoque social que se debe ver reflejando en los programas de prevención y promoción de la salud. Porque deben ser las mismas comunidades las encargadas de controlar la marcha de los programas de salud que se ofrecen en sus comunidades, ellas deben tomar la vocería porque, como dice Illich (8), los hombres y mujeres no deben otorgarle a otros el poder de sanación, de solución a sus problemas.

Uno de los objetivos de la relación médico-paciente es educar a las personas que consultan por su salud o su enfermedad. De modo que la información se convierte en la vía para ello y en uno de los focos centrales de modelación de las representaciones sociales en torno a estos dos factores. "Entender que la información es un medio y no un fin es un aspecto clave para la satisfacción" (24) de las realidades sociales de las personas.

La comunicación como eje de trabajo terapéutico en una enfermedad es de gran utilidad para los pacientes, porque es durante el diagnóstico y tratamiento que las personas se apropian de su condición según su experiencia y crean su propio estado de salud o enfermedad. Una estrategia efectiva de comunicación para programas de

salud debe contemplar tanto a los pacientes como al personal sanitario, porque más allá de los conocimientos técnicos hay elementos y barreras que deben ser modificadas o afianzadas durante la consulta.

Históricamente, el cáncer se ha tratado como una enfermedad cargada de adjetivos negativos, de imaginarios que han tergiversado su realidad y han convertido al paciente en una víctima de dinámicas históricas, sociales, religiosas y culturales que las ciencias de la salud no han sabido desmontar.

También se puede evidenciar que el estudio de las representaciones sociales es una forma de acercarse a una comunidad para entender cuál es el concepto real que tiene sobre un fenómeno determinado y comprender su forma de actuar frente a este en la vida diaria. Los comportamientos de los sujetos que hacen parte de una misma sociedad están ligados a la cantidad de información que tienen sobre un tema, al alcance que tienen de esa información y a aspectos sociales, económicos, políticos y ambientales de ese grupo humano.

La comunicación como forma de relación intersubjetiva es uno de los nodos primordiales para la construcción de sentido, el cual se configura y muta con el paso del tiempo, los descubrimientos científicos y las experiencias; es una forma de ilustrar a la sociedad y se hace desde diferentes ámbitos y escenarios.

"Hoy es evidente que los lugares de difusión de la retórica son múltiples y diversos; no solo son los estrados judiciales, la asamblea o las ceremonias públicas, sino todos aquellos lugares en los que se propicia el encuentro mediante los discursos y se forman los juicios de los oyentes. Asistimos a la apertura de otras posibilidades para el encuentro que propician la formación de nuestros juicios, no solo de los integrantes de comunidades específicas, sino de la humanidad en su conjunto" (25).

REFERENCIAS

1. Vergara MC. Representaciones sociales en salud que orientan la experiencia de vida de jóvenes en la ciudad de Manizales [Tesis doctoral]. Manizales: CINDE; 2006.
2. Harris M. Teorías sobre la cultura en la era posmoderna. Barcelona: Crítica; 2000.
3. Berger PL, Luckmann T. La construcción social de la realidad. Buenos Aires: Amorrortu; 2001.
4. OMS. Promoción de la Salud, Glosario. Ginebra: OMS; 1998.
5. OMS. Declaración de Alma-Ata. Almaty: OMS; 1978.
6. OMS. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ottawa: OMS; 1986.
7. Gadamer HG. El estado oculto de la salud. Barcelona: Gedisa; 1996.
8. Illich I. Obras reunidas. México: Fondo de Cultura Económica; 2006.
9. Jodelet D. La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En: Moscovici S, dir. Psicología Social. Vol. 2. Buenos Aires: Paidós; 1986.
10. Farr RM. Las representaciones sociales. En: Moscovici S, dir. Psicología Social. Vol. 2. Barcelona: Paidós; 1986.
11. Araya S. Las representaciones sociales: ejes teóricos para su discusión. Costa Rica: FLACSO; 2002.
12. Foucault M. Derecho de muerte y poder sobre la vida. En: Foucault M. Historial de la sexualidad I. La Voluntad del Saber. Madrid: Siglo XXI; 1998.
13. Sontag S. La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas. Buenos Aires: Impresiones Sud América S.A.; 2003.
14. Groddeck G. George Groddeck. Disponible en: <http://www.indepsi.cl/ferenczi/vinculaciones/groddeck/libros/cap11-ello.htm> Consultado en septiembre de 2016.
15. Amador J, Quintero JA. La humanidad de los humanos. Aproximaciones a la antropología de Lluís Dutch. Rev Mex Cienc Polit Soc. 2012;57(2016):25-40.
16. Chillón A. La urdimbre mitopoética de la cultura mediática. Análisis. 2000;24:121-159.
17. Petracci M, Milca C, Andrea P. Comunicar salud: una propuesta teórica y práctica. Argentina: CAESPO; 2010.
18. Kulekdjian L. Comunicación y salud desde una perspectiva de derechos. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2015.
19. Jarillo E, Rojas S. Comunicación para la salud y estilos de vida saludables: aportes para la reflexión desde la salud colectiva. Interface – Comunicação, Saúde, Educação. 2013;17(46):587-599.
20. Del Valle C. Comunicación participativa: aproximaciones desde América Latina. Revista de Estudios para el Desarrollo Social de la Comunicación. 2007;(4):113-130.
21. Patiño A. Comunicación y actos de habla. Manizales: Editorial Universidad de Caldas; 2006.
22. Austin JL. Cómo hacer cosas con palabras. Santiago: Universidad ARCIS; 1955.
23. Lamo E, González JM, Torres C. La sociología del conocimiento y la ciencia. Madrid: Alianza Editorial; 1994.
24. Blázquez A, Feu S, Ruiz, E, Gutiérrez J. Importancia de la comunicación interpersonal en relación médico-paciente en atención primaria. Revista Española de Comunicación en Salud. 2012;3(1):51-65.
25. Cárdenas LG. Por una constitución de la experiencia humana del lugar: hermenéutica, retórica y pasiones. Tópicos, Revista de Filosofía 2016;(50):151-175.