

XI Jornadas de Sociología de la UNLP 5, 6 y 7 de diciembre de 2022

MESA 46: El nacimiento de la clínica. Ciencias sociales y salud.

***Bienestares y proceso salud-enfermedad-atención-cuidados: propuesta para una aproximación conceptual***

Autorxs: Pagnamento, Licia (CIMECS-IdIHCS-UNLP, [liciapagnamento@gmail.com](mailto:liciapagnamento@gmail.com)); Castrillo, Belén (CIMECS-IdIHCS-UNLP/CONICET, [mbcastrillo@gmail.com](mailto:mbcastrillo@gmail.com)); Coniglio, Jimena (CIMECS-IdIHCS-UNLP, [jime.coniglio@gmail.com](mailto:jime.coniglio@gmail.com)); Dionisi, Karina (Facultad de Psicología UNLP, CIMECS-IdIHCS-UNLP, [dionisikarina@gmail.com](mailto:dionisikarina@gmail.com)); Hasicic, Cintia (IIGG-UBA CONICET y CIMECS-IdIHCS-UNLP, [cintiahasicic@hotmail.com](mailto:cintiahasicic@hotmail.com)); Rodríguez Durán, Adriana (CINIG-IdIHCS-UNLP, [adriana\\_rdu@yahoo.com](mailto:adriana_rdu@yahoo.com)); Soza Rossi, Paula (CINIG-IdIHCS-UNLP, [paulasoza11@yahoo.com.ar](mailto:paulasoza11@yahoo.com.ar)); Weingast, Diana (CIMECS-IdIHCS-UNLP, Facultad de Psicología UNLP, CEREN- CIC-PBA, [diangaweingast@gmail.com](mailto:diangaweingast@gmail.com)); Cheuque Porras, Daniel (CIMECS-IdIHCS-UNLP, [daniel.cheuque@gmail.com](mailto:daniel.cheuque@gmail.com)); De Dominicis, Alejo (CIMECS-IdIHCS-UNLP, [alejodominicis98@gmail.com](mailto:alejodominicis98@gmail.com)) y Galante, Valentina (CIMECS-IdIHCS-UNLP, [valengali3@gmail.com](mailto:valengali3@gmail.com)).

**Introducción:**

Este trabajo ha sido elaborado en el marco de las actividades propias del Proyecto de Investigación “Representaciones y prácticas referidas a los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados” (PID-H880) por lxs integrantes de un equipo que, desde su conformación en 2014, explora distintas problemáticas referidas a los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados (PSEAC). Tras ocho años de trabajo, por el propio devenir de las investigaciones individuales y de las reflexiones conceptuales compartidas, ha emergido la pregunta por la construcción del “bienestar”. En este sentido, esta ponencia recoge un primer acercamiento a discusiones conceptuales sobre la categoría “bienestar” y a su vinculación con los desarrollos teóricos vinculados al PSEAC, principalmente.

Consideramos que aquello que en nuestras sociedades solemos llamar “salud” forma parte de un *proceso de construcción social de bienestares* históricamente situado y condicionado multidimensionalmente. En nuestra aproximación al tema, sostenemos que además de tener en cuenta fenómenos estructurales que explican la desigualdad social y se vinculan a las características del

propio sistema de producción, es relevante examinar los procesos ideológicos, simbólicos y políticos (relativos al poder), y remarcar la importancia de reflexionar sobre los procesos de imposición/adhesión/impugnación/resistencia/transacción. Además, la noción de bienestar puede acercarnos a los modos en que socialmente se representan distintos planos reconocibles de la existencia humana (lo biofísico, mental, emocional, espiritual, social) a los que proponemos tomar como objeto de reflexión desde una perspectiva socio-psico-antropológica, que recoge las formaciones iniciales y bifurcaciones posteriores de lxs integrantes del equipo, así como las mixturas que hemos tejido a lo largo de nuestro investigar compartido.

En esta ponencia presentaremos una sistematización de las primeras lecturas sobre el tema que permiten articular la categoría de proceso salud-enfermedad-atención a la de bienestar/es. La propuesta vincula este proceso a cuestiones de autoatención y cuidados para, finalmente, arribar a cómo se relaciona con los conceptos de resiliencia, cuidado de sí y affidamento. Este es el recorrido en el que se estructura esta ponencia, y en el que intentamos dar cuenta del itinerario de investigación y reconstrucción bibliográfica que realizó el equipo en estos años.

## **Salud y bienestar(es)**

La noción de bienestar es polisémica y en el área de la salud resuena a la conocida y cuestionada posición de la OPS/OMS sobre la salud, vinculada al “bienestar bio-psico-social”. A ello se suma la profusa producción de artículos escritos desde los años '80, influenciados por el surgimiento de medios especializados en terapias alternativas, junto con el crecimiento de la industria editorial de autoayuda, que ubican las temáticas relativas al bienestar en diarios y revistas no especializados, en las secciones y suplementos de salud y calidad de vida. En este entramado se alude a diversas prácticas y terapias no biomédicas promovidas como herramientas válidas para alcanzar bienestar no sólo físico sino también emocional, mental, espiritual y sobre todo vincular o social (D'angelo, 2012). En el ámbito académico, una de las primeras aproximaciones a repensar la salud y el/los bienestar/es ha estado de alguna manera asociada a las consecuencias del VIH en la vida de las personas (Crawford, 1994). Como señala Crawford (2006), podemos reconocer que estamos frente a un “imperativo de la salud” o una “nueva conciencia sobre la salud” que se configura como un verdadero mandato cultural y moral sobre las prácticas que los individuos deberían adoptar para mejorar su calidad de vida y mantener un buen estado de salud física y equilibrio psicoemocional, enfatizando la responsabilidad individual. Este tipo de aproximación en algún sentido nos permite considerar la articulación entre sujeto y relaciones sociales, agencia y estructura, a la vez de reconocer que, tal como sostiene Castro

(2011), entre las categorías a las que se ha recurrido en el análisis de la salud y enfermedad, la de integración social ha demostrado su importancia al mostrar su efecto amortiguador y/o directo en los niveles de salud de las personas. En otras palabras, los enfoques que han considerado con especial atención los fenómenos sociales referidos a la integración social, aportan elementos de interés para pensar que tanto los recursos materiales como los cognitivos y orientativos determinan la manera en que se hace frente a la adversidad individual y colectivamente. Dentro de estos recursos podemos entonces considerar que el apoyo social, o las interacciones sociales de apoyo, juegan un papel central para comprender las diferencias de salud y de enfermedad de los sujetos.

En ciencias sociales es posible distinguir diversas aproximaciones a la salud. Entre ellas podemos enumerar aquella asociada a los procesos de integración moral (prescripciones de conducta) y relacional; la que la vincula a recursos materiales, simbólicos y/o atinentes a los vínculos sociales; la que la entiende como parte de un proceso que implica su relación con la “enfermedad”. Pero, además, la salud es objeto de reflexión más allá de las ciencias sociales: la medicina científica occidental la ha pensado centralmente como el opuesto a una forma de entender la enfermedad circunscrita principalmente a la biología y como un estado de equilibrio sistémico; otras medicinas y saberes alternativos/subalternos modernos la construyen resaltando la dimensión espiritual humana y combinando elementos de diversas explicaciones y prácticas.

La reflexión o el abordaje del/los bienestar/es, por otra parte, ha caído en un interregno crítico en parte debido a la vuelta de tuerca (*tour de force*) sobre la definición de la salud de 1946 de la OMS que la asoció al “bienestar físico, mental y social”. Como señala Berlinguer (1994), si bien esta definición permitió recuperar elementos sociales y psíquicos olvidados, se cuestionó a posteriori la ampliación desmedida, en particular de la esfera del accionar sanitario, y se alertó sobre el peligro de que cada señal de conflicto en las relaciones entre las personas, propiciara la intervención de la medicina aún cuando generara una respuesta ineficaz e incluso perjudicial. Hoy queda claro que se ha construido una mirada crítica al accionar médico en cuanto a la medicalización, entendida ésta siguiendo a Conrad (1994) como la ampliación de la jurisdicción de la medicina para abarcar problemas sociales en nombre de la salud. Esa mirada crítica habilita justamente la reflexión sobre los bienestares desde la óptica de las ciencias sociales cuyo objeto de estudio son las relaciones sociales.

Ahora bien, partiendo de esta afirmación, proponemos reflexionar sobre bienestares en cuanto fenómeno social, teniendo en cuenta que, si bien es un término que en el sentido común se asocia a la salud, lo preferimos a éste último (salud) dada su vinculación con la manera en que la biomedicina

considera la salud y la enfermedad. Reafirmamos la ya conocida mirada crítica sobre la biomedicina entendiendo que salud en cuanto fenómeno social no implica ausencia de enfermedad sino algo más amplio, así como la vigencia del alerta sobre la pretensión de extensión de la égida biomédica en relación a la enfermedad y también en relación a la salud (la medicalización en relación a la salud y a la enfermedad).

### **Proceso salud-enfermedad-atención**

Pensar en los bienestar entendidos como fenómeno social, permite recuperar conceptos que han sido propuestos por la corriente de la Medicina Social Latinoamericana (hoy Salud Colectiva) y forman parte de los debates en ciencias sociales, tales como la noción de proceso de salud-enfermedad, salud-enfermedad-atención y cuidados. Además abre la oportunidad para concentrar la atención en uno de sus componentes (“salud”) tratando de explorar el término que menos reflexiones ha acaparado en comparación con la idea de enfermedad o de desgaste. En esto coincidimos con Vásquez et al (2009, p.1) en que “históricamente el foco de las intervenciones en áreas relacionadas con la salud se ha centrado más en la reducción del dolor, el sufrimiento y las carencias que en el desarrollo de capacidades individuales y colectivas”.

Y no solo se trata de las intervenciones, buena parte de la reflexión académica en las ciencias sociales ha reparado especialmente en diferentes aspectos vinculados a los padecimientos y las enfermedades. Es decir, tanto en las investigaciones e intervenciones de las ciencias sociales como en las ciencias de la salud (medicina, psiquiatría, psicología, etc.) ha habido un centramiento en los estados patológicos por sobre la orientación hacia la promoción de la salud. Eso ha ocasionado el descuido o menor atención que ha recibido el estudio sobre el bienestar/los bienestar (Fernández González et al, 2014). Sin embargo, tal como señala Vásquez (2006) indagar sobre las condiciones que contribuyen en el bienestar de las personas y de las sociedades, constituye un reto moral.

Para introducirnos paulatinamente en el tema, proponemos explorar algunos aspectos del huidizo concepto de “salud”. En primer lugar, hay que considerar la manera en que se ha circunscrito el ámbito de reflexión en el que pudiéramos ubicar el término “bienestar”, y ello liga el sentido de este término a su diferencia respecto de la enfermedad. Como se sabe, la “enfermedad” en las sociedades actuales y occidentales se vincula a la manera en que la biomedicina la entiende y actúa ante ella. Estos saberes y prácticas se construyen como hegemónicas pero no sólo abarcan la enfermedad sino que también se extienden a la salud, su opuesto en una forma binaria de diferenciar dos estados. En tal sentido, coincidimos con Viesca (1990) cuando sostiene que:

“es evidente que el modelo médico imperante en los primeros tres cuartos del siglo actual (XX) se ha basado en la enfermedad y la lucha contra ella, en la medicalización de la vida y en la definición de la salud como ausencia de enfermedad. Sin embargo, estos conceptos no cubren la integridad del problema. Bienestar no es solamente ausencia de enfermedad, e incluso pudiera hablarse de él, de manera relativa por supuesto en su presencia. Considerado como el antónimo de malestar, el bienestar adquiere implicaciones mucho más amplias que esto, aun cuando nos limitáramos a la aplicación del término en el campo de la salud. Dentro del sufrimiento mismo que implica la enfermedad se encuentran indicadores de un estado positivo que mantiene mínimos siquiera de calidad de vida (...) El bienestar entonces adquiriría el nivel de positividad al ser confrontado con satisfactores y con la anulación de necesidades concretas” (p. 356).

Siguiendo esta idea, podemos pensar el bienestar no como una entidad cerrada y estática sino como estados sujetos a variaciones (incluido el sentido que la opone a “enfermedad” o, lo que es más abarcativo, al malestar). El bienestar entonces en principio puede ser nombrado en plural, y aún manteniendo dos “polos” (salud-enfermedad, o bienestar/malestar) las variaciones pueden suponerse como una suerte de *continuum* que se construye entre ambos. Esta construcción debe ser considerada en términos sociales, lo que implica asumir que las variaciones se sitúan en un contexto histórico específico y en el marco de contradicciones, tensiones y luchas propias de la sociedad en la que emergen como fenómenos significativos (es decir, dotados de sentido).

Asumiendo las variaciones del bienestar, para abordarlas analíticamente puede ser útil la categoría de proceso salud-enfermedad, al menos como punto de inicio para pensar el problema. De la categoría propuesta por Laurell (1986) interesa destacar parte de su planteo. Por un lado, resulta sugerente recuperar la idea de *proceso*, para entender la dinámica de la construcción de bienestares: nos permite reconocer *un proceso social de producción y reproducción de la vida, que se expresa a nivel de las dimensiones biológica, psicológica, emocional, espiritual y de las relaciones e interacciones sociales, y que contiene momentos o situaciones disruptivos que afectan el desarrollo regular de las actividades cotidianas tanto a nivel de las prácticas concretas como de las maneras de pensarlas. Esos momentos diferenciables en el desarrollo regular (rupturas) se retoman y conjugan en las percepciones sobre el propio bienestar y en las prácticas o acciones concretas que lo rodean, de tal manera que conforman un estado dinámico de reproducción y/o cambios*. La idea de proceso implica reunir tanto el desgaste (“bio-psico-social”) como las respuestas o las acciones para morigerarlo, transformarlo y/o superarlo, es decir procurar el bienestar. El bienestar entonces puede ser pensado en principio en relación al desgaste y no como un estado óptimo a alcanzar (apreciación de tipo valorativa) o a una idea de bienestar en particular (asociable a algún tipo de contenido).

Además partiendo de la idea de proceso salud-enfermedad, se puede pensar en forma análoga, incluyendo tanto al malestar (término que permite abarcar eventos que no son categorizados como enfermedad por el modelo biomédico) como al bienestar en sus múltiples formas. Siendo un proceso, los bienestares nunca se alcanzan por completo, se construyen y como todo fenómeno social se caracterizan tanto por equilibrios/continuidades como por contradicciones/transformaciones. Esta construcción abarca, además, la dimensión psicológica o emocional humana, que queda en penumbra en el planteo original de Laurell, y que proponemos pensar a partir de las nociones de bienestar subjetivo y bienestar psicológico (García Viniegras y González Benítez, 2000), tal como veremos más adelante.

En segundo lugar, podemos recuperar la posición de la autora respecto de la manera de abordar la dimensión del proceso biológico humano, entendiendo junto a distintos científicos sociales que la biología humana es simultáneamente social. De esta manera en principio se complejiza la perspectiva bio-médica que asocia enfermedad con eventos biológicos individuales (o en caso de entenderlos como colectivos, con la mera sumatoria de individuos). Pero además, esta concepción le permite a Laurell tomar en cuenta los indicadores concretos relativos al tipo, frecuencia y distribución de la enfermedad en los grupos sociales (verificación empírica del carácter social del propio fenómeno). Estos indicadores epidemiológicos de morbi-mortalidad no pueden ser ignorados a la hora de pensar la construcción de bienestares-malestares aunque queda claro que la aproximación de la epidemiología es parcial, debido a la ausencia de datos estadísticos sobre múltiples fenómenos que difícilmente sea posible explorar a idéntica escala. Sin embargo, no por ello se vuelve imposible una aproximación empírica, más bien contiene un desafío para estrategias alternativas y la definición de problemáticas no consideradas.

En tercer lugar la aproximación de Laurell sobre el proceso salud-enfermedad es complementaria a la perspectiva que enfatiza la construcción social de la “enfermedad” (en la que podríamos ubicar a autores como Conrad o Freidson), que procura (sin por esto negar la dimensión biológica involucrada) reconocer que ésta existe en cuanto ha sido identificada y conceptualizada como tal. Estos enfoques han dejado en claro la importancia de reflexionar sobre los procesos simbólicos y es preciso sumar la consideración de las relaciones de poder que atraviesan la construcción de sentidos. La vinculación entre ambas dimensiones analíticas ha sido abordada por enfoques tan disímiles como la sociología norteamericana y aquellos que recuperan las nociones de hegemonía o de ideología. En principio, abordar los procesos simbólicos y las relaciones de poder resulta imprescindible para no caer en visiones ingenuas. Pero además, la intersección entre la construcción de sentidos y las relaciones de poder en las que se producen, imponen, difunden, sugieren, transforman y/o re-apropian, resignifican,

lleva a su vez a considerar las asimetrías y las desigualdades asociadas a distintos tipos de recursos que se disponen y disputan (que podrían considerarse junto a diversos/as autores/as como multidimensionales).

En todo caso, considerar la articulación entre este tipo de fenómenos (biológicos, psicológicos y sociales) y las dimensiones de análisis de los procesos sociales (económica, política o relativa al poder y simbólica), posibilita la reflexión sobre problemas concretos entendidos como construcciones dinámicas y complejas. En este sentido, es de esperar que en sociedades como la nuestra los bienestares sean construidos considerando la dimensión biológica como ausencia de disfunciones o de patógenos, y/o como un estado de equilibrio emocional (dimensión psi y/o referida al plano emocional de las personas) y/o como una situación de vida en la que se sostienen vínculos afectivos contenedores (sociabilidad); a la vez que cada una de estas tres situaciones están atravesadas por la situación económica de las personas y del conjunto social mayor en el que se inscriben (recursos económicos), por las relaciones de poder en las que se ubican (impugnan o aceptan) y por la manera en la que se significan. Por otra parte, se modificarán en el transcurso de la vida y en distintas etapas de la vida (niñez, juventud, adultez y vejez) dado que implican modificaciones no sólo de posiciones en la estructura social sino en las formas de interpretar la realidad.

Por ejemplo, consideremos las percepciones de bienestar vinculadas al trabajo. Más allá de que sabemos que el trabajo es positivamente valorado, no puede escapar el hecho de que estará relacionado con el proceso de desgaste del trabajo mismo, y éste en todas sus formas (sea doméstico o extradoméstico, formal o informal, etc) entendiendo que esta actividad es central en la producción y reproducción de la vida. Las formas en que se perciban o signifiquen los bienestares en el marco del proceso de desgaste pueden relacionarse con las distintas formas de alienación/explotación/subordinación (incluida la autoexigencia y la autoexplotación), tanto como con las formas en que esos fenómenos se limitan o se resisten. Esto se aprecia, por ejemplo, en la manera en que cobra fuerza la disputa en torno a la relación entre tiempo de trabajo y tiempo de ocio o de disfrute.

Otro ejemplo lo constituye la vinculación del bienestar con la responsabilidad individual: es posible que el énfasis en la capacidad de acción individual la desligue de sus vinculaciones con los procesos y las condiciones de vida en que los sujetos se desenvuelven. De esta manera, deja librados a los sujetos a articular respuestas o a modificar situaciones que no dependen de sus acciones personales y que se vinculan con procesos estructurales mayores o con recursos de los que no dispone, sin embargo, también hay que reconocer capacidades diferentes en los sujetos para afrontar y/o modificar situaciones adversas de manera positiva de modo tal que las transitan con menor sufrimiento.

También podría suponerse que existen situaciones en las que los propios sujetos ocultan, minimizan o desvalorizan, los procesos de malestar o de sufrimiento, sean físicos o emocionales en función de respuestas relacionadas con los mandatos sociales que se perciben y presentan como normales y se asocian a formas de bienestar o de no-malestar. En tal sentido pueden pensarse algunas de las situaciones de maltrato asociadas a las relaciones de género en los momentos en que se naturalizan y no cuestionan (los celos por ejemplo contruidos como “sinónimo” de afecto).

Viendo estos ejemplos, resulta claro lo útil de la categoría de hegemonía para entender este complejo entramado de sentidos. De entre las posibles definiciones del concepto, tomaremos en particular la perspectiva de Williams (1997) quien sostiene que se trata de un elemento constitutivo de las relaciones sociales y supone una dimensión amplia y contradictoria que involucra las experiencias, emociones, creencias y valores, haciendo que ciertas ideas y prácticas se presenten a los sujetos de modo “natural”, como parte del sentido común. La perspectiva del autor recupera, además, el postulado gramsciano de que la hegemonía está sujeta a un proceso de construcción permanente en un marco mayor de tensiones y conflicto:

“Es un complejo efectivo de experiencias, relaciones y actividades que tiene límites y presiones específicas y cambiantes. En la práctica, la hegemonía jamás puede ser individual (...) no se da de modo pasivo como una forma de dominación. Debe ser continuamente renovada, recreada, defendida y modificada. Asimismo, es continuamente resistida, limitada, alterada, desafiada por presiones que de ningún modo le son propias” (Williams, 1997, p. 134).

Del mismo modo, en su conceptualización este autor permite entender de qué modos la hegemonía actúa a nivel subjetivo sobre las formas de sentir, actuar, pensar, en tanto

“constituye todo un cuerpo de prácticas y expectativas en relación con la totalidad de la vida: nuestros sentidos y dosis de energía, las percepciones definidas que tenemos de nosotros mismos y de nuestro mundo. Es un vívido sistema de significados y valores –fundamentalmente constitutivos- que en la medida en que son experimentados como prácticas parecen confirmarse recíprocamente” (Williams, 1997, p. 131).

Esta aproximación resulta significativa a la hora de pensar los bienestares dado que intersecta dos elementos de la acción humana, por un lado, la integración o adaptación a ciertas circunstancias, situaciones o contextos, que es posible asociar a la naturalización; y, por otro, la resistencia que podemos vincular al cuestionamiento (en diversos grados y con matices), a la visibilización del conflicto e incluso a la asunción de que el conflicto forma parte de la experiencia de vida. De estar presentes ambos componentes podremos entender los bienestares en términos de proceso, es decir, de una construcción dinámica que se rige por los vaivenes propios de la construcción de hegemonía.



No se trata de un *estado* sino de una construcción social e histórica, como tal inscrita en procesos de desigualdad y diferenciación social atravesados por relaciones de poder. Esta manera de enfocar el tema resguarda de aquellas justificaciones de situaciones de desigualdad enmascaradas en posibles sentidos de bienestar, y ubica esta construcción dinámica en relación a los malestares (y no necesariamente o únicamente a las enfermedades).

Interesa destacar además que este tipo de aproximación subraya la vinculación entre la construcción de significados y las prácticas concretas. En otras palabras, la hegemonía no sólo remite al universo de los sentidos sino que involucra prácticas concretas. Como ha señalado Menéndez (1994, p. 71) “los conjuntos sociales necesitan construir acciones, técnicas e ideológicas, una parte de las cuales se organizan profesionalmente”.

### **Atención, autoatención y cuidados**

Para pensar esta articulación y vincularla a los bienestares, hay dos categorías propuestas por Menéndez (2009) que resultan de utilidad: atención y autoatención. En principio retomemos la consideración que hace respecto a que, en torno a los padecimientos, se construyen aproximaciones en el plano de los sentidos o las significaciones que implican acciones concretas (biomédicas o no) incluida la autoatención, que es una actividad constante aunque intermitente desarrollada por los propios sujetos. En otras palabras, en los procesos de salud-enfermedad no sólo se piensa o se construyen interpretaciones sino que concretamente algo se hace, y estas acciones corresponden tanto a nivel de los sujetos como de los grupos sociales. Representaciones y prácticas sociales constituyen una unidad:

“Por eso subrayo la decisión metodológica de incluir no sólo a los diferentes actores significativos, sino de trabajar con las diversas representaciones y prácticas que los sujetos y grupos utilizan referidas al proceso s/e/a. Esta aproximación implica detectar y construir perfiles epidemiológicos y las estrategias de atención que desarrollan y utilizan los diferentes actores sociales involucrados (...) Procesos sociales, económicos y culturales posibilitan el desarrollo de diferentes formas de atención a partir de las necesidades y posibilidades de los diferentes sujetos y conjuntos sociales ” (Menéndez, 2009, p. 30)

Ahora bien, sin desconocer la disposición curativo-preventiva del modelo biomédico y su aproximación a la salud y la enfermedad (y su posición hegemónica), podemos identificar distintas representaciones y prácticas que configuran un entramado cuya cualidad más evidente es la

diversidad. Es posible ubicar en ese entramado distintas representaciones y prácticas sobre la salud, la enfermedad, los padecimientos, los bienestar y los malestares.

Si enfocamos las acciones o respuestas construidas en torno a los bienestar encontramos aquellas vinculadas al mantenimiento de las capacidades regulares o cotidianas (en el sentido de evitar desgastes o malestares), a la potenciación de facultades positivas para nuestro ser (movimiento, emociones, vínculos, etc), a las acciones previas a que se desarrolle un padecimiento tratando de evitarlo o de morigerar su aparición futura, a la procuración de alivio frente a padecimientos o sufrimientos inmediatos o de larga duración. Pero también podemos incluir la reivindicación del descanso, el disfrute y el ocio (el *dolce far niente*) no solo en el sentido de recuperación asociada a lo productivo sino al desarrollo de potencialidades, un tópico que se renueva como objeto de reflexión en un contexto social profundamente conmocionado (los múltiples efectos de la pandemia, los conflictos sociales asociados a las desigualdades tanto en los países desarrollados como en los dependientes, los efectos del sistema productivo sobre el ecosistema, entre otros). Hay que remarcar que potencialmente las situaciones asociables a la búsqueda de bienestar no necesariamente implican una mera estrategia de adaptación o naturalización. Potencialmente pueden articularse con cuestionamientos generales a las diferentes y desiguales formas de vida de los conjuntos sociales en nuestras sociedades, y a la búsqueda de transformaciones (sean individuales o colectivas). Los sentidos o las representaciones y las prácticas atinentes a los bienestar seguramente asuman la forma general de miscelánea.

Esta enumeración nos deja frente, al menos, a una diferenciación: bienestar asociados a la búsqueda de cierta calidad de vida y la anticipación de posibles malestares (serían “preventivistas”), y bienestar referidos al alivio o la morigeración de padecimientos, malestares o enfermedades. Estos últimos a su vez pueden asociarse a padecimientos y malestares leves (identificables o no dentro de categorías biomédicas) y otros crónicos, identificados y tratados por la biomedicina combinada o no con otras opciones terapéuticas.

Si en particular nos detenemos en los bienestar en relación a los malestares, debemos reconocer que éstos últimos forman parte de la vida cotidiana e implican interpretaciones y respuestas concretas de carácter inmediato en los que no intervienen curadores/as profesionales. Es aquí donde podemos recuperar la categoría de autoatención de Menéndez (1990). Este es un concepto que permite dar cuenta de un hecho social básico: se pueden identificar episodios o problemas frecuentes, recurrentes y continuos que afectan a los sujetos y su entorno próximo, y reconocer un conjunto de acciones inmediatas para dar una solución, al menos provisoria a dichos episodios (sea curar, prevenir, o aliviar). La autoatención, es entonces “una práctica social estructural orientada directa y/o

indirectamente, a asegurar la reproducción biológica y social a partir de las unidades doméstico-familiares” (Menéndez, 1990:90). De ser así, estamos frente a un proceso social que no solo se ocupa de los padecimientos o malestares sino que atañe también a las prácticas que procuran preservar, recuperar y/o incrementar la salud o el bienestar.

Pero además de esta diferenciación debemos subrayar un elemento fundamental a la hora de pensar los bienestar: la pluralidad de saberes y respuestas, muchas de las cuales se organizan en forma de complementaria (es decir no excluyente). Como señala Coniglio (2016), desde hace tiempo atrás la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha documentado la creciente utilización de medicinas tradicionales y complementarias como un fenómeno global (OMS, 2002). Interesa destacar además la vinculación entre los contextos críticos de vida y la diversificación de las respuestas sociales ya que, por un lado, se debe responder al impacto en la salud y la percepción sobre el malestar (por ejemplo, tal como señala D’Angelo -2012-, las representaciones mediáticas de la crisis económica, política y social que estalló en Argentina en 2001, favorecieron el consenso de discursos sobre el incremento de enfermedades originadas por conflictos emocionales: estrés, ansiedad y miedos). Por otra parte, en los momentos de crisis se renuevan los discursos sobre el bienestar y la calidad de vida, lo cual guarda relación con las preocupaciones concretas y colectivas acerca de la reproducción social de la vida misma.

Tal como establece Coniglio (2016), dentro de las prácticas que aseguran los procesos de reproducción social en sociedades como la nuestra, se encuentra un conjunto de prácticas de cuidado de la salud que no pueden incluirse en la prevención de las enfermedades que la medicina hegemónica denomina medicina clínica preventiva. Algunas de ellas se identifican como terapias asociadas al autoconocimiento, la conciencia de sí y el registro del cuerpo (Bordes, 2014). Estas terapias tienen en común el hecho de contribuir a forjar en las sociedades contemporáneas un nuevo estilo cultural que insta a la (pre)ocupación y gestión de las emociones. El sentido de la palabra *terapéutico* se despega aquí de la connotación de la medicina hegemónica para dar cuenta de un abanico de acciones -algunas eclécticas- que estaban instaladas en la medicina tradicional y/o doméstica (como por ejemplo la cura por la palabra) y otras que están instalándose desde hace algunas décadas en nuestra cultura (como los libros de autoayuda, grupos de apoyo, programas de reafirmación personal, entre otros) (Illouz, 2010). El universo de prácticas fundamentalmente provenientes de las medicinas alternativas complementarias o no convencionales y otras modalidades asociadas a estilos de vida saludables ligadas a la búsqueda del bienestar van desde las prácticas “alternativas” (reiki, reflexología, yoga) hasta formas terapéuticas menos estructuradas y sistematizadas (Sarudiansky, 2010) como natación, gimnasia, baile y running. Estas estrategias de cuidado de la salud se vinculan

con la elección de un estilo de vida que si bien puede asociarse al plano personal o individual, no debe olvidarse que todo hábito personal se construye en un contexto social específico. Esto último debe ser especialmente tomado en cuenta puesto que lo que pudiéramos afirmar como concerniente a ámbitos sociales urbanos, por ejemplo, no necesariamente se replican en los rurales, de la misma manera que existirán variaciones significativas si se considera la clase social, el género o la etnia.

Freidin y Abrutzky (2010:16, siguiendo a Giddens 1991, 2003) sostienen que

“el self y el cuerpo constituyen campos de acción o intervención ligados a proyectos reflexivos en la construcción de la identidad personal, proyectos que se materializan mediante la conformación de estilos de vida y la planificación de la vida. En un contexto sociocultural en el que las opciones de acción se han diversificado por los procesos de globalización cultural, el mayor acceso a la información a través de las nuevas tecnologías ...[hace que] las prácticas de cuidado de la salud [sean] vistas como “marcas” (markers) de opciones de estilos de vida”.

El proceso de construcción del *self* (es decir el sí mismo, lo que remite a la esfera más personal de la vida humana) en su marco de interacciones sociales más amplias, remite a la producción y reproducción social de la vida de tal manera que los cuidados en general, y en específico en salud, están atravesados por procesos sociales mayores como los atinentes a la desigualdad/diferenciación social, entre ellos, los de género. En el conjunto de las relaciones asimétricas, las relaciones de género en particular suelen estar estrechamente asociadas a los cuidados y remiten en términos de una construcción social específica, a la esfera del “mundo privado”, es decir siguiendo los aportes de los estudios de género nos referimos al espacio doméstico:

“los cuidados aluden a lo femenino, a la intimidad y a la privacidad. Se perciben como una obligación moral que parece que sólo atañe a las mujeres (...) Los cuidados remiten a las pequeñas y grandes atenciones que las mujeres llevan a cabo para el bienestar de los miembros del hogar. Pero responden a un imperativo social cuyo objetivo, la reproducción y la sostenibilidad de la vida humana (Carrasco, 2001; Pérez Orozco, 2006), favorece la naturalización y la ocultación de esa actividad y de quien la lleva a cabo” (Carrasquer Oto, 2013: 96).

En forma más o menos simple podemos identificar otros cuidados, provistos por la esfera de la política social que muestran como éstos no se circunscriben al hogar, ni se orientan sólo a la crianza o al cuidado de las personas adultas sanas o no del entorno familiar (Carrasquer Oto, 2013), aún cuando estos también estén atravesados por relaciones de género.

Si ubicamos a los cuidados en la esfera de la reproducción de una estructura u organización social específica, no debemos olvidar las relaciones de fuerza y los conflictos inherentes a este proceso: qué

se reproduce y cómo, qué se deja de lado y por qué, son tensiones inherentes al proceso mismo, de producción y reproducción de la vida. No se trata de un estado ni una meta sino de una dinámica atravesada por contradicciones y disputas.

Como señala Carrasquer Oto (2013), el concepto de “*social care*” propuesto por Daly y Lewis (2000) constituye uno de los intentos de afrontar el análisis de los estados de bienestar y sus cambios, de trascender (sin olvidar) el enfoque de los cuidados focalizado en “lo femenino” ampliándolo hacia la discusión sobre las necesidades y la provisión de bienestar entendidos como responsabilidad colectiva, lo cual a su vez trasciende la mirada sobre el Estado como mero “compensador” de prestaciones que no se obtienen en el mercado.

“En esta propuesta, los cuidados son un trabajo socialmente organizado en el que participan distintos grupos, instituciones y espacios sociales, que se articula y distribuye de acuerdo a distintos patrones socio-culturales y económicos. El trabajo de cuidados deviene una pieza clave en la relación estado-mercado-familia, desde una perspectiva dinámica capaz de aprehender los cambios y continuidades en los distintos arreglos institucionales en torno a los cuidados. Familia -estado-mercado conforman el triángulo socioinstitucional en que se desarrollan los cuidados, cuyo denominador común son las mujeres (...) La consideración de los cuidados como derecho de ciudadanía vehicula la idea de que la responsabilidad social de los cuidados es colectiva y no individual, pero no garantiza que esa responsabilidad se distribuya de manera más equitativa entre los distintos grupos sociales (Tronto, 2005)”(Carrasquer Oto, 2013:104).

### **Cuidado de sí, resiliencia y affidamento**

Pero el cuidado no es solo cuidado de-hacia otros/as sino también cuidado de sí mismo/a (autocuidado) y de las/os que cuidan a quienes cuidan (cuidado de cuidadorxs). No solo es cuidado del cuerpo sino que involucra todos los aspectos de la propia existencia humana, que exceden lo corporal y lo biológico, abarca el plano afectivo-emocional, la sociabilidad (relaciones e interacciones sociales próximas) y lo psicológico. Lo que en principio podemos pensar como cuidado de sí se construye en un marco de interacciones y relaciones sociales más amplias, pero trae a la reflexión la interconexión individuo-sociedad. En este sentido se podría pensar que dentro del conjunto de respuestas sociales frente a los padecimientos y para preservar la salud, se incluyen aquellas orientadas a sí mismo/a. Como señala Muñoz Franco (2009) el cuidado de sí supone:

“una actitud general, una concepción del mundo que genera una forma de relacionarse con los demás; por otro lado, una mirada hacia fuera, pero con un retorno a la interioridad de los sujetos, esto implica

cierta manera de prestar atención a lo que piensan, a lo que ocurre en el pensamiento; finalmente, una serie de acciones que ejercen los sujetos sobre sí mismos para modificarse o transformarse” (2009: 393).

Pensar en la dimensión del cuidado de sí, interpela las disposiciones y los recursos con los que los sujetos construyen y despliegan distintas estrategias situadas. En este sentido dos categorías resultan significativas para pensar el cuidado de sí, el cuidado de otras/os y el cuidado de quienes cuidan: las nociones de resiliencia y *affidamento*. El primero tiene una amplia difusión tanto en psicología como en ciencias sociales y, tal como señalan Serrano Pascual et al (2019), si bien ha recibido múltiples críticas y redefiniciones, su utilidad explicativa sigue vigente. Así, el concepto de resiliencia surgió desde estudios anglosajones sobre niños/as expuestos/as a experiencias traumáticas (abandono, maltrato, guerras, pobreza extrema, etc.) que no sólo no desarrollaban problemas de salud, ni abuso de drogas o conductas criminales de adultos/as, sino que llevaban vidas “normales” (Garmezy, 1971; Werner, 1989; citado en Salvador Sanchez, 2015). Progresivamente los estudios que acuden a la noción de resiliencia, exploran otros grupos etarios o lo aplican a otras circunstancias de la vida (enfermedades crónicas, acciones de promoción de la salud). En todo caso, el concepto desvela un fenómeno que permite la aproximación a sucesos vinculados a la construcción de los bienestar.

Siendo un concepto que contiene múltiples reapropiaciones, convenimos recuperar en primer lugar una perspectiva psicológica de la mano de Scheira (2005) quien señala que resiliencia suele referir a “un factor observado en ciertos individuos que les permite afrontar, resistir y superar la adversidad con más recursos y mejores resultados que la mayoría de las personas” , y considerando que no se trata de un aspecto que pueda ser asociado solo a la subjetividad, propone definirla como “recursos que desarrolla una persona, grupo o comunidad para tolerar y superar los efectos de la adversidad” (2005: 130-131). Entre las acciones concretas que se observan en sujetos resilientes, se encuentran: lograr objetivos a pesar de la situación, mantenerse competente a pesar de la situación, superar situaciones pasadas -elaborar sus pérdidas-. En tal sentido, para Scheira (2005) la psicología identifica en las personas resilientes, ciertos acontecimientos presentes en las historias de los sujetos: demostraciones físicas y verbales de afecto en los primeros años de vida, actitud de cuidado y amor por todos/as los/as semejantes y especialmente los/as encargados/as del cuidado y protección del/a niño/a, reconocimiento y atención a sus logros y habilidades, oportunidades para desarrollar destrezas, y desarrollo de un marco de referencia ético-moral.

Serrano Pascual et al (2019) proponen una aproximación sociológica al concepto de resiliencia al concebirla multidimensional, procesual, discontinua y surgida de la interacción de:

“los recursos disponibles o activables, el marco institucional, el depósito de la confianza en distintos espacios de interacción socio-política (el individuo, la familia, el mercado, el Estado, redes de sociabilidad intermedia, -asociaciones y agrupaciones de distinto tipo, la comunidad) y el tipo, cantidad y calidad del capital social de los sujetos (Bourdieu 2001)-, así como las formas de participación social” (p. 231).

Lo interesante de esta propuesta es que se presta atención a distintos actores, a las interacciones y redes, y los distintos tipos de recursos, de tal manera que puede imaginarse la construcción de estrategias individuales y colectivas entendidas como respuestas a situaciones de dificultad o adversidad. Estas estrategias, por su parte, pueden contribuir a los bienestar individuales y colectivos, entendidos éstos en su misma condición social, es decir en el marco de relaciones e interrelaciones sociales en el que se inscriben, de tal manera que implican un marco de relaciones de poder con la dinámica social que le es propia, algo que es especialmente importante en lo atinente a las relaciones de género.

Para pensar esta problemática es especialmente significativa la noción de *affidamento*. Tal como señalan Soza Rossi et al (2016) es una palabra italiana que alude a confiar, promover confianza, autorizar. Las autoras recuperan esta noción para analizar específicamente las maneras en que se instituyen prácticas que contribuyan a conformar redes de habilitación colectiva favorables a la equidad de género, de tal manera que se redefine y reconfigure el poder centrado en dominar a otro/a por “un poder de hacer con otros como potencia creativa en lo colectivo y en lo individual (Bonino Mendez, 1991)” (Soza Rossi et al, 2016: 4).

Así, los lazos de *affidamento*, por ejemplo ante situaciones de violencia de género pueden crear formas de protección para contrarrestar el aislamiento en las que se encuentran muchas mujeres cis y trans, conduciendo a una *pedagogía de la confianza* que puede actuar como factor protector ante situaciones traumáticas.

“Desde nuestra pedagogía de la confianza, siguiendo los lineamientos de la antropóloga Rita Segato, entendemos que fomentar lazos de confianza está articulado a revalorizar los saberes, dejarnos interpelar (forma parte de habilitar autorizar en su saber al otrx), en propiciar formas de politicidad femeninas como formas de ejercicio del poder alternativas al poder de dominio” (Soza Rossi y Rodríguez Durán, 2020, p 224)

Consideramos que pensar los bienestar desde la noción de *affidamento* y de resiliencia, -entre otras-, pueden ampliar la mirada hacia formas de búsquedas alternativas que mejoren la calidad de vida de las personas. Comprender que las distintas experiencias de vida dejan huellas psíquicas donde la

condición de sentir-se en compañía de y/o autorización habilitante en la cotidianidad puede actuar como factor protector frente a lo potencialmente traumático (Aulagnier, 1975). Cabe recordar que Freud define lo traumático en los términos de lo inasimilable para un yo en singular, no obstante, según Aulagnier hay hechos que son potencialmente traumáticos en base a criterios subjetivos, sociales, transubjetivos y ambientales (Aulagnier, 1975).

Así, el concepto de resiliencia, pone el foco en sopesar con qué recursos se cuenta para enfrentar las adversidades y convoca a reactualizar un capital social enriquecido con la revalorización de saberes, y sentires, que en tanto cuidados en plural como preconditionación pueden modelar acciones individuales y colectivas que contrarrestan ciertos condicionamientos hegemónicos, en la búsqueda de lograr una mejor calidad de vida.

A su vez, nos parece interesante subrayar que nos distanciamos de las posturas que consideran a la resiliencia como un recurso innato y coincidimos con Lydia Salvador Sánchez en considerarla como una capacidad que puede ser adquirida y/o potenciada (Salvador Sánchez 2015). Esta autora basándose en diversas investigaciones, sostiene que es susceptible de ser desarrollada a partir de distintos factores internos, externos y a partir de las relaciones interpersonales. Entre estas últimas las que juegan un papel muy relevante son: en el caso de las niñeces, las competencias parentales (o de adultos significativos) y en las mujeres adultas que han padecido situaciones de violencias por razones de género: su red de apoyo familiar y social, el acompañamiento de las promotoras/ agentes de salud, o por parte de profesionales de la salud y según entendemos también, por experiencias de enseñanza *affidamenteras* que permitan adquirir una capacidad para enfrentar otras situaciones difíciles que no necesariamente sean similares a las vividas. Hasta la actualidad, las mujeres son las mayores proveedoras de buenos cuidados en la sociedad. Según Barudy y Dantagnan (2005) las mujeres han logrado sobrevivir a la ancestral violencia sexista por parte de los varones por sus capacidades para participar en dinámicas de cuidados mutuos. De ahí que la relación entre *affidamento* y resiliencia sea un tema en el que es necesario profundizar por su impacto en los bienestar de las mujeres cis y trans y las niñeces, además de que denota un potencial analítico relevante para el abordaje de los bienestar en distintos conjuntos sociales.

### **A modo de cierre:**

Esta ponencia presentó una sistematización de las primeras lecturas que el equipo de investigación desarrolló para construir consensos respecto a cómo concebir los bienestar. En ese sentido, presentamos el trayecto por el cual pudimos incorporar a los debates sobre el proceso salud-



enfermedad-atención aportes significativos para pensar sobre la construcción de los bienestar, su vinculación con el concepto de salud y, a su vez, cómo las categorías de autoatención y cuidados, cuidado de sí, cuidado de otras/os y cuidado de cuidadores con las que veníamos trabajando, le agregan potencialidad a la categorización del bienestar como proceso social, colectivo y intersubjetivo.

Esta sistematización y la incorporación categorías conceptuales colaboró a construir y robustecer nuestra definición sobre los bienestar, es decir, a comenzar a circunscribir y delinear nuestro complejo objeto de estudio desde la multidimensionalidad. Si bien se trata de un proceso siempre inacabado que continúa su tarea durante la investigación, establecimos las principales coordenadas teóricas por las que transcurrirán nuestras indagaciones, para luego avanzar desde reflexiones más adecuadas hacia su aplicación empírica que a su vez las pondrá en escrutinio.

## Referencias bibliográficas

Aulagnier, P. (1975) *La violencia de la interpretación, Del pictograma al enunciado* Buenos Aires, Ed. Amorrortu.

Berlinguer, G. (1994) *La enfermedad*. Ed. Lugar. Argentina

Barudy, J. y Dantagnan, M. (2005) *Los buenos tratos en la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia*. Barcelona. Ed. Gedisa

Bordes, M. (2014) "Escuchar el cuerpo y creer en eso". Exploraciones en torno a la noción de registro de sí en el marco de las medicinas alternativas (Buenos Aires, Argentina). *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología*, (19), 143-167.

Carrasquer Oto, P. (2013) El redescubrimiento del trabajo de cuidados. *Cuadernos de Relaciones Laborales* Vol. 31, Núm. 1 (91-113).

Castro (2011) *Teoría social y salud*. Edit. Lugar

Coniglio, J L (2016) *Prácticas, percepciones y articulaciones -biomédicas y no-biomédicas- vinculadas a 'cuidar prevenir mantener no-enfermar curar tratar atender' la salud y la enfermedad : Una propuesta para su abordaje y un instrumento para su relevamiento (Tesis de grado-Sociología)*. FaHCE-UNLP. Disponible en: <https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.1339/te.1339.pdf>

Conrad, P. (1982) "Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social". En: *Psiquiatría Crítica. La política de salud mental*. Edit. Crítica, Barcelona, 1982.

Crawford, R. (1994) "The boundaries of the self and the unhealthy other: reflections on health, culture and aids" *Social Science and Medicine*, 18,10: 1347-1365.

- Crawford, R. (2006) “La salud como práctica social significativa”;10(4):401-420. Doi: 10.1177/1363459306067310
- D’angelo, A. (2012). “Difusión mediática de discursos bio-psi y técnicas corporales de origen oriental. Transformaciones en los procesos de salud-enfermedad-atención”. VII Jornadas de Sociología de la UNLP. Memoria Académica.
- Fernández González; L.; García-Viniegras C. y Ruiz, A. (2014) “Consideraciones acerca del bienestar psicológico” Revista electrónica de Psicología Iztacala, Vol.17, N° 3. pp.1108-1147.Universidad Nacional Autónoma de México.Fac Med UNAM 33: 6 (Nov-Dic) 355-357
- Freidin, B., y Abrutzky, R. (2010). “Transitando los mundos terapéuticos de la acupuntura en Buenos Aires: perspectivas y experiencias de los usuarios”. Documento de Trabajo, 54.
- García Viniegras, C. y González Benítez, I. (2000). “La categoría bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales”. En: Rev Cubana Medicina General Integral;16(6):586-92
- Illouz, E. (2010) “La salvación del alma moderna. Terapias, emociones y la cultura de la autoayuda”. Buenos Aires, Ed.: Katz
- Laurell, A. (1986). "El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina". Cuadernos Médico Sociales, N°37. Rosario, Argentina.
- Menéndez, E (2009) “De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva” Edit. Lugar, Bs. As.
- Menéndez, E. (1994) Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica. Edit. Alianza, México.
- Muñoz Franco, N (2009) Reflexiones sobre el cuidado de sí como categoría de análisis en salud. Rev Salud Colectiva. UNLa. Argentina
- Organización Mundial de la Salud (2002). “Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005”.
- Salvador Sánchez, L (2015) Resiliencia en violencia de género. Un nuevo enfoque para los/las profesionales sanitarios/as. Journal of Feminist, Gender and Women Studies (Enero/January, 1: 103-113).
- Sarudiansky, M. (2010). “Entre la emoción y la enfermedad: Posturas biomédicas y elecciones terapéuticas en individuos ansiosos de Buenos Aires (Argentina)”. RBSE, 9 (27): 889 a 921
- Schiera, A. (2005) “Uso y abuso del concepto de resiliencia”. En Revista IIPSI- UNMSM
- Serrano Pascual, A., Martín Martín, MP. y de Castro Pericacho, C. (2019) “Sociologizando la resiliencia. El papel de la participación socio-comunitaria y política en las estrategias de afrontamiento de la crisis” En: Revista Española de Sociología (RES).

Soza Rossi, P y Rodríguez Durán, A. (2020) "Feminismos desde el sur: reflexiones en torno a modalidades descoloniales y despatriarcales de formación de Promotoras comunitarias contra la violencia de género". En: Derechos humanos, feminismos y educación: interpelaciones y experiencias. Viviana, Seoane y Elena, Martínez (Comp.). Edit. Prohistoria, Rosario.

----- et al (2016) "Affidamento: construyendo redes sociales contra la violencia de género" Ponencia presentada en las IX Jornadas de Sociología de la UNLP La Plata, 5, 6 y 7 de diciembre de 2016.

Vásquez, C. (2006) "La Psicología positiva en perspectiva". *Papeles del Psicólogo*. 27, pp1-2.

Vásquez, C.; Hervás, Gonzalo; Rahona, Juan José; Gómez, Diego (2009) "Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva". En Anuario de Psicología Clínica y de la Salud / Annuary of Clinical and Health Psychology, 5; 15-28

Viesca T., (1990) "Filosofía del bienestar y la atención primaria de la salud". Revista Saúde Debate, Río de Janeiro. V.45, N° 129, pp. 275-286.

Williams, R. (1997) *Marxismo y Literatura*. Edit. Península, Barcelona.