



Las narrativas como herramienta teórico-metodológica para el estudio de los procesos de salud / enfermedad / atención y cuidados

Narratives as a theoretical-methodological tool for the study of health / illness / treatment and care processes

Narrativas como ferramenta teórico-metodológica para o estudo dos processos de saúde / doença / atenção e cuidado

Lucía Genzone

Instituto de Estudios Sociales y Humanos (CONICET-UNaM), Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Misiones, Argentina
 lgenzone.94@gmail.com

Recepción: 20 enero 2025
 Aprobación: 10 marzo 2026
 Publicación: 1 junio 2026

Cita sugerida: Genzone, L. (2026). Las narrativas como herramienta teórico-metodológica para el estudio de los procesos de salud / enfermedad / atención y cuidados. *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales*, 16(1), e164. <https://doi.org/10.24215/18537863e164>

Resumen: El presente artículo reflexiona sobre las *narrativas* en tanto herramienta teórico-metodológica para indagar desde un enfoque antropológico, los fenómenos sociales en general y, en particular, los procesos de salud/enfermedad/atención y cuidados. Para este fin, en primer lugar, se mencionan las características principales de este tipo de discurso y la forma en que pueden ser analizadas para comprender cómo los sujetos interpretan sus vivencias. En segundo lugar, se exponen cómo las narrativas fueron adoptadas por las subdisciplinas de la antropología médica y de la salud para indagar en las experiencias de padecimiento. Por último, se señalan las potencialidades y algunas limitaciones del abordaje narrativo en el quehacer antropológico y en particular para las investigaciones sobre las prácticas de atención y cuidado de la salud.

Palabras clave: Narrativas, Antropología Social, Experiencia de padecimiento, Hermenéutica

Abstract: This article reflects on the narratives as a theoretical-methodological tool to investigate from an anthropological perspective, social phenomena in general and, in particular, health/illness/treatment and care processes. For this purpose, at first, the main characteristics of this type of discourse and the way in which they can be analyzed to understand how subjects interpret their experiences are mentioned. Secondly, it sets out how narratives were adopted by the subdisciplines of medical and health anthropology to investigate experiences of illness. Finally, it points out the potentialities and limitations of the narrative approach in anthropological work and in particular for research on health care and attention practices.

Keywords: Narratives, Social Anthropology, Illness Experience, Hermeneutics



Resumo: Este artigo reflete sobre as narrativas como ferramenta teórico-metodológica para investigar a partir de uma perspectiva antropológica, fenômenos sociais em geral e, em particular, processos de saúde/doença/atenção e cuidado. Para tanto, primeiramente, são mencionadas as principais características desse tipo de discurso e a forma como elas podem ser analisadas para compreender como os sujeitos interpretam suas experiências. Em segundo lugar, apresenta como as narrativas foram adotadas pelas subdisciplinas de antropologia médica e da saúde para investigar experiências de sofrimento. Por fim, são apontadas as potencialidades e algumas limitações da abordagem narrativa no trabalho antropológico e, em particular, na pesquisa sobre práticas de atenção e cuidado à saúde.

Palavras-chave: Narrativas, Antropologia Social, Experiência de doença, Hermenêutica

Introducción

La antropología social busca comprender aspectos de la vida cotidiana de grupos humanos a partir de la interpretación analítica de datos empíricos elaborados por los investigadores y plasmados en sus registros de campo. Gran parte de estos datos se construyen en situaciones de interacción entre el etnógrafo y sus interlocutores, donde los antropólogos implementan un conjunto de técnicas y acciones con el propósito de aprehender las perspectivas de los sujetos de acuerdo a sus contextos y posiciones de enunciación. Algunas de estas actividades de indagación que se realizan durante el trabajo de campo –como las conversaciones informales y las entrevistas en profundidad– permiten adentrarse en los sentidos que las personas elaboran sobre sus experiencias a través de diferentes prácticas discursivas, como la construcción de narrativas o relatos.

En relación con esto, el objetivo del presente artículo es reflexionar sobre las *narrativas* en tanto herramientas teórico-metodológicas para indagar los fenómenos sociales en general y, en particular, los *procesos de salud/enfermedad/atención y cuidados*.¹ Concretamente, las narrativas hacen referencia a los relatos comunicados por un narrador/interlocutor que poseen una forma de *historia*, es decir que se componen por una serie de acontecimientos protagonizados por actores en un tiempo y lugar específico (Escalante Gómez, 2013). Teniendo presente esto, me interesa, a partir de los aportes de diferentes autores, dar cuenta de las particularidades que poseen estas construcciones discursivas y de la forma en que pueden ser analizadas con el objetivo de señalar las potencialidades y limitaciones del abordaje narrativo en el quehacer antropológico.

Para ello, en primer lugar recupero aspectos teóricos implicados en el análisis de las narrativas, los rasgos distintivos de este tipo de discurso y a una de las posibles maneras de abordar dicho acto comunicativo que enfrenta al investigador a un doble proceso de comprensión: interpretar a los sujetos con los que trabaja, quienes a su vez interpretan a los demás miembros de su comunidad (Guber, 2005); o como propone Giddens (1982), a una *doble hermenéutica*.² En segundo lugar, expongo cómo las narrativas fueron adoptadas por las subdisciplinas de la antropología médica y de la antropología de la salud para analizar las experiencias de padecimiento y las formas de atención y de cuidado de la salud. Por último, presento un breve repaso sobre los puntos claves del análisis de las narrativas y señalo los aspectos a tener en cuenta en la indagación sobre los procesos de salud/enfermedad/atención y cuidados.

Las narrativas como una vía para acceder a los sentidos y a las formas de comunicación de experiencias

La hermenéutica entendida como una teoría general que se interesa por la comprensión e interpretación de los sentidos de los textos, mensajes y discursos sería el vasto marco referencial en donde podríamos ubicar el análisis de las narrativas. Si bien existen diferentes enfoques que se encuadran dentro de la tradición hermenéutica, en este trabajo recupero principalmente los aportes de Jerome Bruner (2003) y Paul Ricoeur (2006; 1988; 1983) para profundizar en las particularidades de estos discursos y en sus estrategias de análisis.

En primer lugar, es importante aproximarnos a una definición de las *narrativas* y sus componentes para luego mencionar los rasgos distintivos y sus implicancias en el entendimiento de los fenómenos sociales. Como se mencionó en la introducción, las narrativas son relatos organizados por un *narrador* que involucran *actores*, con cierta libertad y expectativas; uno o más sucesos que desestabilizan el orden preestablecido (o “*infracción*”); *acciones* que los actores llevan a cabo frente al suceso perturbador; una *resolución* de la situación de desequilibrio y una *coda* que, en términos de Bruner (2003), refiere a una valoración retrospectiva de lo que significa el relato para el narrador, la cual puede estar de forma explícita o implícita en la historia (Siciliani Barraza, 2014).

Relacionado con este último punto, Ricoeur (1988; 1983) sostiene que existe una vinculación entre el relato y el sujeto, puesto que asume que la narración es un acto interpretativo de la experiencia vivida. En este sentido, para Ricoeur la experiencia en sí misma no es posible de transferir, sino que lo que se transmite es el significado que los sujetos atribuyen a los acontecimientos vividos. De esta forma, las narraciones no solo implican una descripción de hechos, sino que en ellas además convergen sucesos del pasado, situaciones presentes, expresiones de deseo, posibilidades y opiniones, por ende, *lo que se cuenta* aporta claves significativas respecto de *quién* narra (Escalante Gómez, 2013; Siciliani Barraza, 2014).

Asimismo, las narraciones guardan relación con la “realidad”, más nunca son discursos neutros u “objetivos” sino “traducciones” del narrador que encierran una dialéctica entre *lo interior* y *lo exterior*, o entre aspectos experienciales y biográficos, y sistemas explicativos mayores sobre el orden del “mundo exterior” (Pfeiffer Castellanos, 2014). En efecto, el relato moldea la percepción del narrador sobre su experiencia, la cual era privada y amorfa, al obligarlo a estructurarla para volverla pública; al mismo tiempo que ese discurso es configurado a partir de las creencias y valores que incorporó el narrador en tanto miembro de una sociedad (Siciliani Barraza, 2014).

A partir de esto, es posible argumentar que el *narrar* forma parte de los procesos de “construcción de la realidad” y “los relatos siempre son narrados desde una perspectiva especial” (Bruner, 2003, p. 41). Por consiguiente, estos discursos son versiones posibles de acontecimientos que se constituyen conforme a intereses, objetivos e intencionalidades pragmáticas, no siempre conscientes. En este punto cabe enfatizar en el carácter intersubjetivo del narrar y en el contexto de la interacción el cual involucra, entre otros aspectos, la relación entre el narrador (o interlocutor) y el receptor (o investigador) (Siciliani Barraza, 2014). Dicho vínculo encierra dimensiones de poder, emotivas y relacionales que repercuten en *lo que se dice* y en *lo que no se dice* durante el encuentro, ya que los sujetos –sean estos interlocutores o investigadores– realizan un manejo más o menos estratégico de sus palabras (García García, 2000).

En esta dirección, la *reflexividad* entendida en un sentido amplio como la capacidad de pensar sobre las propias prácticas que desarrollamos y el impacto que éstas tienen en las relaciones sociales que establecemos, no es exclusiva de los investigadores. Los sujetos/interlocutores también orientan sus acciones de acuerdo a las circunstancias concretas que les toca enfrentar, inclusive durante el encuentro con los científicos sociales (Guber, 2005). Esto nos recuerda que el producto del trabajo investigativo es siempre una negociación con los sujetos donde la presencia compartida es vital para su construcción (Muratorio, 2005).

De acuerdo a Muratorio (2005), las narraciones, especialmente las biográficas, permiten entrever cómo los sujetos se piensan a sí mismos en relación a las circunstancias pasadas y presentes que atraviesan y cómo proyectan su identidad para *otros*. Estas historias las construyen a partir de su propia percepción sobre sus vivencias, pero también a través de las historias que otros cuentan sobre ellos y en diálogo con los discursos dominantes del contexto. De esta forma en los relatos convergen las *voces* y *silencios* de una multiplicidad de otros actores sociales revelando, por un lado, “el carácter social del ser individual”, ya que se compone de productos sociales compartidos y, por otro, la naturaleza política de los relatos, al alejarse o no de los discursos legitimados (Muratorio, 2005; Epele, 2020). A propósito de esto, Bruner (2003) señala que la identidad de los sujetos no puede ser construida por el investigador mediante un único discurso, sino que es posible a partir de una multiplicidad de ellos y prestando especial atención a los espacios y los momentos donde se enuncian.

Ahora bien, en este punto es importante mencionar algunas consideraciones que hacen Pfeiffer Castellanos (2014) y Pérez (2011) respecto de los usos y conceptualizaciones de las narrativas en las investigaciones sociales. Estos autores señalan que a inicios del siglo XX fueron concebidas como un *medio* para acceder a los sentidos que posee la vida cotidiana para los sujetos, mientras que años más tarde fueron abordadas como un *objeto de conocimiento*, lo que hizo que los investigadores profundicen en las formulaciones teóricas de diferentes corrientes. Sin embargo, estas conceptualizaciones presentan una serie de limitaciones. Pensar a las narrativas como *medio* reduce estos relatos a una técnica de investigación posible de materializarse a través de entrevistas en profundidad o grupos focales (Pérez, 2011). De esta forma, la construcción de las narrativas tendría más bien un fin instrumental donde se perdería de vista la reflexión acerca de cómo estos relatos estructuran la experiencia. Mientras que los abordajes que configuran a las narrativas como un *objeto de conocimiento*, corren el riesgo de que lo único que se considere para el análisis sea el relato en sí mismo, desligado del narrador y de la situación de interacción que lo hizo posible (Pérez, 2011; Pfeiffer Castellanos, 2014). Por este motivo, es importante distanciarse de concepciones duales y adoptar una posición dialéctica respecto a las mismas para la construcción del conocimiento antropológico. Así, el abordaje de las narrativas abarcaría no sólo el análisis del contenido del discurso para conocer cómo los sujetos dan sentido a sus prácticas y a su contexto social, sino también la comprensión sobre las motivaciones del interlocutor y la reflexión sobre la relación social entre el investigador y los sujetos con los que se trabaja. De este modo, estudiarlas exige a los investigadores una escucha activa y reflexiva de los relatos, al igual que una consideración crítica de nuestro lugar en el campo y el impacto que tienen estos aspectos en la consecución de los objetivos de investigación. Para profundizar en este punto a continuación presento claves analíticas para el tratamiento de las prácticas discursivas y las enunciaciones narrativas que de ellas se derivan.

De acuerdo a Ricoeur (2006), interpretar textos –inclusive narrativas– se trata de captar los posibles mundos que encierra el texto gracias a su función referencial. Así, el proceso de interpretación de los significados de estos discursos involucra el establecimiento de un distanciamiento del texto, y que los investigadores asuman un rol activo poniendo en juego sus hipótesis (Escalante Gómez, 2013). De este modo, el investigador social no queda ausente de la interpretación, sino que su voz de algún modo se involucra con la de sus interlocutores “transformando la realidad en coordenadas espacio temporales precisas al co-generar los testimonios” (Behar, 1996, p. 18, citado en Hamui-Sutton, 2011). En este punto resalto la importancia del ejercicio de *vigilancia epistemológica* (Bourdieu et al., 2002),³ ya que la cercanía y familiaridad con el campo y, particularmente, con las personas con las que se investiga, debe ser reflexionada críticamente, para la construcción de un conocimiento capaz de problematizar las cuestiones sociales, entrecruzando las distintas posiciones y miradas en juego.

Regresando a la propuesta de Ricoeur (2006), el distanciamiento de las narrativas se alcanzaría por medio de un proceso dialéctico entre la comprensión y la explicación,⁴ constituido por tres etapas o fases de lecturas que permiten dar cuenta de las capas de sentidos condensados en los relatos: 1° la lectura incauta o ingenua, que busca captar el sentido amplio y general de la narración; 2° la lectura analítica de la estructura, la cual profundiza en los significados que encierran las palabras, oraciones y párrafos, y que puede contradecir la primera lectura; y 3° la lectura integral, en la que se pondrían en diálogo las etapas anteriores con el bagaje teórico del investigador (Escalante Gómez, 2013). Estas etapas espiraladas de interpretación están acompañadas de un proceso de codificación de las narrativas que busca condensar fragmentos textuales en categorías temáticas y analíticas para explorar los significados.

De aquí que el análisis de las narrativas, especialmente de los relatos autobiográficos, puede proporcionar una forma crítica de indagar en una amplia gama de aspectos como en las experiencias presentes, pasadas y las proyecciones que manifiesta, en las decisiones que tomó el enunciador, en las convenciones y normas sociales que se reflejan respecto de las personas e instituciones de las que habla, en la estructura de la narración y los recursos retóricos que utiliza el enunciador, como en las intenciones y efectos del relato (Coffey y Atkinson, 2003).

A continuación, me detengo en cómo el análisis de las narrativas cobró relevancia durante las últimas décadas entre los estudios antropológicos sobre los *procesos de salud/enfermedad/atención y cuidados*. Asimismo, en el siguiente apartado busco profundizar en la relación entre la *experiencia de padecimiento*, entendida como un procesos privado, variable e intersubjetivo que da cuenta de la convivencia con el/los malestar/es; y las *narrativas*, como una forma para acceder a los significados de experiencia que al mismo tiempo los configura y organiza (Del Mónaco, 2014).

Las narrativas en los estudios sobre los procesos de salud / enfermedad / atención y cuidados

El análisis de las narrativas adquirió una considerable preponderancia entre los estudios sociales cualitativos en la década de 1970 a partir de una serie de reflexiones y críticas que se produjeron al interior de la academia. Este proceso, reconocido por diversos autores como “giro interpretativo”, es resultado de los cuestionamientos a las epistemologías positivistas, de las contribuciones de las corrientes hermenéuticas y fenomenológicas, y de la reflexión acerca de las condiciones de producción del conocimiento social y la relación entre los investigadores y los interlocutores, entre otros aspectos (Bernasconi Ramírez, 2011; Ribeiro, 2015; Coffey y Atkinson, 2003).

Particularmente en el campo de la antropología médica y de la salud, el abordaje de las narrativas se expandió en la década de 1980 de la mano de la intensificación de las críticas que se habían realizado a partir de 1960 al modelo biomédico por poner el foco en la “enfermedad” en detrimento del “enfermo” y por el creciente *proceso de medicalización* durante el siglo XX.⁵ Estas críticas, además, insistían en la ineficacia de la biomedicina ante el control de ciertas enfermedades infecciosas y crónicas, en el énfasis en lo curativo y excluyendo lo preventivo, en la asimétrica relación entre médicos y pacientes, y en la negación de la subjetividad de los actores involucrados, entre otras problemáticas (Menéndez, 2003; Hamui-Surton, 2011). Asimismo, Ramírez Hita (2013) destaca que la implementación y expansión de los “procedimientos de asesoría rápida” (o RAP, por *rapid assessment procedures*) para proyectos de desarrollo a mediados de la década de 1980, fue otro antecedente que priorizó la dimensión discursiva en detrimento del análisis de las prácticas en los trabajos de antropólogos médicos. Respecto de esto, la autora cuestiona la calidad de los datos de las “etnografías rápidas” –efectuadas en 2 o 3 meses– y de los trabajos que solo se basan en las narrativas y otros discursos al otorgar una imagen parcial de las problemáticas estudiadas.

Pese a estas críticas que retomaré más adelante, para algunos investigadores sociales reconstruir las narrativas de los sujetos padecientes, y sobre todo de aquellos que viven con padecimientos crónicos, les permitió visibilizar y profundizar en las experiencias y sentidos del sufrimiento,⁶ que habían sido subordinados por los agentes biomédicos, pero también por los investigadores que seguían la perspectiva funcionalista de Parsons (Grimberg, 2009; Pfeiffer Castellanos, 2014). Estos primeros trabajos adoptaron los enfoques de la teoría fundamentada, del interaccionismo simbólico y de la etnometodología, y se dedicaron a analizar los conflictos que emergen por las diferentes perspectivas entre médicos y pacientes (Das, 2017). De este modo, la mirada académica se desplazó de los contextos macrosociales a los análisis microsociales de la problemática, y el foco de atención se trasladó de la práctica clínica y las experiencias de los médicos, a la experiencia de sufrimiento de los pacientes, donde conceptos como *carrera del enfermo*, *trayectorias terapéuticas* y *estigmatización* abonaron a la exploración de los padecimientos en tanto fenómenos procesuales y relacionales (Pfeiffer Castellanos, 2014; Hydén, 1997).

Vinculado con esto, los aportes teóricos que diferencian los conceptos de *illness*, *disease* y *sickness*,⁷ los estudios de Arthur Kleinman (1980) respecto de los padecimientos crónicos y los *modelos explicativos de la enfermedad*, junto con las contribuciones de Byron Good (2003) sobre las representaciones de las experiencias de padecimiento, otorgaron al análisis de las narrativas un lugar preponderante. Precisamente, para Kleinman los *modelos explicativos de la enfermedad* hacen referencia a las formas en que los pacientes, familiares y equipo de salud interpretan, clasifican, evalúan, explican y responden ante los malestares según sus trayectorias biográficas, roles e intereses, ya que los padecimientos son concebidos como experiencias particulares (Juárez, 2001; Osorio-Carranza, 2001). Con base en esto, las investigaciones que recuperan este enfoque analizan las representaciones sociales sobre la etiología, los síntomas, el tratamiento y las consecuencias o complicaciones que conllevan los padecimientos para las personas, para resaltar las discrepancias que existen entre las perspectivas de los sujetos y las del equipo de salud con el propósito de que éstos últimos establezcan estrategias orientadas a acortar las distancias y optimizar las prácticas de atención.

Por su parte, Good (2003) reflexiona sobre la relación entre las experiencias de padecimiento y las formas simbólicas y culturales. Respecto de esto, y en consonancia con los aportes de Ricoeur, sostiene que las experiencias de padecimiento no pueden ser completamente descritas o narradas, a la vez que estos relatos tienen una intencionalidad e incluyen proyecciones y deseos del narrador además de información sobre los acontecimientos vivenciados. Es importante recordar que Good (2003) también da cuenta de cómo, en la práctica clínica, los estudiantes de medicina y médicos reducen las narrativas de los pacientes despojándolas de datos que no refieran al diagnóstico y la consiguiente decisión terapéutica. Así los pacientes pasan de ser sujetos de sufrimiento a “casos” o “problemas médicos”. Con esto, el autor sostiene que la medicina construye de una forma distintiva las enfermedades y a los pacientes.⁸

Por lo dicho anteriormente, las narrativas contienen aspectos de indagación fundamentales para comprender cómo los sujetos conviven con los padecimientos de larga duración, los cuales pueden afectar diferentes dimensiones de la vida social. De hecho, múltiples investigadores interesados por las experiencias de padecimientos crónicos que profundizaron en las narrativas de estos sujetos (Grimberg, 2003; Recoder, 2011; Bury, 1982; Charmaz, 1983) sostienen que el diagnóstico es concebido como una “ruptura biográfica”, que obliga a las personas a incorporar cambios en la organización de su cotidianidad, redefinir su identidad, reelaborar las formas de relacionamiento con otras personas y reconfigurar la percepción sobre su cuerpo y sus funciones, especialmente cuando se trata de padecimientos estigmatizantes o que implican cambios de hábitos significativos. En estos trabajos (Grimberg, 2003; Recoder, 2011), la experiencia es pensada como un proceso variable y situado que abarca múltiples dimensiones (normativas, cognitivas, emocionales y relacionales, entre otras) y que es construida a partir de aspectos subjetivos e intersubjetivos que involucran

puntos de referencias comunes sobre los significados de los padecimientos. En efecto, por medio de las narrativas el padecimiento es incorporado en el contexto biográfico donde los diagnósticos y pronósticos adquieren significado en relación a diferentes circunstancias de la vida (Hydén, 1997; García-López y Arguello Avedaño, 2013). A su vez, la experiencia corporal tiene un papel central en la elaboración de las representaciones sobre los padecimientos ya que la interpretación también está sujeta a las diferentes maneras en que es sentido (Recoder, 2011). Las sensaciones corporales -como sentir dolor, malestar, confusión- guardan una estrecha relación con la identidad social de las personas afectadas y con los procesos sociales involucrados en la gestión del padecimiento (Kelly y Field, 1996).

Por último, otro aspecto de los discursos narrativos que es necesario tener en cuenta en el análisis de experiencias de padecimientos crónicos son el dinamismo y la mutabilidad de los mismos a través del tiempo. El carácter crónico impone a los padecientes -y a sus cuidadores- diferentes etapas en la “convivencia con el padecimiento” y, por consiguiente, de vivencias, de estrategias para enfrentar el malestar y de entendimiento/comprensión de los síntomas. A esto es posible agregar que la carencia de un final en las narrativas de los padecimientos crónicos, no solo dificulta la evaluación de los sucesos relatados, sino que también producen una constante búsqueda de significado, tornándolas -en muchas ocasiones- ambiguas (Hydén, 1997). En tal sentido, y como sostiene Augé (1999), las narrativas son producto de una reconstrucción a partir de lo recordado y lo olvidado, que permite entrever la tensión entre lo que se espera del futuro y la interpretación del pasado.

En este punto, considero pertinente ilustrar brevemente cómo estos aportes me permitieron profundizar en los sentidos que evoca la diabetes mellitus tipo 1 y tipo 2,⁹ para las personas que la padecen en la ciudad de Posadas, Misiones. En las narrativas de mis interlocutores, generalmente el “despertar” de la enfermedad es atribuido a eventos biográficos que tuvieron un fuerte impacto emocional -como el fallecimiento o el diagnóstico de una enfermedad grave de un familiar-. Asimismo, a lo largo de estos relatos el padecimiento reviste de diferentes significados: en ocasiones es representado como una fuente de preocupación e incertidumbre por el pronóstico, mientras que por momentos es incorporado en el flujo normal de la vida. Tener presentes los cambios en las formas de interpretación me permitió comprender cómo, para algunas personas, los primeros años tras el diagnóstico implicaron un seguimiento estricto de las recomendaciones médicas y un recurrente monitoreo glucémico, en tanto que a medida que transcurrieron los años con el padecimiento y los sujetos elaboraron un aprendizaje sobre su cuerpo, los síntomas y cómo enfrentarlos, las prácticas de autoatención y cuidado se modificaron y no únicamente se centraban en los niveles glucémicos, sino que también contemplaban otros aspectos del bienestar.

Al consultarles sobre “¿Cómo es vivir con diabetes?”, varios de mis interlocutores que padecen la enfermedad la caracterizaron como “*silenciosa*” y “*traicionera*”. Resulta significativa la elección de estas nociones ya que la primera es ampliamente utilizada para describir la diabetes tipo 2 por los profesionales de la salud y en notas periodísticas de diferentes medios de comunicación digital, radial y televisiva.¹⁰ El carácter *silencioso*, en los discursos profesionales, se vincula con el hecho de que en los primeros estadios de la enfermedad los síntomas suelen pasar inadvertidos, lo que dificulta su detección y provoca demoras en la implementación de acciones para evitar el deterioro de tejidos y órganos. No obstante, el carácter “*traicionero*” raramente fue enunciado por el personal de salud, y con él los pacientes aluden, no sólo a las dificultades relativas a la detección de la enfermedad, sino también a aspectos relacionados a la convivencia con la afección. En este sentido, para algunos pacientes que han vivido por años con niveles de glucemia por encima de los recomendados, el *sentirse bien* ciertamente puede significar niveles elevados de azúcar en sangre y, por lo tanto, la progresión del deterioro orgánico.¹¹

En relación con esto, cabe recordar que en las narrativas convergen las *voces* de otros actores significativos de la vida del enunciador. Por ende, es esperable que por la legitimidad que posee el discurso médico respecto a las enfermedades y a las prácticas de atención y cuidados, éste sea una fuente relevante de significación y, por lo tanto, se impregne en los relatos sobre las experiencias de sufrimiento de los sujetos (Recoder, 2011; Das, 2017). De acuerdo a Coffey y Atkinson (2003), esto da cuenta que las narrativas están vinculadas a interacciones particulares y “discursos institucionales, culturales y sociales específicos” (p. 74).

En síntesis, no cabe duda de que las narrativas ocupan un lugar significativo para estudiar la acción social desde enfoques antropológicos y sociológicos. Estas fueron consideradas como una práctica social o “una forma universal de construcción, mediación y representación de la realidad que participa en el proceso de elaboración de la experiencia social” (Pfeiffer Castellanos, 2014, p. 1068). A partir del análisis de estos discursos, los investigadores interesados por las problemáticas de salud/enfermedad/atención y cuidados pudieron adentrarse en las conexiones entre a) las experiencias de padecimiento, entendidas como las formas de sufrimiento; y b) las explicaciones sobre los modos de concebir y afrontar los problemas de salud y las formas de construir identidades y relaciones sociales (Grimberg, 2009; Recoder, 2011; Del Mónaco, 2014). Como mencionamos en el apartado anterior, los aportes teóricos y epistemológicos de Ricoeur (1988; 2006) tienen un peso considerable en estos trabajos ya que la narración instituye temporalidades que ordenan la experiencia vivida por los sujetos, al mismo tiempo que enfatiza en el contexto de producción del relato el cual, como dijimos, posee un carácter performativo, procesual, situacional y relacional (Pfeiffer Castellanos, 2014). Sin embargo, diferentes autores (Ramírez Hita, 2013; Menéndez, 2012; Ramírez-Vázquez, 2016; Quirós, 2014) han señalado que en los últimos años se produjo un “sesgo semántico-discursivo” en los trabajos antropológicos que tiene consecuencias tanto en términos epistemológicos como teóricos y metodológicos, al priorizar el análisis de prácticas lingüísticas.

En este punto me interesa destacar tres riesgos que se corren, mencionados por los autores, al enfocarse en la *palabra dicha*. En primer lugar, analizar únicamente las representaciones y las narrativas aporta información sobre lo que las personas *dicen que hacen*, pero no sobre lo que *hacen*, lo que da por resultado una imagen tendenciosa de las problemáticas estudiadas (Menéndez, 2012; Ramírez-Hita, 2013). En segundo lugar, privilegiar las entrevistas en profundidad y los datos que de ella se producen¹² puede conllevar a un isomorfismo entre lo que los interlocutores *dicen, hacen y piensan* (Menéndez, 2012; Quirós, 2014). Por último, algunos trabajos que se centran en los significados de las experiencias pierden de vista los procesos macrosociales que los constituyen, lo cual repercute significativamente cuando los procesos de salud/enfermedad/atención y cuidados están asociados intrínsecamente a las condiciones sociales (Ramírez-Hita, 2013). Por este motivo, sostienen que es necesario cuestionar los datos producto de las entrevistas a partir de la articulación de prácticas no discursivas posibles de reconstruir mediante otras técnicas como la observación participante,¹³ ya que las personas nos hablan de sus realidades no sólo por medio de sus palabras, sino también “a través de lo que hace[n], de cómo lo hace[n], de lo que no hace[n], de lo que no dice[n]” (Quirós, 2014, p. 51). De esta forma, resulta relevante implementar diferentes técnicas de construcción de datos y considerar a las narrativas como “prácticas performativas” que se inscriben en espacios y tiempos específicos, de los cuales es necesario dar cuenta (Das, 2008; 2017).

Consideraciones finales

En el presente artículo he buscado reflexionar sobre la relevancia de las narrativas como herramienta teórica-metodológica en la producción de conocimiento antropológico, a partir de poner en diálogo algunos referentes de la temática. Para esto, en primer lugar, se expusieron las contribuciones de Jerome Bruner y Paul Ricoeur, puntualizando en las características de las narrativas y en las formas de ser abordadas desde las investigaciones cualitativas. En un segundo momento, se esbozó la relación entre experiencia y narrativas, como un vínculo clave para entender el lugar preponderante que tuvieron estos relatos en el entendimiento de los problemas de salud y en la generación de estrategias para enfrentarlos. Aquí observamos que el análisis de las narrativas en este campo temático surgió a finales de la década de 1970 e inicios de 1980 de la mano de las críticas por la hegemonía del discurso médico, la ineficacia de la atención de padecimientos crónicos y por la centralidad en la dimensión biológica de las enfermedades.

A partir de esto, y en concordancia con Pérez (2011), podemos sostener que “las narrativas no son una metodología ni propiamente un objeto de estudio aislado de la vida social. Son parte de la cultura, y como tales son constitutivas de la vida cultural” (p. 32). Estos relatos nos permiten analizar no solamente las experiencias y significados de las personas, sino también las convenciones y sentidos morales compartidos. En efecto, las narrativas sobre los padecimientos condensan acontecimientos que guardan relación con los significados de experiencias pasadas y presentes, al mismo tiempo que remiten a proyecciones futuras que entrelazan deseos, expectativas, opiniones y planes de acción; donde su reconstrucción y reinterpretación se encuentra unida al proceso de convivencia con el padecimiento y a las reestructuraciones que realizan los sujetos de sus rutinas y trayectorias de vida (Good, 2003). Asimismo, son una forma por la cual los interlocutores contextualizan los síntomas y episodios de la enfermedad al integrarlos a sus trayectorias biográficas y entenderlos; al mismo tiempo que son las maneras mediante las cuales organizan, juzgan, representan y vuelven pública sus aflicciones y luchas con el padecimiento más allá de las elaboraciones biomédicas (García -López y Arguello Avedaño, 2013). Al tratarse de prácticas sociales, los sujetos, por su capacidad de agencia, los cargan de intencionalidad, al mismo tiempo que en ellos se cuelan discursos de otros agentes ausentes en el contexto de enunciación –como el de los equipos de salud, el de familiares y los dominantes en una sociedad, entre otros–. Estos aspectos nos permiten entrever, por un lado, el lazo entre las dimensiones biográficas de los individuos y las condiciones socioestructurales donde están insertos y, por otro lado, el carácter intersubjetivo y co-participativo de las narrativas y de la realidad social.

Para finalizar, es importante recordar que el análisis interpretativo de los discursos narrativos debe considerar no sólo el contenido y la estructura de los mismos, sino también el contexto de enunciación reparando en los silencios del enunciadore, la situación de interacción y relación investigador-interlocutor. Teniendo en cuenta que “la experiencia excede siempre las posibilidades de su narrativización” (Del Mónaco, 2014, p. 41; Ricoeur, 2006), es fundamental integrar en el análisis datos construidos mediante otras fuentes de información como, por ejemplo, la observación de acciones de cuidado en ámbitos cotidianos o durante las consultas con profesionales de la salud. El apoyo en diversas fuentes de información y a partir de distintas técnicas a la luz de los objetivos de la investigación, contribuye en evitar la homologación entre la *perspectiva del actor* y *lo que la gente dice*, a la vez que abona a la construcción de interpretaciones más próximas, que den cuenta de los sentidos, prácticas y condiciones de vida de los interlocutores con los cuales se produce conocimiento.

Referencias bibliográficas

- Araujo-Guimaraes, N. (2024). Mirando hacia una sociedad del cuidado, pero viviendo bajo múltiples y desiguales formas de producir cuidados: ¿Hay luz al fin de ese túnel? En K. Batthyány, V. Perrotta y J. A. Pineda Duque (Coords.), *La sociedad del cuidado y políticas de la vida* (pp. 63-90). CLACSO.
- Augé, M. (1999). La vida como relato. En M. A. Portal, R. Bayardo y M. Lacarrieu (Eds.), *La dinámica global/local: Cultura y comunicación: nuevos desafíos* (pp. 173-184). La Crujía.
- Bernasconi Ramírez, O. (2011). Aproximación narrativa al estudio de fenómenos sociales: Principales líneas de desarrollo. *Acta Sociológica*, 56, 9-36.
- Bury, M. (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health & Illness*, 4(2), 167-182.
- Bourdieu, P., Chamboredon, J.-C. y Passeron, J.-C. (2002). *El oficio del sociólogo*. Siglo XXI.
- Bruner, J. (2003). Los usos del relato. En *La fábrica de historias: Derecho, literatura, vida* (pp. 11-58). Fondo de Cultura Económica.
- Castilla, M. V., Kunin, J. y Blanco Esmoris, M. F. (2020). *Pandemia y nuevas agendas de cuidados* (Documento n° 8/2020). IDAES UNSAM.
- Charmaz, K. (1983). Loss of self: A fundamental form of suffering in the chronically ill. *Sociology of Health & Illness*, 5(2), 168-195.
- Clarín* (2002, enero 3). Una enfermedad silenciosa. https://www.clarin.com/sociedad/enfermedad-silenciosa_0_BkXUXIeCYx.html
- Coffey, A. y Atkinson, P. (2003). Narrativas y relatos. En *Encontrar el sentido a los datos cualitativos: Estrategias complementarias de investigación* (pp. 64-97). Editorial Universidad de Antioquia.
- Das, V. (2008). El acto de presenciar: Violencia, conocimiento envenenado y subjetividad. En F. Ortega Martínez (Ed.), *Veena Das: Sujetos del dolor, agentes de dignidad* (pp. 217-260). Instituto Pensar.
- Das, V. (2017). Cómo el cuerpo habla. *Etnografías Contemporáneas*, 3(5), 302-339.
- Del Mónaco, R. (2014). *Cuando la cabeza te estalla: Narrativa, experiencia y saberes sobre el dolor crónico denominado "migraña" en el Área Metropolitana de Buenos Aires* [Tesis de doctorado no publicada]. Universidad de Buenos Aires.
- Epele, M. E. (2012). *Padecer, cuidar y tratar: Estudios socio-antropológicos sobre consumo problemático de drogas*. Antropofagia.
- Epele, M. E. (2020). Decir el malestar y malestar en el decir en los márgenes urbanos de Buenos Aires. *Revista Colombiana de Antropología*, 56(1), 273-297.
- Escalante Gómez, E. (2013). La perspectiva ricoeuriana y el análisis de las narrativas. *Fundamentos en Humanidades*, 14(27), 175-192.
- García García, J. L. (2000). Informar y narrar: El análisis de los discursos en las investigaciones de campo. *Revista de Antropología Social*, 9, 75-104.

- García-López, S. y Argüello Avedaño, H. E. (2013). Historias padecidas: Narrativa y antropología médica. En O. Romani (Coord.), *Etnografía, metodologías cualitativas e investigación en salud: Un debate abierto* (pp. 161-188). Publicacions URV.
- Giddens, A. (1982). Hermenéutica y teoría social. En *Profiles and critiques in social theory* (pp. 1-20). University of California Press.
- Grimberg, M. (2003). Narrativas del cuerpo: Experiencia cotidiana y género en personas que viven con VIH. *Cuadernos de Antropología Social*, 17, 79-99.
- Grimberg, M. (2009). Introducción. En *Experiencias y narrativas de padecimientos cotidianos* (pp. 7-19). Antropofagia.
- Gómez Cardona, L. (2013). Por una antropología médica crítica hoy. *Maguaré*, 27(2), 21-65.
- Good, B. (2003). La representación narrativa de la enfermedad. En *Medicina, racionalidad y experiencia* (pp. 247-297). Bellaterra.
- Guber, R. (2005). *El salvaje metropolitano*. Paidós.
- Hamui-Sutton, L. (2011). Las narrativas del padecer. *Cuicuilco*, 18(52), 51-70.
- Helman, C. G. (1981). Disease versus illness in general practice. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 31(230), 548-552.
- Hydén, L. C. (1997). Illness and narrative. *Sociology of Health & Illness*, 19(1), 48-69.
- Infobae (2024, noviembre 17). La diabetes, una enfermedad silenciosa que deja más de 1.6 millones de muertes al año. <https://www.infobae.com/estados-unidos/2024/11/18/la-diabetes-una-enfermedad-silenciosa-que-deja-mas-de-16-millones-de-muertes-al-ano/>
- Juárez, E. A. (2001). El padecer de los adultos mayores con diabetes. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 4(1), 10-14.
- Kelly, M. P. y Field, D. (1996). Medical sociology, chronic illness and the body. *Sociology of Health & Illness*, 18(2), 241-257.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture*. University of California Press.
- Kleinman, A. y Benson, P. (2004). La vida moral de los que sufren enfermedad. *Monografías Humanitas*, 2, 17-26.
- Lorenzetti, M. I. y Cantore, A. (2023). Salud y cuidados. *Etnografías Contemporáneas*, 9(16), 114-123.
- Menéndez, E. L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 185-207.
- Menéndez, E. L. (2012). Búsqueda y encuentro. *Cuadernos de Antropología Social*, 35, 29-53.
- Michalewicz, A., Pierri, C. y Ardila-Gómez, S. (2014). Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso salud/enfermedad/cuidado. *Anuario de Investigaciones*, 21(1), 217-224.
- Molinier, P. (2018). El cuidado puesto a prueba por el trabajo. En N. Borgeaud-Garciandía (Comp.), *El trabajo de cuidado* (pp. 191-214). Fundación Medifé Edita.
- Muratorio, B. (2005). Historia de vida de una mujer amazónica. *Íconos. Revista de Ciencias Sociales*, 22, 129-143.
- Organización Mundial de la Salud (2024, noviembre 14). Diabetes. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>

- Osorio-Carranza, R. M. (2001). *Entender y atender la enfermedad*. CIESAS.
- Padawer, A. (2018). Aprender el oficio. En R. J. L. Ramos y M. J. Martínez (Coords.), *Enseñar y aprender a investigar* (pp. 158-167). EUMED.NET.
- Página/12* (2004, junio 25). Diabetes, una epidemia silenciosa. <https://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-37187-2004-06-25.html>
- Pérez, D. A. Á. (2011). La hermenéutica y los métodos de investigación. *Estudios de Filosofía*, 44, 9-37.
- Pfeiffer Castellanos, M. E. (2014). A narrativa nas pesquisas em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(4), 1065-1076.
- Quirós, J. (2014). Etnografiar mundos vívidos. Desafíos de trabajo de campo, escritura y enseñanza en antropología. *Revista Publicar* 12(17), 47-65
- Ramírez Hita, S. (2013). Usos y desusos del método etnográfico. En O. Romani (Coord.), *Etnografía, metodologías cualitativas e investigación en salud* (pp. 43-64). Publicacions URV.
- Ramírez-Vázquez, J. (2016). Consideraciones sobre la narrativa. *Revista CONAMED*, 21(2), 66-70.
- Recoder, M. L. (2011). Experiencia de enfermedad y narrativa. *Papeles de Trabajo*, 21, 80-98.
- Ribeiro, A. de F. (2015). Tempo, vida e narrativa. *Estudos de Sociologia*, 20(38), 177-194.
- Ricoeur, P. (1983). *Texto, testimonio y narración*. Andrés Bello.
- Ricoeur, P. (1988). La identidad narrativa. En P. Bülher y J. F. Habermacher (Eds.), *La narration* (pp. 341-355). Labor et Fides.
- Ricoeur, P. (2006). *Teoría de la interpretación*. Siglo XXI.
- Saslavski, L. C. (2002). *Etnografía en las escenas diabetológicas* [Tesis de doctorado]. Universidad de Buenos Aires.
- Siciliani Barraza, J. M. (2014). Contar según Jerome Bruner. *Itinerario Educativo*, 28(63), 31-59.

Notas

- 1 Incluyo la noción de *cuidados* en el concepto de *proceso de salud/enfermedad/atención* ya que enfatiza en las dimensiones relacionales y afectivas de las prácticas en salud, aspectos que, en ocasiones, son poco problematizados si sólo se analizan las prácticas de atención (Michalewicz, Pierri y Ardila-Gómez, 2014). Si bien la categoría de *cuidado* es polisémica, aquí la entiendo como una diversidad de prácticas que buscan contribuir en la promoción y/o mantenimiento del bienestar y que, al mismo tiempo, establecen relaciones entre diferentes agentes e instituciones, como la familia, los equipos de salud, el mercado, el Estado y la comunidad (Araujo-Guimaraes, 2024; Epele, 2012; Castilla et al., 2020; Lorenzetti y Cantore, 2023; Molinier, 2018).
- 2 De acuerdo a Giddens “el cientista social estudia un mundo, el mundo social, el cual es constituido como significativo por aquellos que lo producen y reproducen en sus actividades, los sujetos humanos. Describir la conducta humana de una manera válida es en principio ser capaz de participar en las formas de vida que constituyen y son constituidas por esa conducta” (1982, p. 6).
- 3 Bourdieu, Chamboredon y Passeron (2002) recuperan los planteos de Bachelard y sostienen que la *vigilancia epistemológica* refiere a la actitud que los investigadores sociales deben mantener durante todo el proceso de investigación para distanciarse de las prenociones del sentido común –o de la

- “sociología espontánea”– y del sentido común académico, que lleva a plantear problemas de investigación y aplicar técnicas y procedimientos de análisis de forma acrítica y automática.
- 4 Paul Ricoeur (2006) sostiene que la *comprensión* y la *explicación* de textos son procesos que no se oponen, sino que se invaden mutuamente. En la explicación se expone una gama de proposiciones y sentidos que garantizan un tratamiento objetivo de los textos, mientras que la comprensión permite entender la totalidad de sentidos parciales, por esto no se parte del autor o de la situación inicial del discurso, sino que se trata de una “captación intuitiva de la intención que subyace al texto” (p. 100).
 - 5 La *medicalización* es definida como el “proceso que implica convertir en enfermedad toda una serie de episodios vitales que son parte de los comportamientos de la vida cotidiana de los sujetos, y que pasan a ser explicados y tratados como enfermedades cuando previamente sólo eran aconteceres ciudadanos” (Menéndez, 2003, p. 193).
 - 6 De acuerdo con Arthur Kleinman y Peter Benson (2004), el *sufrimiento* es una experiencia moral. Estos autores destacan que la experiencia de estar enfermo refiere a las maneras en que la propia persona, sus familiares y demás miembros de su red social conviven, perciben y responden a los malestares e incapacidades.
 - 7 El concepto de *illness* refiere a las percepciones, clasificaciones y reacciones que tienen los sujetos sobre el malestar; en cambio *disease* alude a la entidad física y fisiopatológica de la enfermedad desde el punto de vista médico, que puede caracterizarse por una desviación de los valores normales o una anormalidad en la estructura o función de los órganos; por último, la noción de *sickness* considera los aspectos intersubjetivos (*illness*) y objetivos (*disease*) de la enfermedad integrados al contexto social (Gómez Cardona, 2013; Helman, 1981).
 - 8 Para profundizar, ver Good, B. (2003).
 - 9 La diabetes mellitus es definida por la biomedicina como una enfermedad metabólica crónica y progresiva que se caracteriza por la presencia de niveles elevados de azúcar en sangre (hiperglucemia o glucemia elevada). Los tipos más frecuentes de diabetes son: la diabetes tipo 1, donde el organismo no produce insulina y suele presentarse antes de los 30 años; la diabetes tipo 2, generalmente ocurre en mayores de 40 años donde hay producción de insulina sin embargo no es correctamente procesada por el organismo; y la diabetes gestacional, la cual es detectada por primera vez durante el embarazo. Las consecuencias que conlleva el mantenimiento de niveles altos de azúcar en sangre sin tratamiento pueden ser, en los casos más graves, la defunción por un episodio agudo de hiperglucemia, o a largo plazo las “complicaciones” en diferentes órganos y sistemas como los riñones, los ojos, el sistema cardiovascular y la piel (Organización Mundial de la Salud, 14 de noviembre de 2024).
 - 10 A modo de ejemplo citamos algunos titulares de periódicos digitales: “La diabetes, una enfermedad silenciosa que deja más de 1.6 millones de muertes al año” (Infobae, 17 de noviembre de 2024), “Una enfermedad silenciosa” (Clarín, 3 de enero de 2002), “Diabetes, una epidemia silenciosa” (Página 12, 25 de junio de 2004).
 - 11 Este aspecto también fue trabajado por Saslavski (2002) en su tesis doctoral. La autora sostiene que la experiencia corporal para las personas que conviven con diabetes tipo 2 encierra una contradicción: el sentirse bien puede implicar el mantenimiento de niveles elevados de azúcar en sangre, mientras que el malestar puede significar la efectividad del tratamiento (Saslavski, 2002).
 - 12 Ana Padawer (2018) advierte que la técnica de entrevistas suele ser atrayente a investigadores noveles “porque produce la ilusión de que se accede rápidamente a información sobre el mundo social que les interesa conocer, al “dato mismo” empacado, codificado, organizado” (p. 164).
 - 13 Es importante mencionar la observación de Ramírez-Vázquez (2016) con respecto a las circunstancias en las cuales se realizan las investigaciones sociales sobre problemáticas de salud. La autora señala que

no siempre es posible realizar observaciones en instituciones médicas, educativas, cárceles, entre otras, por lo cual los relatos de las personas se tornan fundamentales para la construcción de los datos.