

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Representación social y recuperación de la salud del paciente con trasplante renal

MSc. Lic. Yasmani Martínez López¹, MSc. Lic. Elia Gertrudis Gayol García², Lic. María Julia González González¹

¹Hospital Clínico Quirúrgico Universitario “Arnaldo Milián Castro”, Santa Clara, Villa Clara, Cuba

²Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara, Cuba

RESUMEN

Introducción: el proceso de recuperación de la salud desde la perspectiva de la Organización Mundial de la Salud. **Objetivo:** exponer aspectos que hacen de las representaciones sociales una categoría necesaria y viable para entender la recuperación de la salud del paciente con trasplante renal.

Método: se realizó una búsqueda entre septiembre de 2017 y julio de 2018 sobre las categorías representación social, salud, subjetividad, cognición y teoría fundamentada. Se utilizaron documentos editados entre los años 2003 y 2018, la casi totalidad de los artículos consultados en línea son de los últimos cinco años. Para la búsqueda digital se utilizó el motor de búsqueda Google Académico, que facilitó enlaces con bases de datos e instituciones.

Desarrollo: análisis de las representaciones sociales y su interrelación con la subjetividad y la cognición social dentro del proceso salud- enfermedad, se brindaron elementos que sustentan y reafirman la salud como un hecho integral que rebasa el modelo imperante centrado en lo orgánico funcional. Todo visto desde el paradigma cualitativo y, particularmente, desde la teoría fundamentada.

Conclusiones: se defiende la validez y la viabilidad de estas categorías para entender el complejo fenómeno de la salud en el paciente transplantado.

Palabras clave: representaciones sociales; recuperación de la salud; subjetividad; teoría fundamentada

ABSTRACT

Introduction: the process of recovery of health from the perspective of the World Health Organization. **Objective:** to put forward aspects that make social representations a necessary and viable category to understand the recovery of health inpatients with kidney transplant.

Method: a search was conducted between September 2017 and July 2018 on categories such as social representation, health, subjectivity, cognition and well-founded theory. Documents published between 2003 and 2018 were used, almost all articles consulted online are from the last five years. Google Academic search engine was used for the digital search, which facilitated links with databases and institutions. **Development:** an analysis of social representations and their interrelation with subjectivity and social cognition within the health-disease process was conducted, providing elements that sustain and reaffirm health as an integral fact that goes beyond the prevailing model centered on the functional organic aspect. All of this was seen from the qualitative paradigm and, particularly, from the grounded theory. **Conclusions:** the validity and viability of these categories is asserted to understand the complex phenomenon of health in the transplanted patient.

Key words: social representations; health recovery; subjectivity; well-founded theory

INTRODUCCIÓN

Possiblemente el debate esencial en toda disciplina de la salud sea el del proceso salud-enfermedad; su abordaje es motivo de polémica y no pocos desencuentros por el hecho de que la atención a la salud humana suele ser tarea tan compleja como complejos son la sociedad misma y los individuos que la componen. Y aunque en este medio cultural particular se tiende a una identificación tácita de salud con bienestar biológico, lo cierto y comprobable es que aún después de que los pacientes alcanzan un supuesto equilibrio biológico funcional de su organismo no logran, en gran medida, la misma estabilidad en otros ámbitos de su vida, y sufren o padecen insatisfacciones que a la postre los convierte en sujetos más proclives al desequilibrio orgánico funcional. Esta idea es el núcleo fundamental de la problemática que mueve esta investigación y está muy relacionada con carencias que hasta el momento se han identificado en el marco de la atención al paciente trasplantado de riñón, algo sobre lo que girarán los planteamientos que se expondrán, más para generar debate, pero también para mostrar algo del quehacer científico respecto al tema.

Desde la experiencia en el trabajo psicológico con los pacientes de la Sala de Trasplante renal del Hospital Clínico Quirúrgico Universitario "Arnaldo Milián Castro" de la Ciudad de Santa Clara, Provincia de Villa Clara, surgieron preguntas como ¿cuánto cambia la vida social del paciente trasplantado?, ¿en qué medidas se limitan injustificadamente en su desarrollo personal? y ¿cómo influye el criterio médico en los cambios actitudinales y comportamentales de los pacientes de la sala? Estas y otras preguntas germinaron desde la observación y la plena seguridad de que la salud y la enfermedad constituyen un continuo proceso en el que en no pocas ocasiones (empíricamente) se pudo comprobar que existían y existen pacientes con una estabilidad funcional orgánica adecuada a parámetros médicos pero que, sin embargo, se comportan como, y efectivamente demuestran, ser sujetos enfermos en muchos ámbitos, lo que plantea verdaderos retos para su personal asistencial (entiéndase médicos, enfermeras, psicólogos, etc.). Todo conduce a las características que presentan las representaciones sociales de los pacientes con trasplante renal del hospital en relación a la recuperación de la salud, entendiendo de antemano que la regulación comportamental de cualquier individuo obedece a complejos constructos sociales incorporados en forma de creencias, actitudes, conocimientos, necesidades, etc. y que estos no siempre se adecuan a la realidad física y biológica, sino que pueden esbozar paradojas muy complejas durante su recuperación que se salen de cualquier enfoque biológico o subjetivista que algunos médicos, psicólogos, enfermeros y técnicos sustentan en el quehacer cotidiano.

El punto de partida es el concepto de salud emitido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1946. Según Elisa Knapp¹ el primer intento serio de establecer una definición consensuada de salud se produce en la Carta Magna de la constitución de la OMS: completo estado de bienestar físico, mental y social. Lo más trascendental es definir la salud en términos positivos (bienestar de la persona) y aludir, de manera integral, a las esferas física, psíquica y social.

Este trabajo pretende exponer aspectos que hacen de las representaciones sociales una categoría necesaria y viable para entender la recuperación de la salud del paciente con trasplante renal.

MÉTODO

Se realizó una búsqueda entre septiembre de 2017 y julio de 2018 sobre las categorías representación social, salud, subjetividad, cognición y teoría fundamentada. Se utilizaron documentos editados entre los años 2003 y 2018, los más antiguos correspondieron al formato impreso, mientras que la casi totalidad de los artículos conseguidos en línea a ediciones de los últimos cinco años. Para la búsqueda digital se utilizó el motor de búsqueda Google Académico, que facilitó enlaces con bases de datos como Scielo e instituciones como la UNAM (Universidad Nacional Autónoma de México) y el CLACSO (Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales), por solo citar algunas.

La revisión bibliográfica se dirigió al abordaje de las representaciones sociales como eje central, fundamentalmente a aspectos de su aplicabilidad al estudio de la salud y enfermedad y se puntualizó en la bibliografía referida a la metodología de la teoría fundamentada como propuesta general para su estudio. Se procuró dirigir siempre las reflexiones hacia una visión integral de la salud, en contraste con el modelo imperante centrado en lo biológico funcional.

DESARROLLO

La recuperación de la salud en el proceso salud-enfermedad

La salud-enfermedad no es un hecho aislado, sino que forma parte de un proceso denominado el proceso salud-enfermedad, dentro del que se puede encontrar a los individuos y a los grupos sociales que están en un punto que no es estático, sino dinámico; este punto, en un momento dado, va a traducir un determinado estado de salud de los individuos o de los grupos sociales. Una persona, por ejemplo, tiene un día un determinado estado de salud pero, con la variación de algunos aspectos determinantes, ese estado puede modificarse, tanto negativa como positivamente.^{2,3}

La recuperación de la salud es la restauración del equilibrio biológico, psicológico y social que permita la paulatina reinserción del individuo a la vida social y la realización de sus posibilidades. El estado perfecto de salud en realidad no existe, pero si las posibilidades adaptativas y de reconfiguración actitudinal y comportamental ante los retos que depara el ser un paciente con trasplante renal; esto no se consigue con el funcionamiento adecuado del riñón implantado, muchas variables intervienen en ese proceso y determinan el éxito de la recuperación.⁴ La adherencia terapéutica a los nuevos modos de conducirse como paciente con esta condición es un factor crucial en el éxito del cuidado del órgano, de otra manera las posibilidades de un rechazo agudo del organismo receptor al órgano se convierte en una posibilidad latente en cada momento.

En todos los factores que guardan una relación simbiótica con el éxito del trasplante, y que no precisamente son elementos físicos fisiológicos o farmacológicos, sino psicológicos y sociales, intervienen un sinnúmero de

componentes y elaboraciones; este es uno de los principales retos para el abordaje integral del proceso de recuperación de la salud y un criterio fundamental por el que se propone la categoría científica representación social, en la que radica la posibilidad de atrapar, de manera más integral y dialéctica, otras muchas variables psico-sociales que, de verlas fragmentadas, darían al traste con una efectiva atención integral al paciente trasplantado y a su familia.

Para ilustrar mejor el ideal de lo que debe ser un proceso de recuperación de la salud se proponen los principios brindados por Geoff Shepherd y colaboradores:⁵

Principios de la recuperación

- La recuperación consiste en construir un proyecto de vida con sentido y satisfacción para la persona, definida por ella misma, independientemente de la evolución de sus síntomas o problemas.
- Representa un movimiento que se aleja de la patología, la enfermedad y los síntomas y se acerca a la salud, la fortaleza y el bienestar.
- La esperanza es central para la recuperación y la persona la experimenta en la medida que asume un mayor control sobre su vida y perciba cómo otras personas la obtienen.
- Se estimula y facilita el autocontrol (manejo de uno mismo). Los procesos de autocontrol son similares, pero funcionan de manera individualizada, de manera diferente en cada persona.
- Las relaciones de ayuda entre clínicos y pacientes se alejan del formato experto/paciente para acercarse al formato de entrenador o compañero de recorrido en el proceso de descubrimiento.
- Las personas no se recuperan solas. El proceso de recuperación está estrechamente relacionado con los procesos de inclusión social y con la capacidad de disfrutar de un rol social con sentido y satisfacción para la persona en el medio comunitario y no en servicios segregados.
- La recuperación consiste en el descubrimiento o re-descubrimiento de un sentido de identidad personal, separado de la enfermedad o la discapacidad.
- El lenguaje usado, las historias que se construyen y su significado tienen una gran importancia como mediadores del proceso de recuperación. Esta mediación puede, por un lado, reforzar una sensación de esperanza y posibilidades, o, por el contrario, invitar al pesimismo y la cronicidad.
- El desarrollo de servicios basados en la recuperación se apoya en las cualidades personales de los profesionales, al mismo nivel que su formación académica. Se han de cultivar habilidades para la esperanza, la creatividad, los cuidados, la empatía, el realismo y la resiliencia.
- La familia y otros allegados son, a menudo, cruciales para la recuperación y, por tanto, deben ser tenidos en cuenta cuando sea posible; sin embargo, el apoyo entre iguales es central para muchas personas en su proceso de recuperación.

Representaciones sociales y subjetividad en la recuperación de la salud

La noción de representación social tiene su génesis en el año 1961 como parte de los resultados de la tesis doctoral "La Psychoanalyse, son image et son public" del investigador Serge Moscovici, científico social francés que estudió la

manera en que la sociedad francesa veía el psicoanálisis, mediante el análisis de la prensa y entrevistas en diferentes grupos sociales.⁶

Este autor definía su noción como "una modalidad particular del conocimiento, que tiene como función la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos. ...es un *corpus* organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas, gracias a las que los hombres hacen inteligible la actividad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación. ...son sistemas de valores, nociones y prácticas que proporcionan a los individuos los medios para orientarse en su medio social y material, para dominarlo..."⁶

Otra autora, Denise Jodelet, la definía como una forma de conocimiento específica, el saber del sentido común, que tiene contenidos que manifiestan la operación de procesos generativos y funcionales socialmente marcados. En sentido más amplio designa una forma de pensamiento social.⁶

De estos autores, destacados estudiosos del tema, se acotan varios elementos cruciales. En primer lugar, la forma que adquiere esta categoría en la realidad como modo del pensamiento social, es decir, un constructo socialmente determinado, cuya aparición en los seres individuales determina también la forma del pensamiento individual; que las representaciones sociales como producción compleja generan e integran a la vez valores, actitudes, creencias y prácticas concretas y, por último, que estas representaciones, socialmente condicionadas, encuentran salida en el comportamiento, por lo que, adelantando su valor metodológico, sirven para explicar y predecir el comportamiento de pacientes ante los retos de la salud-enfermedad.

Una posición a remarcar en torno a la propuesta de esta categoría como viable y fundamental para el estudio y la contribución a una efectiva recuperación de la salud del paciente trasplantado es el necesario distanciamiento del subjetivismo radical que surge en el plano de la Psicología, las ciencias médicas y otras corrientes, que si bien defienden lo importante de la atención individualizada para la toma de estrategias y alternativas particularizadas, contra las que no se tiene nada en contra, obvian la génesis social de los elementos psicológicos que han sido incorporados. En Psicología esto es conocido como proceso de internalización, según el enfoque histórico-cultural de Vigotsky; desde este punto de vista desentenderse de esta realidad, fragmentar al sujeto de su medio, abstraerlo, sería incurrir en concepciones metafísicas de la realidad.^{7,8}

Por el contrario, las representaciones sociales contribuyen a entender que la reestructuración de vida que se opera en el paciente trasplantado es el producto no de su autónoma decisión, aunque en apariencias pueda observarse así, sino de una compleja y constante elaboración en la que los criterios del paciente, del personal de salud y de los familiares se entrecruzan a modo de ideas que adquieren materialidad en la comunicación y, más allá, en toda práctica concreta.

El paciente con trasplante de riñón llega, por lo general, a este estadio después de un transcurso de experiencias como enfermo renal crónico, en su gran mayoría con estancias hasta de años en hemodiálisis, sometidos a estilos de vidas desgarradores desde el punto de vista psicológico, social y biológico; en este punto el trasplante es una alternativa que pocos rechazan, pero que trae

consigo una readaptación al medio, una reorganización de proyectos de vida, una "nueva autovaloración", por así decirlo.

No es extraño que después de un implante de órgano exitoso muchos pacientes tengan modos de vida muy autolimitantes, otros llegan a tener un verdadero rechazo psicológico a la nueva realidad, hecho que pone en riesgo la evolución del implante, lo que se ha observado en la práctica asistencial.

Llegar a una acertada explicación de las representaciones sociales que median en cada una de las prácticas, tanto médicas como de pacientes y familiares, es vital para redirigir modos comportamentales que tienden más a la enfermedad que a la salud. En términos dialécticos es imposible desmembrar lo psicológico de lo biológico o lo social, es ver la expresión de la realidad como integralidad, por eso la propuesta eje del estudio de las representaciones sociales es el abordaje de su existencia tanto a nivel del pensamiento como de la práctica concreta, reconociendo su existencia si y solo si ellas están presentes en los actores diversos que intervienen en el escenario dado, de lo contrario se hablaría solo de ideas o actitudes personales.

No basta con constatar la existencia de una idea colectiva, ineludiblemente es necesario verificar su valor en la configuración subjetiva de cada individuo, lo que constituye un reto en términos metodológicos; si bien se criticaba anteriormente el subjetivismo más rancio, que fragmenta a la persona de su medio de un modo burdo, es innegable el valor de la categoría subjetividad para entender el papel de las representaciones sociales en todo proceso individual de reconfiguración ante los retos de la recuperación de la salud.^{7,8}

Vigotsky hablaba de la internalización como un proceso de reconstrucción interno de las operaciones externas.⁹ Es el modo en que comienza la estructuración de la subjetividad, proceso que es un *continuum* durante todo el desarrollo ontogenético del ser humano. Y aunque en realidad se afirma que la personalidad de cada individuo goza de cierta estabilidad desde la etapa de la primera juventud, los sucesos de alta significación emocional, los cambios de entorno cultural y otros pueden crear un cisma dentro del esquema subjetivo que, en definitiva, contienen los elementos que componen la psíquis.

Jaime Alonso Caravaca, al analizar la relevancia de las representaciones sociales para la investigación en procesos de salud-enfermedad, propone el concepto de cognición social, una idea que puede ayudar a ilustrar lo expuesto hasta el momento. En sus análisis expone que la cognición social engloba procesos complejos a través de los que las personas comprenden y explican sus contextos, sus realidades a las otras personas y a si mismas. En palabras simples la cognición social podría ser definida como el pensar del individuo con relación a si mismo y a los otros que, explícitamente, incluye la asociación de sentimientos, evaluaciones, emociones y, consecuentemente, de comportamientos propios y ajenos.¹⁰

Esta definición, como muchas otras, da fe de los complejos procesos que configuran la subjetividad y dejan luces acerca del papel de las representaciones sociales como puente dialéctico entre sujeto cognosciente y medio social.

Consecuentemente con los principios de la recuperación, las representaciones sociales explican la relación del sujeto con su medio, sus condicionantes, los estigmas y los procedimientos que actúan potenciando o bloqueando una acertada tendencia hacia la salud, la que debe trascender el mero hecho

orgánico funcional para manifestarse en el desarrollo del paciente hacia nuevas formas de replantearse su propia realidad.

Una de las hipótesis que surgen es que, usualmente, el personal asistencial del paciente trasplantado, desde una relación clara de poder, lejos de contribuir a una recuperación de la salud integral, la coarta cuando focaliza su práctica médica en un modelo biológico asistencial que le da mayor preponderancia al equilibrio orgánico funcional. Esta relación de poder y de autoridad que surge en la relación médico-paciente genera criterios, ideas, creencias y prejuicios que, al socializarse con pacientes y familiares, se incorporan en forma de representación, se articulan en la subjetividad y encuentran salida comportamental. Se han observado en la experiencia investigativa hechos de este tipo sobre los que se debe profundizar.

A partir del concepto de cognición social la forma en que se delinea el pensar sobre los otros y sobre si del paciente trasplantado puede cimentarse sobre una autoestima baja, lo que consecuentemente desemboca en una autovaloración distorsionada de las reales posibilidades que tienen ellos como seres humanos y materializada en áreas concretas como las relaciones de pareja y las posibilidades de una vida sexual y laboral integrada y los temores exacerbados a adquirir una enfermedad infecciosa producto de la inmunosupresión, etc.

El paradigma cualitativo y la teoría fundamentada, una propuesta para el estudio de las representaciones sociales

El debate paradigmático para el estudio de la psiquis desde las ciencias psicológicas y sociales, en general, es bien profundo y polémico, lo que se deriva de una visión metafísica y fragmentadora de las realidades, hecho que trae consecuencias al nivel metodológico que, paradójicamente, desemboca en una riqueza de producción de conocimiento extraordinario. El estudio de las representaciones sociales no escapa a este hecho, por lo tanto, se expondrán criterios concretos acerca de un paradigma y una propuesta metodológica entre tantas para el estudio de esta categoría. En fin, conclusiones a las que se han llegado después de valorar el escenario en el que se interviene y las posibilidades de análisis de la teoría fundamentada.¹¹

Aprehender un fenómeno tan variado y complejo como es la recuperación de la salud requiere trascender cualquier enfoque positivista de investigación, por esta razón es una propuesta el paradigma cualitativo, pero con acotaciones generales desde el punto de vista epistemológico que resultan vitales para evitar interpretaciones erróneas. En primer lugar, el posicionamiento dialéctico ante la realidad y las interrogantes que surjan, lo que se traduce en que la ley del paso de lo cuantitativo a lo cualitativo siempre debe estar presente, por lo que, si con fines operativos los principios de la investigación cualitativa son una guía fundamental, de ningún modo se considerará esta como una corriente contrapuesta y negadora de métodos de cuantificación cuando la realidad así lo exija. La investigación cualitativa defiende el método inductivo¹²⁻¹⁴ por sobre el deductivo; la dialéctica no niega ninguno, ambos están siempre presente en cualquier proceso analítico. Es posible afirmar que el pensamiento opera en ambos sentidos, desde lo particular a lo general y viceversa, aunque existan momentos de mayor preponderancia de alguno.

La teoría fundamentada es una propuesta interesante para producir un acercamiento paulatino a los elementos que forman parte de cualquier representación y a la vez explicar el sistema de interrelaciones que se producen en su interior. Esta teoría posee larga data en el entorno científico y son Glaser y Strauss unos de sus principales exponentes.¹⁵

La teoría fundamentada constituye una metodología general para el análisis de datos cualitativos que usa sistemáticamente un conjunto de métodos para generar una teoría inductiva en torno a un área sustantiva.^{12,13,15} Esta metodología, no obstante adscribirse dentro de la tradición del pensamiento paradigmático cualitativo e incluso declarar la preponderancia del método inductivo, lo que se ha podido comprobar en varias publicaciones respecto al tema, en realidad deja patente la necesidad insoslayable de la integración de lo inductivo y lo deductivo en el pensamiento analítico: la codificación axial es el proceso de relacionar subcategorías con una categoría. Es un proceso complejo de pensamiento inductivo y deductivo que implica varios pasos. Estos se realizan, como con la codificación abierta, al hacer comparaciones y preguntas; sin embargo, en la codificación axial el uso de estos procedimientos está más centrado y dirigido a descubrir y relacionar categorías en función del modelo de paradigma.¹²

La teoría emergente a la que se refiere la teoría fundamentada consiste en un conjunto de categorías, subcategorías, propiedades y dimensiones relacionadas entre si que dan cuenta de un fenómeno determinado, mediante un proceso de descripción, comparación y conceptualización de los datos. Las construcciones emergentes que devienen de los datos en la teoría fundamentada se denominan teoría sustantiva porque se refieren a la explicación de un fenómeno delimitado a un contexto particular.^{12,15,16}

Desde la teoría fundamentada, en principio, se debe hacer una revisión detallada de los métodos de investigación empírica que mejor respondan a un paradigma como el que se declara. Luego de una obtención densa de información se procede a la clasificación por categorías y subcategorías que permitan dar cuenta de las ideas fundamentales que dominan el pensamiento dentro del espacio de interacción del paciente trasplantado con su personal asistencial y su familia, la sala de trasplante renal propiamente dicha. En tanto la variable fundamental es la recuperación de la salud, el investigador siempre, para la obtención del dato como para su análisis, tratará de visualizar el modo en que se articulan e intervienen, de una manera u otra, en este proceso. Se debe velar que estas ideas, que pueden tener forma de creencias, prejuicios, actitudes, necesidades y motivos posean valor de regulación comportamental en la práctica de los actores involucrados.

El proceso de análisis en la teoría fundamentada se realiza en dos momentos, uno descriptivo y otro relacional. El descriptivo se desarrolla mediante la asignación de etiquetas o códigos a los datos^{12,14} y en el relacional se utilizan dos procesos de codificación: axial y selectiva.

La codificación axial utiliza como principal herramienta la matriz paradigmática, que se plantea de la siguiente manera:¹²

Diferentes componentes de la matriz:

-Fenómeno: se refiere a patrones repetidos de acontecimientos, sucesos o acciones/interacciones que representan lo que las personas hacen o dicen en respuesta a problemas y situaciones en las que se encuentran.

-Condiciones: son aquellos acontecimientos o sucesos que crean las situaciones propias de un fenómeno dado y que explican por qué las personas responden de determinada manera.

-Acciones/interacciones: son las tácticas estratégicas o rutinarias a través de las que las personas manejan las situaciones, los problemas y los asuntos.

-Consecuencias: hace referencia a los efectos de las acciones/interacciones en el contexto de un conjunto de condiciones particulares.¹²

La codificación axial permite pasar de la descripción de los datos a un nivel mayor de organización conceptual que da cuenta no solo del contenido de la categoría, sino de las relaciones entre el contenido y la estructura.

La codificación selectiva utiliza la matriz condicional consecuencial y es un proceso en el que todas las categorías emergentes se integran dentro de un esquema conceptual en torno a una categoría central o nuclear. La categoría central tiene un importante poder analítico porque permite reunir las categorías para formar un todo explicativo al tiempo que permite informar acerca de la variación entre las categorías.¹²

La validez de la teoría fundamentada para la construcción de una teoría sustantiva radica en dar cuenta del hecho concreto que se estudia. Esta opción es defendida porque cada entorno cultural, desde su sistema de concepciones, prejuicios, valores, normas y estereotipos, moldea todo un sistema de interacciones sociales que en su devenir histórico-lógico se incorpora subjetivamente en complejos procesos de internalización que, a su vez, ocurren no pasivamente, sino de forma dinámica, para dar espacio a reestructuraciones personales y a procesos entorpecedores o potenciadores del desarrollo.

Para Nieto J. y colaboradores¹⁷ el valor teórico y metodológico de las representaciones sociales se sustenta en lo siguiente:

-Se considera fundada la idea de que las concepciones arraigadas llevan a estilos de comportamiento semejantes y de que existe una tendencia imitativa de los comportamientos próximos.

- El modelo se apoya en procedimientos de análisis cuantitativo y cualitativo de la imagen representacional de la fuente, los actores y la eficacia de los comportamientos relacionados.

- Es un método de análisis de matriz teórica psicosociológica.

Llegar a develar los elementos que componen las representaciones sociales respecto a la recuperación de la salud de los pacientes con trasplante de riñón constituye un modo eficaz de abordar el proceso salud-enfermedad en toda su complejidad y se ajusta a la concepción de salud manejada por la OMS la que, en no pocas ocasiones, ha generado polémica debido, en gran medida, a la falta de comprensión de que la salud solo puede ser posible desde un enfoque de vida integral que no menoscabe ningún elemento de los que constituyen al ser humano.

CONCLUSIONES

El abordaje de la recuperación de la salud en el paciente transplantado debe considerar, necesariamente, su paulatina restauración psicológica y social, expresada en la comprensión de que el implante del órgano abre un abanico de posibilidades para su desarrollo personal. La comprensión de este hecho no es

un suceso puramente individual, sino que se construye y expresa social y dialécticamente: las ideas y las conductas que se tomen respecto al paciente influyen decididamente sobre él; es a lo que se le llama representación social. Estas representaciones se integran al individuo a través de complejos procesos subjetivos que van desde la cognición social hasta la internalización que abordaba Vigotsky en su teoría. Es posible aprehender toda esta realidad y actuar sobre ella con una acertada metodología, como la que plantea la teoría fundamentada, que cuenta con un cuerpo teórico metodológico que facilita la selección de los métodos empíricos, así como el análisis y la interpretación de los datos con coherencia científica. La intervención para la salud en estos pacientes parte de una relación profesional que debe trascender el enfoque biológico funcional, que muchas veces deja al sujeto en un entramado de autolimitaciones justificadas en el cuidado orgánico que, si bien son necesarias en determinados estadios de su recuperación, ocasionalmente se instauran como representación reguladora del modo de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Knapp A. Psicología de la salud. 1^{ra} ed. La Habana: Editorial Félix Varela; 2005.
2. Universidad de San Carlos de Guatemala. Evolución Histórica del Concepto salud-Enfermedad. Curso de conducta colectiva [Internet]. Guatemala; 2016 [citado 6 Ene 2018]. Disponible en: <https://prezi.com/xhai9dd9aafs/evolucion-historica-del-concepto-salud-enfermedad/>
3. Castell-Florit Serrate P, Gispert-Abreu EA, Lozano Lefrán A. Cobertura universal de salud y conciliación de criterios en base a la experiencia cubana [Internet]. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2015 [citado 10 Jul 2018];41(Supl 1):[aprox. 11p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000500006
4. Berenguer Gourarnaluses MC, Pérez Rodríguez A, Dávila Fernández M, Sánchez Jacas I. Determinantes sociales en la salud de la familia cubana. Medisan [Internet]. 2017 Ene [citado 10 Jul 2018];21(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000100008
5. Shepherd G, Boardman, J, Slade M. Hacer de la recuperación una realidad. Sainbury Center of Mental Health [Internet]. 2017 [citado 4 Ene 2018]. Disponible en: http://www.aen.es/docs/Hacer_Recuperacion_Realidad.pdf
6. Perera Pérez M. A propósito de las representaciones sociales: apuntes teóricos, trayectoria y actualidad [Internet]. La Habana: CIPS; 2003. [citado 7 Sep 2017]. Disponible en: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/cuba/cips/caudales05/Caudales/ARTICULOS/ArticulosPDF/02P075.pdf>
7. Aquino Moreschi A. La subjetividad a Debate. Sociológica [Internet]. 2013 Sep-Dic [citado 10 Jul 2018];28(80):259-278. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-01732013000300009
8. Liminales. Escritos sobre Psicología y sociedad. Revista de Psicología [Internet]. 2013 [citado 10 Jul 2018];1(4). Disponible en: <http://revistafaco.ucentral.cl/index.php/liminales/issue/archive>
9. Ruiz Carrillo E, Estrevel Rivera BL. Vigotsky: la escuela y la subjetividad. Pensamiento Psicológico [Internet]. 2010 [citado 1 Dic 2017];8(15):135-146. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/801/80115648012.pdf>
10. Alonso Caravaca MJ. Las representaciones sociales y la cognición social: contribuciones para la investigación en enfermería y salud. Texto Contexto-Enferm

- [Internet]. 2017 [citado 1 Dic 2017]; 26(4). Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000400317&lng=pt
11. Weiss E. Hermenéutica y descripción densa versus teoría fundamentada. RMIE [Internet]. 2017 [citado 12 Jul 2018] 22(73):637-654 Disponible en:
<http://www.scielo.org.mx/pdf/rmie/v22n73/1405-6666-rmie-22-73-00637.pdf>
12. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 4^{ta} ed. México. D. F: Interamericana editores S.A. DE C.V; 2006.
13. Alveiro D. La Teoría Fundamentada como metodología para la integración del análisis procesual y estructural en la investigación de las Representaciones Sociales. Revista CES Psicología. 2013; 6(I), 122-133.
14. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. 6^{ta} ed. México. D. F: McGraw-Hill; 2014.
15. Gaete Quesada R. Reflexiones sobre las bases y procedimientos de la teoría fundamentada. Cienc Docencia Tecnol [Internet]. 2014 [citado 12 Jul 2018]; 25(48):149-172. Disponible en:
<http://www.scielo.org.ar/pdf/cdyt/n48/n48a06.pdf>
16. Hernández Carrera R. La investigación cualitativa a través de entrevistas: su análisis mediante la teoría fundamentada. Cuestiones Pedagógicas [Internet]. 2014 [citado 7 Ene 2018]; 23:187-210. Disponible en:
http://institucional.us.es/revistas/cuestiones/23/Mis_5.pdf
17. Nieto J, Abad M. A, Esteban M, Tijerina M. Psicología para las ciencias de la salud: Estudio del comportamiento humano ante la enfermedad. Cap 4: La dimensión social. México D F: UNAM [Internet]; 2015 [citado 23 Ene 2018]. Disponible en
<http://psiquiatria.facmed.unam.mx/docs/mpc/Tema27.pdf>

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses

Recibido: 2-2-2018

Aprobado: 1-8-2018

Yasmani Martínez López. Hospital Clínico Quirúrgico Universitario "Arnaldo Milián Castro". Avenida Arnaldo Milián Castro No. 5 e/ Avenida 26 de julio (Doble Vía) y Circunvalación. Santa Clara, Villa Clara, Cuba. Código Postal: 50200 Teléfono: (53)42270000 yasmaniml@infomed.sld.cu