



UNIVERSITAT  
POLITÈCNICA  
DE VALÈNCIA

**UNIVERSIDAD POLITÉCNICA DE VALENCIA**  
DEPARTAMENTO DE ECONOMÍA Y CIENCIAS SOCIALES  
*PROGRAMA DE DOCTORADO ECONOMÍA Y GESTIÓN DE LA SALUD*

TESIS DOCTORAL

**(LA) SALUD COMO REPRESENTACIÓN:**  
*APOSTASÍA DEL CUERPO O SOFISMA DE SÍ MISMO.*

Autor: MSc. Luis Robledo Díaz.  
Director: Dr. Leopoldo Segarra.  
Tutor: Dr. David Vivas.

*Valencia, febrero 2014.*



LEOPOLDO SEGARRA CASTELLÓ, con DNI 18887299K, Doctor en Medicina y Cirugía, Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública, Coordinador del Programa de Calidad y Seguridad del Paciente, Departamento Arnau de Vilanova – Valencia.

DAVID VIVAS CONSUELO, con DNI 19832000-C, Coordinador Centro de Investigación en Economía y Gestión de la Salud (CIEGS), Departamento de Economía y Ciencias Sociales de la Universidad Politécnica de Valencia.

Como Directores del Proyecto de tesis Doctoral que presenta LUIS ROBLEDO DÍAZ bajo el título de (LA) SALUD COMO REPRESENTACIÓN: SOFISMA DE SÍ MISMO O APOSTASÍA DEL CUERPO, consideran que dicho proyecto reúne los requisitos suficientes para solicitar la formación de un Tribunal que juzgue su exposición y defensa.

Lo que certificamos, a su efecto de solicitar la constitución del correspondiente tribunal.

En Valencia, a .... de ..... de 2013

Fdo.: Leopoldo Segarra

Fdo.: David Vivas Consuelo



*A J. A. López Martínez*

*"No te nombro;  
pero estás en mí como la música en la garganta delruiseñor  
aunque no esté cantando."*

*Poema LVII  
Dulce María Loynaz*



## **AGRADECIMIENTOS**

Al Dr. Leopoldo Segarra, por su perseverancia en mantenerme motivado y su confianza en mi empeño de realizar un trabajo de estas características. Sus constantes consejos y orientación bibliográfica de incalculable valor me han facilitado en gran medida la concreción de los objetivos trazados en esta investigación.

Al Dr. David Vivas, por sus oportunas recomendaciones y su capacidad de facilitar las cosas. Agradezco su manera de transmitir confianza y seguridad sobre todo en la recta final de este proyecto.

A María Dolores Mena, Eva Gilabert y en sus nombres al Hospital Casa de Salud, por creer en mí y en mi trabajo y por el apoyo incondicional que he recibido sin el cual hubiera sido imposible no sólo desarrollar esta investigación sino todo el programa doctoral.

Al Departamento de Sociología de la Universidad de La Habana por recibirme siempre como el primer día, su alegría y su cariño. A Isabel Barrachina por darme ánimos en la recta final. A Jorge Luis Álvarez Lechuga, por la paciencia de leer y corregir cada página. A Vicente Gilabert, por estar siempre pendiente y su ayuda en la traducción del Resumen. Al resto de amigos por su interés y comprensión.

Al Dr. Fornés por su ayuda en los inicios de la investigación. Al Dr. Fermin Garcia Goyarte, Director Médico de la Residencia de Vallesol y a todo el equipo de trabajadores que me atendió, por facilitarme el acceso a la residencia para mayores. A todas las personas que desinteresadamente formaron parte de los grupos de discusión y me cedieron su tiempo y sus vivencias, de las cuales está hecha esta Tesis.

A mis padres.





# ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO 1. LAS REPRESENTACIONES SOCIALES</b>	<b>7</b>
1.01 <i>“El mundo es mi representación</i>	9
1.02 <i>Imago mundi</i>	18
1.03 <i>El Interaccionismo Simbólico de George Mead</i>	27
1.04 <i>Emile Dukheim. Las representaciones colectivas</i>	31
1.05 <b>Las Representaciones Sociales</b>	<b>41</b>
1.05.1 <i>Fundamentos</i>	42
1.05.2 <i>Funciones</i>	54
1.05.3 <i>Formación de las representaciones sociales</i>	56
1.05.4 <i>Objetivación y anclaje</i>	62
1.05.5 <i>Estructura: sistema central y sistema periférico</i>	66
<b>CAPÍTULO 2. OBJETIVOS Y MÉTODO.</b>	<b>73</b>
2.01 <i>Objetivos</i>	73
2.02 <i>Fundamentos metodológicos</i>	76
2.03 <i>Diseño Grupos de Discusión</i>	84
2.04 <i>Protocolo para el análisis de los discursos</i>	87
<b>CAPÍTULO 3. REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE LA SALUD.</b>	<b>105</b>
3.01 <i>La salud como objeto de representación</i>	105
3.02 <b>La salud como estado</b>	<b>120</b>
3.02.1 <i>Las formas de nombrar: ¿locura o enfermedad mental?</i>	126
3.02.2 <i>La noción de dolor</i>	128
3.02.3 <i>El cuerpo útil.</i>	131
3.02.4 <i>El problema del origen y la percepción del riesgo.</i>	133
3.03 <b>La salud como estrategia</b>	<b>139</b>
3.03.1 <i>Capital salud y estrategia.</i>	142
3.03.2 <i>El cisco estratégico.</i>	146
3.03.3 <i>El ejercicio físico</i>	152
3.03.4 <i>Alimentación</i>	157
3.03.5 <i>Babalú Ayé, La Virgen de los Desamparados y “Sanitas Per Aqua”</i>	165

<b>3.04</b>	<b><i>La salud como institución</i></b>	<b>172</b>
3.04.1	<i>Los poseedores del saber</i>	174
3.04.2	<i>El miedo institucionalizado.</i>	180
3.04.3	<i>Género y salud</i>	185
 <b>CAPÍTULO 4. VEJEZ O LA ESTÉTICA DE LA MEMORIA</b>		<b>191</b>
<b>4.01</b>	<b><i>Teorías sobre el envejecimiento</i></b>	<b>192</b>
<b>4.02</b>	<b><i>La edad de la vejez</i></b>	<b>199</b>
<b>4.03</b>	<b><i>Los paralogismos de la vejez.</i></b>	<b>203</b>
<b>4.04</b>	<b><i>La Familia</i></b>	<b>210</b>
<b>4.05</b>	<b><i>La sociedad envejecida</i></b>	<b>212</b>
 <b>CAPÍTULO 5. LA REPRESENTACIÓN SOCIAL SOBRE LA SALUD EN MAYORES DE VALENCIA</b>		<b>215</b>
<b>5.01</b>	<b><i>Análisis de los discursos.</i></b>	<b>215</b>
5.01.1	<i>Preparación y edición del corpus</i>	215
5.01.2	<i>Segmentación y elaboración de documentos lexicométricos.</i>	217
5.01.3	<i>Lematización y desambiguación.</i>	221
5.01.4	<i>Creación de la tabla léxica base (intervención*vocabulario).</i>	227
5.01.5	<i>Clasificación (clustering).</i>	227
5.01.6	<i>Escalamiento multidimensional. Mapa conceptual.</i>	230
<b>5.02</b>	<b><i>La vejez representada. La forma del discurso</i></b>	<b>239</b>
5.02.1	<i>El nombre</i>	241
5.02.2	<i>Los signos de la vejez</i>	243
5.02.3	<i>La vejez como biografía: “antes” vs “ahora”</i>	248
5.02.4	<i>Jóvenes y Mayores: la nueva estética social</i>	250
5.02.5	<i>Mujeres y Hombres: el signo del género</i>	253
<b>5.03</b>	<b><i>Las nociones de salud como estado</i></b>	<b>260</b>
5.03.1	<i>El cuerpo útil: la dependencia</i>	263
5.03.2	<i>Las enfermedades y su origen</i>	267
<b>5.04</b>	<b><i>Las estrategias</i></b>	<b>270</b>
5.04.1	<i>“Dicen que eres lo que comes...”</i>	272
5.04.2	<i>“Andar es la mejor medicina”.</i>	278
<b>5.05</b>	<b><i>Las instituciones</i></b>	<b>282</b>
5.05.1	<i>Los cuidados. Familia y Residencias</i>	282
5.05.2	<i>Los avances médicos.</i>	292
5.05.3	<i>El valor de las instituciones sanitarias.</i>	296
 <b>CONCLUSIONES</b>		<b>301</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>		<b>313</b>
<b>ÍNDICE DE AUTORES CITADOS</b>		<b>323</b>

## ÍNDICE DE ILUSTRACIONES, TABLAS Y GRÁFICOS

Ilustración 2.1 . <i>Modelo metodológico general para el análisis de los grupos de discusión</i> .....	91
Ilustración 2.2 <i>Modelo metodológico (FASE 1: Preparación del corpus)</i> .....	94
Ilustración 2.3 <i>Modelo metodológico (FASE 2: Segmentación)</i>	96
Ilustración 2.4 <i>Modelo metodológico (FASE 3: Estudio de la Tabla Léxica Base)</i> .....	99
Ilustración 2.5 <i>Modelo metodológico (FASE 4: Estudio de la Tabla Léxica agregada)</i> .....	103
Ilustración 3.1 <i>Representaciones sociales de la salud. Eje de construcción</i> .....	119
Ilustración 3.2 <i>Representaciones sociales de la salud: La salud como estado</i> .....	122
Ilustración 3.3 <i>Representaciones sociales de la salud: Los trastornos mentales</i> .....	128
Ilustración 3.4 <i>Representaciones sociales de la salud: La noción de dolor</i> .....	130
Ilustración 3.5 <i>Representaciones sociales de la salud: Diagrama estratégico</i> .....	140
Ilustración 3.6 <i>Peregrino de San Lázaro (Babalú Ayé), Rincón, Cuba</i> .....	166
Ilustración 3.7 <i>Traslado de la Virgen de los Desamparados, Valencia, España</i> .....	166
Ilustración 3.8 <i>Chaman peruano realizando un rito por la salud de la presidenta de Argentina</i> .....	166
Ilustración 3.9 <i>“Respira, relájate y déjate mimar”</i> .....	166
Ilustración 4.1 <i>Representaciones sociales de la vejez. Eje de construcción</i> .....	198
Ilustración 4.2 <i>La vejez: campo referencial</i> .....	200

Tabla 3.1 Consumo de medicamentos por edades y tipo de medicamentos (%).....	129
Tabla 3.2 Actividad física realizada durante los últimos 7 días (%).....	154
Tabla 3.3 Motivos vinculados a la salud.....	155
Tabla 5.1 Tabla base. (Fragmento). ....	217
Tabla 5.2 Características generales del texto (Resumen).....	218
Tabla 5.3 Diccionario de palabras usadas por orden de frecuencia. ....	219
Tabla 5.4 Diccionario de segmentos usados por orden de frecuencia. ....	220
Tabla 5.5 Ejemplo de estudio de concordancia. Palabra “mayor”.....	221
Tabla 5.6 Relación de palabras claves. ....	226
Tabla 5.7 Descripción de los clústeres. ....	229
Tabla 5.8 Matriz de similaridad. (Fragmento). ....	232
Tabla 5.9 Tabla de proximidad (“salud”). ....	237
Tabla 5.10 Frecuencia de utilización de palabras. ....	242
Tabla 5.11 Autopercepción del estado de salud según sexo. ..	254
Tabla 5.12 Autopercepción del estado de salud según sexo y edad. ....	254
Tabla 5.13 Grado de dolor o molestia física durante las últimas 4 semanas .....	255
Tabla 5.14 Limitación para las actividades de la vida cotidiana en los últimos 6 meses debido a un problema de salud...264	
Tabla 5.15 Limitaciones funcionales de la movilidad .....	265
Tabla 5.16 Población con alguna enfermedad o problema de salud crónico o de larga evolución por grupos de edad. 298	

---

Gráfico 5.1 <i>Gama de frecuencia</i> .....	222
Gráfico 5.2 <i>Distribución de palabras clave (Frecuencia)</i> .....	226
Gráfico 5.3 <i>Dendograma de clasificación de palabras claves</i>	228
Gráfico 5.4 <i>Mapa conceptual</i> . .....	234
Gráfico 5.5 <i>Mapa conceptual (fragmento): “salud”</i> .....	235
Gráfico 5.6 <i>Gráfico de Proximidad (“salud”)</i> . .....	238
Gráfico 5.7 <i>Gráfico de Proximidad (“joven” / “vejez”)</i> . .....	252
Gráfico 5.8 <i>Gráfico de Proximidad (“hombre” / “mujer”)</i> . ..	259
Gráfico 5.9 <i>Gráfico de Proximidad (“dolor”)</i> . .....	264
Gráfico 5.10 <i>Gráfico de Proximidad (“enfermedad” / “salud”)</i> . .....	267
Gráfico 5.11 <i>Mapa conceptual (fragmento): “enfermedad”</i> .	268



## RESUMEN

*La salud, cumple con los requisitos establecidos por la Teoría de las Representaciones Sociales para ser objeto de representación: ser entendida dentro del pensamiento de sentido común como un objeto, existir información circulante, significativa e intercambiable entre los sujetos y grupos cuya cantidad y calidad hace posible su objetivación y anclaje, y ser objeto de sentido en una compleja iconografía subjetiva cuya materia prima cognoscitiva se encuentra en la biografía del sujeto, en un múltiple soporte informativo y un saber diseminado por distintos puntos de la geografía social. En la sociedad contemporánea la salud es construida como una estética: la salud como representación ha devenido a lo largo de la cultura occidental en un a apostasía del cuerpo, ya fuera como contenedor de lo maléfico e impuro o como objetivo proyectivo del sí mismo; y en un sofisma, en una renuncia constante de lo que se es, en la búsqueda de un modelo ideal, de una estética del cuerpo y el alma deseada, y por la cual se recusa el cuerpo-alma real. La representación social de la salud gira en torno a tres ejes de representación: la salud como estado, la salud como estrategia y la salud como institución. Como parte del estudio nos propusimos identificar las representaciones sociales sobre la salud que posee un grupo de*

*mayores de la ciudad de Valencia a través de la realización de ocho grupos de discusión. En los mayores el cuerpo es un constructo real contenedor de la experiencia y sin mayor referente ideal en cuanto a su construcción estética que el cuerpo mismo y ello determina su noción o nociones sobre salud. Los mayores narraron su experiencia en salud como el argumentario de toda su vida. Tomando la palabra estímulo salud se fue ramificando un árbol discursivo en torno a cual se mueven otra serie de conceptos cuya combinación final nos acercan al modelo subjetivo de dicho término. La salud es tomada como "cosa" que se "tiene" y se "pierde". El "tenerla" o "perderla" está muy asociada a los hábitos de vida dentro de los cuales la "alimentación" cobra, entre las demás, la mayor fuerza. La presencia de la palabra "poder", denota el fuerte vínculo que establecen los mayores con la capacidad física y mental de poder realizar cualquier tipo de actividad de forma independiente. La presencia de "enfermedades" expresa la noción de pérdida de la salud. La "conformidad" por su parte aparece intensamente asociada a la imposibilidad de cambio las condiciones de salud en la medida en que la edad avanza.*

## RESUMEN

*La salut complix amb els requisits establits per la Teoria de les Representacions Socials per a ser objecte de representació: ser entesa dins del pensament de sentit comú com a un objecte; existir informació circulant, significativa i intercanviable entre els subjectes i grups, la quantitat i qualitat dels quals fan possible la seua objectivació i fixació; i ser objecte de sentit en una iconografia subjectiva complexa, de la qual la matèria prima cognoscitiva es troba en la biografia del subjecte, en un suport informatiu múltiple i en un saber disseminat per diversos punts de la geografia social. En la societat contemporània, la salut és construïda com a una estètica: com a representació, ha esdevingut al llarg de la cultura occidental una apostasia del cos (ja fóra com a contenidor del que és malèfic i impur o com a objectiu projectiu d'u mateix) i un sofisma, una renúncia constant del que u és, la busca d'un model ideal, d'una estètica del cos i de l'ànima desitjats, i per la qual hom menysprea el cos i l'ànima reals. La representació social de la salut gira al voltant de tres eixos de representació: la salut com a estat, la salut com a estratègia i la salut com a institució. Com a part de l'estudi, vàrem proposar-nos identificar les representacions socials sobre la salut que posseïx un grup de majors de la*

*ciutat de València a través de la realització de huit grups de discussió. En els majors, el cos és un constructe real que conté l'experiència i que no té cap altre referent ideal de construcció estètica que el cos mateix, fet que determina la noció o les nocions que tenen sobre la salut. Els majors varen narrar la seua experiència de salut com a l'argumentari de tota la seua vida. Prenent la paraula-estímul salut, va anar ramificant un arbre discursiu al voltant del qual es mouen una altra sèrie de conceptes, la combinació final dels quals ens acostava al model subjectiu d'eixe terme. La salut és presa com a una cosa que u té i u perd. El fet de tindre-la o perdre-la està molt associat als hàbits de vida, dins dels quals l'alimentació cobra, entre les altres, la força principal. La presència de la paraula poder denota el vincle tan fort que estableixen els majors amb la capacitat física i mental de poder realitzar qualsevol classe d'activitat de manera independent. La presència de malalties expressa la noció de pèrdua de la salut. La conformitat, per la seua banda, apareix intensament associada a la impossibilitat de canviar les condicions de salut a mesura que l'edat avança.*



## EXTRACT

*Health, complies with the requirements established by the social representations theory to be the object of representation: being understood inside the thought of common sense as an object, existing circulating, significant and interchangeable information between the subjects and groups whose quantity and quality makes its objectivation and anchoring possible, and being the object of sense in a complex subjective iconography whose cognitive raw material is found in the biography of the subject, in a multiple informative support and a knowledge spread through different points of the social geography. In contemporary society, health is built as an aesthetic: health as a representation has become along the western culture into an apostasy of the body, either as a container for the evil and impure or as a projective objective of itself; and in a sophism, in a constant renunciation of what one is, in the search for an ideal model, an aesthetics of body and soul desired, and for which disdains the real body-soul. The social representation of health turns on three representation axes: the health as a state, the health as a strategy and the health as an institution. As part of the study, we proposed to identify the social representation about health that poses a group of*

*elder people of the city of Valencia through the realization of eight discussion groups. In the elderly the body is a real construct container of the experience and without any further ideal reference in terms of their aesthetic construction that the body itself and this determines their notion or notions about health. The elderly narrated their experience in health as the arguments of their whole life. Taking the word stimulus, health was branching out a discursive tree around which moves another series of concepts whose final combination bring us closer to the subjective model of the term health. Health is taken as "thing" that you "have" and "lose". "Have it" or "lose it" is closely associated with the habits of life inside which "feeding" charges, between the others, the biggest force. The presence of the expression "to be able" denotes the strong bond that the elders establish with the physical and mental aptitude to be able to carry out with any type of activity independently. The presence of "disease" expresses the notion of loss of health. The "conformity" on the other hand turns out to be intensely associated with the impossibility of change of health conditions as the age advances.*



# INTRODUCCIÓN

La alegría sólo puede ser alcanzada desde la salud, sentenciaba Schopenhauer<sup>1</sup>. Mahatma Gandhi<sup>2</sup> no veía la necesidad del consumo de medicamentos, creía en la alimentación como fuente de curación y aconsejaba no acudir al médico por cualquier molestia so pena de convertirnos en esclavos del cuerpo y perder el control sobre sí mismos. Los textos antiguos de la filosofía griega<sup>3</sup> ya alertaban sobre este asunto en su concepción relativa a los placeres: no son éstos “dañinos” por sí mismos para el cuerpo/alma sino el riesgo de que nos dominen. San Agustín<sup>4</sup>, al narrar en uno de los episodios de su vida la superación de una dura enfermedad, confiesa que era ésta, la del cuerpo, la menos importante aunque la más visible, mientras su alma seguía enferma, cerca de las necesidades del universo terrenal y lejos de la creación divina. La Organización Mundial de la Salud, en su perspicaz definición, concibe la salud como un "estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades"<sup>5</sup>.

Sea la simetría entre felicidad y salud del existencialismo filosófico; sea la justa medida en el nexo entre lo humano y el ecosistema del modelo naturalista; sea la *emmetría* platónica o justa proporción sin el que no habría salud posible; sea el barquinazo del pacto con Dios en la esquizofrenia del pragmatismo moderno como real enfermedad de la era contemporánea,

---

<sup>1</sup>V. Schopenhauer, Arthur, *Parerega y Paralipómana. Aforismos sobre la filosofía de la vida*, Madrid, Valdemar, 2009.

<sup>2</sup> V. Gandhi; *sus propuestas sobre la medicina, la salud y la sexualidad*, Barcelona, Amat, 2005.

<sup>3</sup> V. por ejemplo, Aristóteles, *Ética a Nicomaco*.

<sup>4</sup> V. San Agustín, *Confesiones*, Barcelona, RBA Coleccionables, S.A., 2003.

<sup>5</sup> <http://www.who.int/suggestions/faq/es/index.html>

según la tradición judeo-cristiana; sea el orden estructural y funcional de la racionalidad legitimada en las instituciones como garantía última de salud; sea cualquier caso, lo cierto es que en cada uno de estos adagios parece existir un fragmento de verdad en una definición sobre *salud*. Pero, ¿qué es la salud?, ¿dónde está?, ¿cuáles son los elementos perceptivos para determinar su existencia?, ¿se reduce a una sensación encarcelada en la psiquis individual o está encadenada a normas y regularidades de lo corporal válidas para cualquier sujeto y determinada por la presencia o ausencias de *noxas*?, ¿si no está, entonces qué es lo que hay? ¿es la enfermedad la antítesis de la salud o ésta última se define por la ausencia de la primera?

Los límites entre la salud y la enfermedad son tan sutiles como imprecisos. Las investigaciones en salud abarcan varias áreas de las cuales la más sistematizada se relaciona con lo clínico y con la cuantificación de indicadores que señalan la presencia de enfermedades o dolencias, su prevalencia en determinados estratos sociales, morbilidad, y las causas e incidencias de determinadas conductas o estilos de vida en futuras complicaciones relacionados con la salud – tabaco, alcohol, drogas, sedentarismo, etc. –. Estos datos, sin embargo, cada vez funcionan más como base para la realización de investigaciones que trascienden el campo de lo puramente clínico para escrutar más en temas relacionados con acciones de promoción de conductas y estilos de vida saludables<sup>6</sup>, prevención de enfermedades, evaluación de la ordenación, calidad y sostenibilidad de los servicios de salud, incidencias de las concepciones y modelos culturales de los agentes médicos y de enfermería en la forma de actuación ante el paciente y las determinantes nunca desideologizadas en la anexión a uno u otro modelo, o técnica diagnóstica o terapéutica.

---

<sup>6</sup> En esta investigación veremos como la noción de “saludable” está fuertemente mediada por el desarrollo de la industria agroalimentaria, por un lado; y por otro, según la inclinación del eje urbano-rural en el sistema de representaciones sociales.

No son pocas las investigaciones que demuestran la etiología psicosocial de la salud, por lo cual las variables sociales y del entorno van cobrando mayor peso en los programas sanitarios. La salud y la enfermedad han devenido conceptos sociales, en tanto son expresión de realidades que no pueden desvincularse del contexto socioeconómico en el cual tienen lugar y se desarrollan. Este tipo de investigaciones combinan los aspectos biomédicos con los de carácter más de organización y estructuración antropológica buscando la interpretación del hecho u objeto *salud* en sus aspectos más circunstanciales y singulares, y con el objetivo de poder encontrar las premisas del cambio y las tendencias de su constitución.

Este objetivo es el que ha llevado, por ejemplo, a la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid a desarrollar una amplia investigación para diseñar un Sistema de Indicadores Socioculturales sobre la Salud (SISS), “concebido como útil de trabajo para la mejora del diseño de los programas de intervención de la dirección General de Prevención y Promoción de la Salud”. Su objetivo se ha centrado en “la cultura, hábitos y usos de la sociedad”, en la manera en que los distintos colectivos sociales construyen su representación sobre la salud independientemente “de lo que piensan las instituciones sanitarias de lo que es o debe ser considerado como tal”.<sup>7</sup> Es este amplio proyecto el antecedente fundamental y base sobre el que se sustenta nuestra investigación.

Determinar las representaciones sociales sobre la salud nos facilitará la comprensión de las prácticas relacionadas con la dicotomía salud-enfermedad. Los modelos representacionales dominantes sobre salud explican las formas de enfrentamiento a la enfermedad, su prevención y

---

<sup>7</sup> “La investigación desarrollada para el diseño de este Sistema de Indicadores Socioculturales ha consistido en un conjunto de estudios monográficos sobre ‘Salud y Mujer’, ‘niños de 6 a 12 años y salud’, ‘adolescentes y jóvenes y salud’, y ‘activos adultos y salud’ (...).” V. Conde, F. & M. Marinas (1997).

control, su valorización y vivencia, su comprensión y explicación de sus causas, la selección de métodos de retorno a estados saludables, formas de cuidados, confianza en las estrategias institucionalizadas para tratarla o evitarla, percepciones de riesgo y estilos de vida.

De igual forma nos permite entender la dinámica de las construcciones sociales y cómo las personas son construidas por éstas. En el campo de la salud puede hacernos entender por qué si “fumar puede matar” un porcentaje no despreciable de la población lo sigue haciendo; por qué, si se tiene la información sobre las conductas de riesgo, aún existen situaciones de contagio del VIH-SIDA; o que si resulta ampliamente conocido que nuestro estilo de vida es el responsable de buena parte de las patologías cardiovasculares, por qué resulta tan complejo modificar dichos patrones o lo que es más preocupante, por qué se abandona tan fácilmente una dieta fuertemente anclada en la cultura mediterránea por otra de dudosa reputación aunque “facilitadora” de la vida cotidiana.

La representación social de la salud condensa un complejo sistema de valores, juicios, conocimientos, reglas y conductas asociadas a la salud, cuya estabilidad y cambio, depende en gran medida de la interacción que ésta mantiene con los paradigmas médicos oficiales que constantemente bombardean al individuo sobre la forma más adecuada para gestionar la salud, implicando otros campos directa o indirectamente vinculados con éste como puede ser las formas de implementación del ocio, la hábitos alimentarios, la estética del cuerpo o la utilización de los servicios sanitarios.

¿Por qué los mayores?

El envejecimiento de la población<sup>8</sup> es un hecho ampliamente conocido y debatido. En el IX Congreso de la Sociedad Española de Medicina

---

<sup>8</sup> Un interesante estudio sobre la estructura sociodemográfico de la provincia de Valencia puede verse en Castelló Cogollos, Rafael., *Estructura social del País*

Antienvejecimiento y Longevidad (SEMAL), celebrado entre el 21 y el 24 de octubre de 2010 en Málaga se afirmó que la expectativa de vida sube cada día diez horas por lo que los expositores han llegado incluso a plantear la necesidad de cambiar el término “expectativa de vida” por el de “vida media máxima potencial”. El aumento de la dependencia demográfica – entiéndase no sólo económica sino también social – vinculado a este proceso, viene acompañado del temor a la desestructuración del sistema de bienestar social cuyo eje más sensible, la solvencia del sistema de pensiones y la capacidad del sistema sanitario de absorber el acrecentamiento de sus costes por la ineludible ampliación de la demanda, concentra la mayor atención de los proyectos y debates políticos actuales.

Sin embargo llama la atención lo que indica el presidente de la SEMAL, José Serres, y según cita el Diario Médico en sus edición del 25 de octubre de 2010, cuando define la medicina del envejecimiento al poner sus bases en “indicaciones, recomendaciones sobre *hábitos de vida*, *dietas*, tratamientos de distintos tipos que son todos los que se revisan y que puestos juntos ayudan a las personas a disminuir o ralentizar la pérdida de las funciones que ocurren en el envejecimiento”<sup>9</sup>. También lo que apunta el especialista en genética química José Ignacio Lao que es ésta una medicina *personalizada* – no todos las personas son iguales – y *participativa* – “depende del compromiso que se asume por parte del médico y del paciente”.

El énfasis en los modelos de hábitos de vida y dieta concuerda con la importancia que tienen las costumbres y como corolario las mentalidades o

---

Valenciano, Universitat de Valencia, Departamento de Sociología y Antropología Social. Proyecto Docente, 2002. Según los datos del INE, el índice de envejecimiento de la provincia de Valencia ha pasado de 64,1 en 1991 a 102,49 en 2012, teniendo su máximo en 2002 con 106,48 y apreciándose una ligera tendencia a su disminución hasta 2009 provocada fundamentalmente por la inmigración. V. además Díez, N., 1997.

<sup>9</sup> El subrayado es nuestro.

representaciones sociales del mismo en los logros de una mejora de la salud y consecuentemente en el uso más racional del sistema sanitario. Si a los términos de *hábitos de vida* y *dietas*, le agregamos el de *saludable*, podríamos tomar como hipótesis que sólo podremos hacer *personalizada* y *participativa* la medicina entendiendo las nociones que sobre salud tienen, al menos, los distintos biosocioestratos. Con los mayores tenemos la posibilidad además de conocer un discurso desde lo experiencial: una narrativa donde la salud cobra una magnitud biográfica.



# CAPÍTULO 1. LAS REPRESENTACIONES SOCIALES

*“Habiendo hecho Dios al hombre para vivir en sociedad, no sólo le ha inspirado el deseo y le ha hecho sentir la necesidad de vivir con sus semejantes, sino que le ha dotado de la facultad de hablar, que debía ser el gran instrumento y el lazo común de esta sociedad. De aquí proceden las palabras que sirven para representar y aun para explicar las ideas.”*

Gottfried Leibniz  
*Nuevo tratado sobre el entendimiento humano*

La teoría de las representaciones sociales tiene su antecedente fundamental en la obra de Serge Moscovici, *El Psicoanálisis, su imagen y su público* (1961). Desde entonces se ha generado una extensa bibliografía sobre el tema plagada de definiciones más o menos semejantes que en definitiva no hacen más que parafrasear la originalmente ofrecida por Moscovici<sup>10</sup>, y la que se ha convertido en referencia obligada para estos estudios ofrecida por Denise Jodelet.

El fundador de esta teoría define las representaciones sociales como:

---

<sup>10</sup> “Al fin y al cabo, sobre la teoría casi todo está dicho. Desde Kant a Durkheim, y desde éste a Moscovici y sus seguidores, sin olvidar las decisivas aportaciones que desde otra línea de la cognición social nos legó Heider, ya ha sido todo tratado, a partir de aquí los esfuerzos por añadir datos a la Teoría de la Representación Social, no ha hecho más que tratar matices, matices de los matices y un círculo vicioso en torno a sus conceptos afines.” (Gallego, E., et. alt., 2001: 276)

*“(...) una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos (...) La representación es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación.” (Moscovici, 1961:17-18).*

Por su parte, Jodelet entiende que las representaciones sociales son:

*“(...) la manera en que nosotros sujetos sociales, aprehendemos los acontecimientos de la vida diaria, las características de nuestro medio ambiente, las informaciones que en él circulan, a las personas de nuestro entorno próximo o lejano. En pocas palabras el conocimiento ‘espontáneo’, ‘ingenuo’ (...) ese que habitualmente se denomina conocimiento de sentido común o bien pensamiento natural por oposición al pensamiento científico. Este conocimiento se constituye a partir de nuestras experiencias, pero también de las informaciones, conocimientos y modelos de pensamiento que recibimos y transmitimos a través de la tradición, la educación y la comunicación social. De este modo, ese conocimiento es en muchos aspectos un conocimiento socialmente elaborado y compartido. Bajo sus múltiples aspectos intenta dominar esencialmente nuestro entorno, comprender y explicar los hechos e ideas que pueblan nuestro universo de vida o que surgen en él, actuar sobre y con otras personas, situarnos respecto a ellas, responder a las preguntas que nos plantea el mundo, saber lo que significan los descubrimientos de la ciencia y el devenir histórico para la conducta de nuestra vida, etc.”. (Jodelet, 1984:473).*

Ambas definiciones coinciden en que cuando hablamos de Representaciones Sociales estamos refiriéndonos a *conocimiento*; segundo, que no es todo tipo de conocimiento sino uno, específico, “una modalidad particular”, cuyo carácter esencial es el de ser espontáneo, ingenuo y

diferente al llamado conocimiento científico; tercero, que está estructurado, organizado y, aunque no se dice explícitamente, jerarquizado; cuarto, que es compartido y construido desde los procesos de interacción, y por tanto tiene un marcado carácter social; y quinto, cumple funciones de interpretación de la realidad, de acciones y prácticas sociales, y de cohesión grupal.

Las Representaciones Sociales son conocimiento, y en cuanto tal, suponen un corpus ontológico complejo cuyo origen va más allá de las fronteras conceptuales fijadas por Moscovici, para disiparse en el desarrollo de la teoría del conocimiento, la gnoseología, la epistemología o la teoría crítica, y que conduce inexorablemente al problema de la conciencia y/o la ideología, ambas erigidas bajo la suspicacia de una falsa la realidad. Es también y por ello mismo una problemática sobre la realidad misma, sobre qué es y el modo en que se constituye, su esencia y el cómo es aprehendida.

### **1.01 “El mundo es mi representación**

Es ésta la única verdad que puede enunciarse *a priori* según Schopenhauer (1818: 17). Todo lo que existe, sólo lo es para el sujeto y en relación con éste; es percepción del que percibe. Todo lo que es el mundo y lo que de él se concibe está sometido al sujeto: *el mundo es representación*. En una clara referencia al principio cartesiano y a la filosofía de Berkeley, con una importante influencia de la filosofía Vedanta<sup>11</sup>, Schopenhauer no niega la existencia de la materia en cuanto tal, sino la necesaria coexistencia de la realidad empírica con la idealidad trascendental.

Existe para Schopenhauer, primero el sujeto de la representación, que es el que conoce; y por otro lado, el objeto, lo que es conocido, pero siempre bajo el manto de las formas desarrolladas por Kant de espacio, tiempo y causalidad. Este *objeto*, no obstante, carece de existencia real fuera de la

---

<sup>11</sup> Filosofía de origen hindú.

representación del sujeto y lo único que tiene existencia verdadera es la *Voluntad*, que, en términos conceptuales, se asemeja a la *cosa en sí* kantiana. Esta *Voluntad* no se encuentra sometida a las formas de espacio, tiempo y causalidad, y la representación constituye la mera apariencia o fenómeno de ésta. La voluntad es como un motor, que rige y dirige todas las fuerzas del universo, es realidad última de las cosas: de las materiales o fuerzas y energías naturales, y de los instintos y motivación de las personas.

Unos siglos antes, Hermias, en *Irrisión de los filósofos paganos* (IX 653) pone en boca de Protágoras el axioma en el cual, partiendo del principio del hombre como límite y juicio de las cosas, “aquellos objetos que caen bajo su percepción existen, los que no caen, en cambio, no existen entre las formas del ser”. Sexto Empírico en *Adversus mathematicos* (VII 389) advertía sobre lo inverosímil de afirmar – según lo hacían Demócrito y Platón en sus refutaciones a Protágoras – que *toda representación es verdadera*, pues de ser así, la proposición *no toda representación es verdadera* debería ser considerada también como tal en tanto subyace en ella una representación: “en consecuencia la proposición de que toda representación es verdadera resultará ser falsa”. Es pues el problema de la representación un problema del conocimiento, y en consecuencia un problema de la Verdad, y de la existencia de lo real y su relación con el sujeto cognoscente.

En Protágoras encontramos al hombre como medida de todas las cosas, en el que tanto Platón como Aristóteles interpretan un relativismo de la verdad, alejada de la realidad misma y centrada en la percepción de los sentidos<sup>12</sup>; él mismo duda sobre la posibilidad de conocer<sup>13</sup> o dar como

---

<sup>12</sup> “Tal como decía Protágoras cuando declaraba ‘el hombre es medida de todas las cosas’, queriendo decir que del modo en que a mí me parecen ser los objetos, de ese mismo modo son para mí. Y del modo en que a ti te parecen, de ese modo son para ti” (Platón, *Crátilo*, 385e). “(...) también él [Protágoras] dijo que el hombre es medida de todas las cosas, no queriendo significar con ello más que lo que a cada uno le parece, posee una realidad firme” (Aristóteles, *Metafísica* XI 6, 1062b 12).

verdadero o falso un juicio. El escepticismo de Sexto Empírico anuncia la imposibilidad de saber que son las cosas en sí mismas, sino sólo cómo éstas nos afectan. Platón reconocía en lo que vemos una falsa realidad, pero no la inexistencia de ésta en tanto verdad o la imposibilidad de llegar a ella, sólo que ello no podía ser conseguido a través de la experiencia. El mundo de las Ideas – las Formas – es la verdadera y única realidad y la que observamos no es más que una representación imperfecta de la misma: el mundo del devenir es en el que nos desenvolvemos con los sentidos y ellos nos devuelven una sombra de lo verdadero. En las Ideas existe la posibilidad de trascender la apariencia de lo real que nos transmiten los sentidos, siendo el *eidos* aquello que constituye la naturaleza verdadera de las cosas, lo permanente e invariable.

Platón nos trae la verdad como premisa de la objetividad del conocimiento, concediéndole a ésta una naturaleza inmutable, accesible sólo a través de una racionalidad pura, excluyendo cualquier intromisión del mundo sensorial. Desde los conceptos de *doxa* y *episteme*, Platón emprende una crítica al arte y a la sofística como instrumentos que proyectan una realidad engañosa o imagen *mimética* de lo real, y en el que el propio concepto de *imagen* dentro de la ontología del ser, se define como lo irreal, *lo que no es*.<sup>14</sup> (*Sof.* 240a, b)

Aunque en Aristóteles aparece una ruptura con la *mimesis* platónica, por una parte, y el *eidos* como realidad de un *más allá* de los entes concretos por otra, no niega la existencia de una forma pura, de una sustancia sin materia como fundamento de la *esencia* en tanto estructura de sentido de la

---

<sup>13</sup> Protágoras en su propuesta agnóstica reconocía que “respecto a los dioses” no tenía certeza de saber “si existen o de que no existen ni tampoco de cómo son en su forma externa”, porque se lo impedía “la imprecisión del asunto así como la brevedad de la vida humana” (Diógenes Laercio IX 51).

<sup>14</sup> En abierta diatriba a Parménides: “Pues jamás se impondrá esto: que haya cosas que no sean” (Platón, *Sof.* 258d)

realidad donde el lenguaje se naturaliza en lo real. A diferencia de Platón, el filósofo macedonio, ve en la *doxa*, la percepción y experiencia que nos ofrece el universo sensible, no una impresión engañosa, sino el punto de partida de cualquier conocimiento y cree en la improbabilidad de una verdad sin experimentación.

De esta forma, el lenguaje tiene su fundamento en lo real y cuando se nombra, se hace referencia al ser sustancial por lo que tiene un significado único, un *significar* de una naturaleza definida o ser determinado. Aristóteles traza así el camino de las paradojas del lenguaje en su relación con la realidad de la que se constituye como representación. Si la única forma de aprehensión de lo real es el pensamiento, y este tiene como forma de expresión el lenguaje, entre el primero y el último se establece una dependencia, la cual se revela al sujeto como una relación de identidad, sin elementos mediadores y sin que aparezca la más mínima sospecha de falsedad de la una en la relación con la otra.

En el siglo XVIII el obispo irlandés George Berkeley (1710) lanza una advertencia sobre los riesgos de confundir pensamiento y lenguaje dada la estrecha relación que existe entre ambos, lo que podría, según él, hacernos admitir como ciertas las ideas generales ya que el acto de la comunicación sólo es posible a través de palabras generales. El idealismo metafísico del que Berkeley es exponente, basa su filosofía en negar la producción de abstracciones por la mente, y por tanto la sola existencia de ideas singulares y concretas referidas a cuerpos nunca independientes del sujeto perceptor.

Dos son los argumentos que da para demostrar la falsa noción predominante del lenguaje. La primera hace alusión a la certeza de que toda palabra tiene o ha de tener una sola significación, precisa y limitada de tal forma que cada palabra genérica, cuyo único sentido inmediato es entonces una idea abstracta, puede ser aplicada a muchas cosas particulares. Sin

embargo, afirma Berkeley, no existe tal significación precisa y determinada de cada nombre, pues ellas no son más que representación de innumerables ideas particulares. “Una cosa es conservar una palabra para la misma definición, y otra hacerla siempre valedera para la misma idea: lo primero es necesario; lo segundo es inútil e imposible.”(1710: 38)

El segundo argumento se refiere a la de concebir como objeto principal y único del lenguaje, la comunicación de nuestras ideas en tanto las palabras representan nociones abstractas. El lenguaje no sólo tiene como fin la comunicación de ideas, sino además motivar pasión, inducir a un acto determinado y disuadir de la realización del mismo. La experiencia indica que ante la lectura de un discurso, podemos sentir como se despiertan en nosotros sentimiento de amor, odio o tristeza, sin que medien *ideas* entre ellas. Así, la promesa de algo bueno nos puede emocionar, sin tener *la idea*, de lo que pueda ser; de manera similar procedemos ante un peligro, independientemente de desconocer lo que peligro es en abstracto.

En este mismo sentido David Hume (1739) divide la percepción de la mente en dos clases: impresiones e ideas. La única diferencia reconocible en ellas es la vivacidad y la fuerza con que inciden en la mente: las primeras entran con mayor fuerza y violencia y son consustanciales a todas nuestras sensaciones, las segundas son débiles imágenes de las impresiones y se vinculan al acto de pensar y razonar. De aquí se deriva que son semejantes entre sí, excepto en la distinción ya expuesta, y correspondientes, esto es, a cada idea corresponde una impresión y a cada impresión una idea.

Haciendo una segunda distinción entre ideas e impresiones simples y complejas<sup>15</sup>, Hume establece la regla de que “todas nuestras ideas simples, en su primera aparición, se derivan de impresiones simples a las que

---

<sup>15</sup> Las simples – sean ideas o impresiones – no admiten separación; las complejas pueden dividirse en partes.

corresponden y representan exactamente.” (1739: 84). De esta manera son las impresiones las que preceden a las ideas, y en tal caso nunca podrá existir una idea si antes la mente no ha sufrido una impresión. No obstante una idea puede causar una impresión, pero siempre habiendo existido antes una impresión inicial generadora de esa idea inicial. Así, a través de los sentidos puede establecerse la idea de dolor, que a su vez puede producir en el alma la impresión de aversión o desagrado que su vez se convierten en ideas.

Teniendo en cuenta lo expuesto, Hume – siguiendo a Berkeley – asevera que toda impresión debe tener necesariamente una cantidad y una cualidad, y que dado que ideas e impresiones sólo se distinguen por su grado de fuerza y vivacidad y que son las primeras copias y representación de las segundas, esta regla es extensible a las ideas. Dado que no es posible hablar de cantidad y cualidad en referencia a un objeto sin hacer referencia a un grado determinado de ambas, es imposible asimismo formar una idea que no tenga como límites dicho atributo. Este razonamiento conduce necesariamente a reconocer que toda idea abstracta es siempre individual, a pesar de que a efectos de la representación puedan aparecer como generales.

El proceso mediante el cual aplicamos el mismo nombre a diferentes objetos que difieren en sus grados de cantidad y cualidad, pero semejantes, es producto de la costumbre; pero no es posible elaborar todas las ideas a las que puede designarse la palabra. También puede suceder a la inversa: una misma idea puede ser unida a varios nombres. En resumen, si toda idea es particular, sólo puede representarse como general, al articularse a un nombre general: si una palabra guarda relación con muchas ideas particulares con arreglo a las analogías que manifiestan entre sí, debido a las costumbres, pero nunca podrá, en sí misma, hacer referencia a todas las



ideas posibles. Las ideas pueden ser por tanto generales en su representación pero siempre serán particulares en su naturaleza.

Ambas posiciones – la de Berkeley y la de Hume – son resultado de una crítica a la teoría de Locke sobre el entendimiento humano. Partiendo de la hipótesis de que nuestra mente es un papel en blanco – John Locke (1690) se oponía a la concepción cartesiana de la existencia de las ideas innatas<sup>16</sup> – se pregunta cómo se llena. Su respuesta es axiomática: de la experiencia. Los modos en que ésta funda nuestro conocimiento pueden ser a través de dos procesos: la que nos llega a través de los sentidos o sensaciones, y la percepción de las operaciones de la mente dentro de nosotros o reflexión. Ambos procesos conforman nuestras ideas de las cosas y estas ideas son comunicadas a través del lenguaje, que es su principal fin. La mente tiene la facultad para representar las cosas y los sujetos son portadores de una voluntad libre para determinarlas. Tal como señalara Hume existen ideas simples y complejas, siendo estas últimas una asociación y combinación de las primeras. Ahora bien, resulta imposible para Locke la existencia de una palabra particular para cada cosa particular, pues está fuera de toda capacidad humana formar ideas distintas de la infinidad de cosas particulares que ofrece el mundo. De esta forma, las palabras sólo pueden ser signos de ideas generales y éstas se forman cuando son separadas de tiempo y lugar y de cualquier otra idea que pueda determinarlas. Se produce así un proceso de abstracción que les faculta para ser representación de varias cosas particulares. El proceso mental se realiza cuando se determina de varias situaciones complejas aquello que es común a cada una de ellas.

---

<sup>16</sup> Leibniz, en su *Nuevo tratado sobre el entendimiento humano*, se opondría a su vez a la idea – que ya encontramos en Aristóteles – del alma en sí y por sí absolutamente vacía como en un papel en el cual no se ha escrito nada. “(...) el alma contiene originariamente las razones iniciales de diferentes conceptos y doctrinas, que sólo con ocasión de los objetos exteriores se despiertan en ella (...)” (1704: 22)

El epítome de la problemática en torno al conocimiento en la filosofía sistémica y como corolario de la modernidad se da en Kant. El problema al que se enfrenta, no es otro que el del análisis del conocimiento humano, de sus fuentes, de sus mecanismos y de sus límites: es el viejo dilema de la relación entre pensamiento y realidad. “Sólo conocemos de las cosas lo que nosotros mismos ponemos en ellas” (Kant, 1781). Esta idea en la que nuestra facultad cognoscitiva es, en última instancia, la que rige la naturaleza del objeto, lo que constituye su revolución copernicana.

Kant cree que ningún conocimiento precede a la experiencia y que todo conocimiento comienza con ella. Ello es válido en el orden temporal. Sin embargo, esto no niega la existencia de un conocimiento más allá de la experiencia o de las impresiones de los sentidos. El problema para Kant, radica en conocer cuáles son las condiciones de posibilidad de este conocimiento que denomina *a priori*. Su característica fundamental es el de la universalidad y la necesidad. Distingue dos fuentes del conocimiento: la sensibilidad – a través de la cual se nos dan los objetos – y el entendimiento – desde el cual pensamos el objeto –. Desde la primera intuimos; desde la segunda, entendemos.

En la estética trascendental, se nos advierte del carácter fenoménico de nuestro conocimiento que deriva del *espacio* y del *tiempo* como formas a priori de nuestra sensibilidad. El espacio y el tiempo constituyen pues no propiedades de las cosas en sí, sino normas a priori de la sensibilidad: solo son realidad en tanto lo son para la mente, intuiciones a partir de las cuales medimos y valoramos las percepciones. De esta manera, cuando emitimos juicios acerca del objeto, sólo podemos hacerlo en relación a fenómenos – objetos dados en el espacio y el tiempo. Es precisamente dicho carácter fenoménico lo que nos permite enunciar *verdades* acerca del objeto.

El sujeto en la filosofía Kantiana juega un papel activo, a diferencia de del materialismo francés del XVIII, que le otorgaba un papel pasivo frente a la naturaleza<sup>17</sup>. En efecto, este sujeto es un sujeto que posee una imaginación con una actividad productiva cuya función básica será la de ser síntesis en el tiempo, expresadas en categorías que aplicadas a objetos de la experiencia, son condición necesaria para la existencia del conocimiento. Dicha síntesis puede ser empírica, circunscrita a la asociación de imágenes generadas desde los sentidos; o pura cuya función sería la de ser síntesis *a priori* de los distintos fenómenos o de formar un esquema categorial aplicable a fenómenos por medio de una determinación trascendental del tiempo.

A partir de aquí, aparece una contradicción que intenta resolver Kant: no existe categoría sin experiencia, ni experiencia sin categoría. La experiencia es imposible sin los conceptos, pero estos carecen de contenido si no van vinculadas a la experiencia. Sin embargo dicha paradoja es falsa en tanto el propio planteamiento lo es. Para el pensador alemán no es posible concebir experiencia y categorías, como tampoco puede imaginar percepción y espacio de manera separada sino que solo es posible el ser de la experiencia conforme a las categorías, al igual que hay percepción conforme al espacio. Kant se encargará así de desentrañar los mecanismos que relacionan a ambas y establece que las categorías se constituyen como reglas de unificación y síntesis de la diversidad en el espacio y en el tiempo. El espacio y el tiempo son formas puras de la intuición sensible y la condición necesaria para que el sujeto construya su representación. El sujeto intuye la realidad empírica y con ello la legitima como lo verdaderamente real y ello condiciona la existencia de los fenómenos por sí mismos.

*“El concepto trascendental de fenómenos en el espacio,  
(...), recuerda de modo crítico que nada de cuanto intuimos*

---

<sup>17</sup> V. Marx, Karl & Federico Engels, 1845

*en el espacio constituye una cosa en sí y que tampoco él mismo es una forma de las cosas, un forma que le pertenezca como propia, sino que los objetos en sí nos son desconocidos y lo que nosotros llamamos objetos exteriores no son otra cosa que simples representaciones de nuestra sensibilidad, cuya forma es el espacio y cuyo verdadero correlato – la cosa en sí – no nos es, ni puede sernos, conocido por medio de tales representaciones.” (Kant, 1781: 75).*

## **1.02 Imago mundi**

Encontramos una dualidad de significados en el término ideología<sup>18</sup>, a saber, entendida como falsa conciencia, deformadora y legitimadora de una realidad contradictoria; y como representación del mundo – *imago mundi*, *weltanschauung* – unida forzosa e inevitablemente a un grupo o sociedad. Esta última acepción es la que se vincula con el programa epistemológico de la teoría de las Representaciones Sociales. En este sentido ideología no será sinónimo de oscurantismo o artificio engañoso, al menos de forma consciente, sino de una refracción de la realidad social producida en el *cognos* individual y grupal de la que forman parte las prácticas constitutivas de la realidad social. Esta deformación dejará de entenderse en su sentido especulativo desvinculado de lo real con una concepción en que las ideas se sustantivan como una realidad autónoma, para convertirse en resultado de las condiciones objetivas y materiales en que se desarrolla la acción de los individuos.

---

<sup>18</sup> La ideología, tal como la concibió Destutt de Tracy en su programa fundacional desarrollado en los volúmenes de *Eléments D'Idiologie*, consistiría en una ciencia cuyo objeto serían las ideas y se erigiría como plataforma heurística del resto de las ciencias. En efecto, el político, militar y filósofo francés se propuso responder a la pregunta sobre cuál era la génesis de nuestras ideas, cómo clasificarlas y de qué forma evolucionaban concibiéndolas como un fenómeno natural que parte de las sensaciones; en definitiva un teoría del conocimiento con la misión de servir de modelo base que garantizara la infalibilidad de las representaciones mentales.

Lo ideológico, a pesar de ser producto humano, se nos aparece como “lo real”, con una biografía conforme a su propia lógica, ajena a los procesos sociales de su constitución. La praxis del sujeto como actividad real y objetiva, desliga la ingenua y, en definitiva aparente condición de independencia, de una conciencia desarraigada de su contexto histórico y del cual nos intenta convencer el modelo del idealismo alemán del siglo XIX, y del que la crítica de Feurbach y Marx intenta desmitificar, y, de lo que se ha dado en llamar, *inversión de lo real*: ilusión de que las ideas son el fundamento de lo real.

Es la comprensión de la praxis humana la medida de los procesos de representación de la realidad, y siendo dicha praxis, social – por que ocurre en los proceso de interacción de los individuos – e histórica – porque se mueve dentro de relaciones espacio temporales – necesariamente convierte al sistema de representaciones que le es consustancial en una entidad social e históricamente demarcada. La realidad no ha de figurarse entonces desde una manumisión de las ideas respecto de la historia, ni dar preeminencia a una apócrifa substancialidad de las ideas sobre el principio material en la que éstas se fundan.

Esto no implica reducir todo lo ideal a lo material – al estilo del materialismo más vulgar. La representación subjetiva de lo real está indisolublemente ligada a su naturaleza material, pero es esta subjetividad la que le da sentido dentro del imaginario colectivo, que no deja de ser también parte constitutiva de la realidad social. Si lo imaginario es un equívoco de lo real, esta última no puede ser aprehendida sino es a través del pensamiento y es de éste desde el cual se le dará significado; el proceso de “vida real”<sup>19</sup>, si

---

<sup>19</sup> “La conciencia no puede ser nunca otra cosa que el ser consciente, y el ser de los hombres es su proceso de vida real” (Marx, K & F. Engels, 1845: 40).

bien es escamoteado por los procesos de imaginaria ocultando las contradicciones que le son inherentes, no es sino a través del conocimiento de estos procesos que se puede encontrar un punto de partida para subvertir las condiciones reales de vida.

Desde la sociología del conocimiento desarrollada por Karl Mannheim (1936), esta dualidad presente en el pensamiento de Marx, y el marxismo posterior se disipa. En efecto, el maridaje dicotómico entre lo real – asociado a lo verdadero – y su representación – asociado a lo falso – desaparece, al menos como problemática de una teoría de la ideología para dar paso al entendimiento de las condiciones sociales en que determinadas formas de representación se establecen como tales, independientemente de que sean una anfibología de lo real o conocimiento positivo inmanente del objeto o hecho en sí. La dimensión evaluativa de la ideología como falsa conciencia y explicación de las formas de dominación social sucumbe a una postura acrítica de las formas de expresión de la conciencia en la que el relativismo epistemológico deslegitima cualquier intento de erigir un metadiscurso como explicación última, absoluta y verdadera. Lo que no se abandona es el supuesto de que todo conocimiento está cercado por límites insertos a estructuras sociales concretas.

Pero éstas al estar incrustadas en una u otra estructura no determinan la falsedad o veracidad de la traducción que de la realidad se haga. En efecto, Mannheim cree que de ser cierto el axioma marxista se incurriría en la paradoja de caer en la propia sospecha ideológica de la cual acusa. Si la perspectiva teórica del proletariado es la verdadera representación de la realidad y ésta se sustenta en la crítica de la parcialidad de otras formas de ideología, resulta improbable, que de aplicarse a sí misma esta tesis, pueda escaparse del dogma que critica. La ideología “verdadera” no es exclusiva de un grupo o clase social ni de una teoría en particular, en tanto la

determinación social del pensamiento es extensible a toda forma en que éste se presente y no es ajena a los intereses desde los cuales es formulado. No existe por tanto un punto de vista absolutamente verdadero o que pueda erigirse como tal, sino que siempre tendrán un carácter múltiple, contradictorio y parcial.

Tampoco la verdad es ahistórica en tanto su arquitectura siempre se diseña desde el devenir de la experiencia y la práctica histórica del grupo o clase social que la genera, y al momento sociohistórico en que se funda. Es por ello que en última instancia la “falsedad” de una forma de conciencia está más vinculada a una pragmática social – adaptación a una realidad histórica determinada – que a la preexistencia de categorías o ideas inmutables y absolutas: si mis sistemas conceptuales me impiden un acomodamiento a la realidad entonces es errada.

La ideología es necesariamente una traducción de la vida social y expresión ineludible de los intereses del grupo donde se gesta. En definitiva si bien no se niega que toda representación de la realidad, es siempre una representación condicionada por una pluralidad ontológica, lejos de cualquier establecimiento trascendental de un dogma universal, la ideología, en su acepción de ciencia de las ideas, debe encargarse del descubrimiento de las maneras en que se generan las distintas formas de la conciencia, y sobre todo del proceso mediante el cual éstas se establecen socialmente como modelos explicativos de la realidad.

Tal como indicaba Manheim, la cuestión de la ideología, gira en torno a la ancestral incertidumbre acerca de la esencia y definición de la realidad, y la respuesta a este cardinal problema pasa necesariamente por la razón teológica y/o metafísica. Este encargo le sería asignado a una intelectualidad, que sin estar desligado – su saber – de una determinación social, sí está capacitado para percibir las contradicciones a las que se ve abocado en su

interpretación de la realidad. Esta capacidad le habilita para tener una multiplicidad de herramientas capaces de desentrañar las innumerables perspectivas posibles de interpretación frente a un problema social. Es la incertidumbre, dice Manheim, lo que nos da la oportunidad de trascender los límites del conocimiento de la realidad, más incluso que el aferrarse, tal como se hacía en las antiguas teorías, a una verdad absoluta e invariable.

En abierta oposición al empirismo, Althusser (1970) diferencia el *objeto real* del *objeto del conocimiento*, otorgándole al primero una pureza imposible de ser aprehendida por el segundo. El conocimiento produce un corpus teórico que se forja a sí mismo sobre el objeto real. En su modelo, propone una separación entre conocimiento científico e ideología. La primera pertenecería al ámbito epistemológico o esfera del conocimiento, mientras que la segunda se movería en el terreno de la vida práctica o la experiencia. Tal como se observa, esta distinción es funcional: la una es teórica, mientras que la otra es práctica.

Esta distinción permite a Althusser afirmar que resulta imposible la existencia de una sociedad sin ideología, o la sustitución de ésta por una supuesta imagen científica del mundo capaz de superar de manera absoluta la distorsión de la imagen del mundo. La ideología forma parte orgánica de la totalidad social por lo que una sociedad sin ideología solo puede concebirse desde una *determinada concepción ideológica del mundo*.

En este punto, Althusser apuesta por hacer converger la teoría marxista con la concepción freudiana del inconsciente. En efecto, aunque la ideología se nos presente en un plano consciente, su naturaleza descansaría en un sustrato del mundo inconsciente, siendo éste uno de los argumentos que explicaría por qué se nos “impone” como forma de interpretación de la realidad sin percatarnos de ello. Si lo inconsciente trasciende y sostiene todo



lo pensado y la ideología, tal como se señalaba, es experiencia vital, el resultado sería una representación imaginaria de la práctica social. La ideología funcionaría como una relación fantasiosa del sujeto, con la realidad. Nunca, el individuo, puede aprehender la realidad despojada de su propia representación, en tanto dicho *espejismo* se convierte en el elemento mediador entre el sujeto y su realidad, además de que dicha realidad ya está irrigada bajo el manto ideológico. Este hecho supone una relación compleja o de segundo grado de tal manera que la ideología se establece como una unidad entre la relación del individuo con su mundo imaginario y la relación con su mundo "real"<sup>20</sup>.

La ideología se convierte así en un sistema de representaciones sociales, que traducen los procesos de vida real de los individuos, que, aunque con carácter ilusorio, funciona como elemento de coexistencia de los individuos y forma en que éstos se ubican en una estructura específica de la sociedad y con una función determinada.

Cualquier individuo, puede creer que se encuentra frente a una realidad desnuda, de tal manera que todo lo que se le presenta es concebido como lo real. Sin embargo, esa realidad no es pura en tanto frente de sí se teje todo un sistema ideológico estructurado que le es invisible. La ideología no se percibe, por lo que al observar *las cosas* se cree estar observando *las cosas mismas*, sin ser conscientes de que la vida social está impregnada de una relación imaginaria que fija y naturaliza dicha representación.

---

<sup>20</sup> Sobre la concepción marxista de ideología de clases Althusser puntualiza que "Cuando se habla de la función de clase de una ideología es necesario comprender que la ideología dominante es la ideología de la clase dominante, y que le sirve no sólo para dominar a la clase explotada, sino también para constituirse en la clase dominante misma, haciéndole aceptar como real y justificar su relación vivida con el mundo" (1965: 195) en definitiva, para que la burguesía pueda ejercer una dominación sobre el resto de clases, es necesario que dicha forma imaginaria de relación se establezca y parezca ella misma como real, más allá de cualquier intencionalidad consciente de "engañar" a las clases dominadas.

Existen dos puntos más que resultan novedosos en la concepción althusseriana de la ideología. La primera es el afirmar que la ideología no tiene historia<sup>21</sup> o dicho en sus propias palabras una realidad no-histórica u omnihistórica, en el sentido de omnipresencia o existencia absoluta, eterna y atemporal, tal como Freud le adjudicara al inconsciente. De ello no ha de interpretarse que sea inmutable ni que su contenido sea estático o invariable, sino el reconocer que es inherente a cualquier forma social.

La segunda es la función de la ideología como productora de sujetos. La categoría de sujeto es consustancial a la ideología, pero siempre y únicamente en tanto esta última convierte a los individuos en sujetos. Este proceso de conversión, dado el carácter atemporal antes señalado, ha ocurrido siempre y es premisa y resultado de la funcionalidad de la ideología. El individuo por tanto, es sujeto siempre, incluso antes de nacer ya está embozado y ordenado por el *hábito* de la ideología en tanto es ésta la que, en última instancia, lo constituye como tal. Se es sujeto porque se está “sujetado” en el entresijo de una subjetividad producida desde y para una imagen del mundo traducida en ideología.

Para Manheim, esta imposición simbólica no es percibida sin embargo como una acción coactiva. Para Althusser los mecanismos de producción de subjetividades se plasman a través de una constante “comparación” que los sujetos realizan con un modelo universal o *Sujeto Absoluto* que pauta los modos en que el individuo debe adecuarse al orden social y más aún las formas en que debe interpretarlas y/o representarlas en su imaginario. De esta manera, el sujeto, cree estar actuando dentro del marco de una “libertad”, cuya propia noción, es generada por la subjetividad en la que está inmerso y que le dicta maneras de actuar y le ofrece una coherencia a su imaginada racionalidad dentro del concepto de una unidad de la conciencia.

---

<sup>21</sup> En *La ideología alemana*, Marx (1845) tiene una afirmación similar.

Esta unidad de la conciencia<sup>22</sup> promulgada por el humanismo queda en entredicho y es la base sobre la que se sustenta lo que se ha dado en llamar la escuela de la sospecha<sup>23</sup>. Es precisamente la cualidad de sospecha frente al predominio de la soberbia gnosis humana encarnada en una racionalidad positiva de poder ilimitado y principio último de todas las cosas, frente a la naturaleza o la propia acción y prácticas del sujeto – histórico –, el elemento que eslabona el pensamiento Freud, Nietzsche y Marx. En efecto, si la revolución cartesiana otorgó soberanía al sujeto en cuanto ser racional vinculado a una representación objetiva de las cosas, la escuela de la sospecha – con todos los argumentos que los separan – utiliza la propia duda cartesiana sobre esa misma objetividad y otorga a lo simbólico un papel constitutivo de las formas y estructuras sociales.

En el caso de Althusser no se niega la existencia de una racionalidad productora de verdad, sólo que ésta pertenece al campo de lo científico y no de la ideología. Para el teórico francés existe un conocimiento científico capaz de despejar de toda sospecha una imagen inequívoca de la realidad social. Esta verdad, está desvinculada de cualquier “demostración” instrumental o pragmática, sino que está exenta de cualquier influencia contextual o sociohistórica, y su “veracidad” es autónoma y tiene su génesis en sí misma. En esta apología de la ciencia se enfatiza el hecho de que aun no siendo “aceptada” una verdad científica, ésta siempre terminará imponiéndose frente a la opinión ignorante que la ha rechazado. En cualquier

---

<sup>22</sup> El psicoanálisis desenmascara la supuesta unidad y coherencia rígida de la conciencia, al desvelar el “desván” del mundo inconsciente capaz de determinar la conducta.

<sup>23</sup> Le debemos a Paul Ricoeur, el término *escuela de la sospecha*, para hacer referencia a la tríada *Marx-Nietzsche-Freud*, y a los sistemas metodológicos que los tres representan en los que se busca desmitificar la conciencia social y revelar las intencionalidades ideológicas tras las que se oculta.

caso el sentido del conocimiento científico pasa siempre en primer término por el despojo de cualquier rémora ideológica.

Althusser desarrolla además una teoría en torno a las formas en que la ideología se materializa en instituciones concretas, vistas éstas como las “herramientas” de sujeción de los individuos al sistema, y de reproducción del orden social. De esta forma, objeta la concepción de la *idea* con una existencia ideal, idealizada o espiritual y le otorga una sustantividad en términos de *Aparatos Ideológicos del Estado*. Esta tesis es utilizada en el modelo althusseriano para explicar las formas en que una clase dominante ejerce su “violencia” sobre otras clases y perpetúa una relaciones “útiles” para su sostenimiento a través de superestructuras – en el sentido marxista del término – que esculpen e inculcan en el plano de la conciencia una determinada forma de orden social.<sup>24</sup>

Para Althusser los AIE, a saber, familia, escuela, iglesia, sistemas de difusión de la información y el conocimiento, sistema institucional (jurídico, sindical, político), etc., por medio de dispositivos menos manifiestos que los explícitamente coercitivos del Estado – que funcionan desde la violencia –, logrará la sobrevivencia de los mecanismos de “despotismo” establecidos y un aparente consenso social a los valores o formas “conductualmente” correctas. Se establece así un consentimiento o especie de resignación a reglas morales, cívicas y profesionales, y se enseña que son éstas,

---

<sup>24</sup> El modelo de manipulación de las conciencias está presente, aunque de diferente modo también en los modelos teóricos de Maquiavelo (1513) y Tomas Moro (1516). En sus respectivas obras cumbres – el Príncipe y Utopía – ambos desarrollan sistemas que explican los procesos de dominación social a través de la manipulación del imaginario colectivo, pero con una marcada diferencia en cuanto al juicio del sentido que cobra su naturaleza política. En efecto, si para Maquiavelo el objetivo último es el logro de un perfecto equilibrio de visibilidad / invisibilidad de los mecanismos de poder a través de una representación del mundo engañosa; Moro argumenta la necesaria sujeción de un imaginario manipulado a favor de una colectividad social.

exclusivamente, las capaces de mantener los lazos sociales y sin las cuales el sistema se fracturaría. Los AIE funcionan como instrumentos desde los cuales se hace ver que es una forma de ver el mundo – una forma ideológica que coincide con el sistema dominante – la válida, necesaria y suficiente para lograr el progreso y desarrollo social del cual “todos son beneficiarios”.

### **1.03 El Interaccionismo Simbólico de George Mead**

Uno de los modelos subyacentes en la teoría de las Representaciones Sociales es el conocido como interaccionismo simbólico, cuyo máximo representante es el conductista estadounidense George H. Mead. Para los efectos de éste estudio tomaremos como base bibliográfica la obra *Mind, Self and Society* (1937), al ser una sistematización de las ideas más importantes de George H. Mead a partir de notas de clases de algunos estudiantes que participaran en el curso que este ofreciera en la Universidad de Chicago, y ciertos escritos inéditos del mismo. El problema esencial que se trata de dilucidar en esta obra – y que evidentemente estuvo dentro de la intención de Mead a lo largo de toda su vida profesional – es la de resolver la falsa antinomia entre individuo y sociedad como entidades separadas y en el peor de los casos excluyentes, que en muchos casos llevó a la formulación de la pregunta de la prioridad de una con respecto a la otra.<sup>25</sup> Para ello se parte de un análisis en torno al conductismo de su tiempo haciendo crítica a la teoría de John B. Watson.

El problema fundamental del conductismo watsoniano es de carácter metodológico. Su cierta apología a los métodos de las ciencias naturales

---

<sup>25</sup> “Tanto los nominalistas, que sostenían la inexistencia de la sociedad como entidad real y el predominio y la prioridad lógica y psicológica del individuo sobre el grupo, como sus oponentes los realistas, que afirmaban la realidad sustancial y trascendente de la sociedad respecto a sus miembros individuales, fundábase sobre la radical antinomia entre ambos términos;(...)” (1937)

(sobre todo de la biología animal y la teoría de los estímulos condicionados) le llevaron a obviar los procesos introspectivos propios del ser humano. La experiencia del individuo podía ser explicada mediante la observación directa de la conducta en su expresión exterior – de hecho para Watson las experiencias de orden privado parecen no existir, como si le vaciara de una conciencia e incluso de una experiencia subjetiva.

En oposición a ello Mead considera que el acto externo y por tanto, observable, es sólo la conclusión de un proceso que tiene su inicio en el interior del individuo. Resulta necesario, entonces, reorganizar el programa del conductismo para de tal manera incluir el campo no externo de la conducta y por tanto no observable por los demás. Esta sería la única forma de explicar la conducta de un individuo consciente. ¿Cómo explicarse, no obstante, las experiencias privadas del individuo que son en última instancia sólo accesibles a su propia experiencia? ¿Cómo correlacionar el mundo común a aquel que es peculiar al individuo? Para ello es necesario, según Mead, partir del hecho de que el todo – en este caso la sociedad – es anterior a las partes – el individuo – y no a la inversa; y que la parte únicamente puede ser expresada en términos del todo, y no el todo en términos de la parte. La experiencia por tanto sólo puede ser explicada en el sentido de las condiciones en las cuales surge. “Lo que es accesible sólo para ese individuo, lo que ocurre sólo en el campo de su vida interior, debe ser explicado en su relación con la situación dentro de la cual se lleva a cabo” (1937: 77).

Para Mead, el análisis conductista debe explicar la existencia del espíritu en términos de comunicación, esto es, en términos de conversación de gestos o símbolos significantes. El gesto tiene la función de hacer posible la adaptación de los distintos individuos que se ven “involucrados en cualquier acto social dado, con referencia al objeto u objetos con que dicho acto está

relacionado"(1937: 89). La reacción que un organismo establece frente a un gesto involucrado dentro de la estructura de cualquier acto social es a lo que se le denomina *significación de ese gesto* y este es significativo en tanto sea consciente de sí. Cuando este gesto alcanza la categoría de *ser consciente o significativo*, cuando implica la representación de una idea y es capaz de provocar de manera implícita en el individuo que lo efectúa, reacciones similares a las que provoca explícitamente en el(los) individuo(s) a los cuales se dirige, hablamos entonces de *lenguaje* y es este el mecanismo de adaptación más efectivo dentro del acto social. "La importancia crítica del lenguaje en el desarrollo de la experiencia reside en este hecho de que el estímulo pueda reaccionar sobre el individuo que habla, del mismo modo que reacciona sobre otro" (1937: 108). El surgimiento de un símbolo significativo está determinado por el proceso social en el que ello sucede y presupone un sistema de significaciones comunes o sociales. Esto ocurre cuando un individuo condensa todo el conjunto de actitudes particulares en uno solo y es a lo que Mead llama el *otro generalizado*.

Toda persona surge en el proceso de la experiencia. El cuerpo puede tener su existencia independientemente de la persona, pero sólo puede hablarse de persona en tanto objeto para sí. Esta conciencia de sí se explica por la adopción hacia sí mismo del *otro generalizado* y es éste en última instancia el que brinda al individuo su unidad como persona. "Una persona es una personalidad porque pertenece a una comunidad, porque incorpora la institución de dicha comunidad a su propia conducta" (1937: 191) y es este un proceso que es posible a través del empleo del lenguaje. Mead reconoce la necesidad de la existencia de una estructura común, una serie de actitudes organizadas de los otros, cuyo límite entre ello y la propia persona no puede ser fijado, en tanto uno y otra participan como tales en una experiencia común.

La adopción de esta serie de actitudes organizadas, es a lo que Mead define como “mí”. La reacción del organismo a las actitudes de los otros, constituye el “yo”; y esa adaptación consciente se convierte entonces en parte de todo el proceso social y torna posible una sociedad más altamente organizada.

La persona no es más que un proceso de internalización a la experiencia del individuo, del proceso social. De esta manera *no pueden presuponerse individuos anteriores a la sociedad*, sino que los individuos existen porque están llevando a cabo un proceso social; o, dicho de otra manera, en tanto se encuentran participando en un proceso de interacción social. Esta es la razón además por la cual no puede hablarse de símbolos independientemente de su significación. “Lo que el ser humano ha logrado hacer es organizar la reacción a cierto símbolo que forma parte del acto social de modo que adopta la actitud de la otra persona que coopera con él” (1937: 216).

“La persona, en cuanto tal, es lo que hace posible la sociedad distintamente humana” (1937: 263) y diferenciada de otras formas de organización animal. Por otra parte, las instituciones se definen como formas organizadas de actividad social y su esencia radica en las reacciones que frente a situaciones particulares se adoptan comúnmente en una comunidad determinada. Su función es lograr que los individuos pertenecientes a dicha comunidad puedan adoptar conductas adecuadas al incorporar la “actitud de los otros hacia dichas actividades”. Las instituciones sociales tienen para Mead una condición de necesidad con relación a la existencia de personas y personalidades individuales en grado pleno de madurez. Sin la existencia de las primeras es imposible explicar las segundas en tanto estas últimas son tales porque reflejan y aprehenden en su experiencia individual las actitudes y actividades sociales que las instituciones sociales corporizan o representan.



Este proceso de incorporación de las formas organizadas de reacción es lo que constituye la educación. Mead se adelanta a aclarar que dichas formas organizadas de actividad no son normativas fijas sino que más bien pautan la conducta, dando al mismo tiempo un margen a la creatividad. En otro orden Mead explica que la familia es la base de la organización social humana y tiene como función esencial la de reproducir y conservar la especie. El desarrollo de esta es lo que hace posible la formación de otras organizaciones humanas más amplias como el clan o el Estado. Para Mead son las más simples relaciones sociofisiológicas, esto es, las que son resultado de la diferenciación entre los sexos y las generadas por las interacciones padre hijo, la base sobre la cual se origina la sociedad humana.

El principio básico de la organización humana es el de la comunicación. La sociedad para Mead se constituye a partir de una serie de reacciones organizadas frente a situaciones o estímulos en los que puede verse involucrado el individuo en circunstancias determinadas. Sólo en la medida que dicho individuo logre aprehender dichas reacciones organizadas y sea capaz de provocar a través del símbolo de la reacción social – esto es, el lenguaje – puede entonces considerarse que lleva en sí un espíritu que a su vez sólo puede conformarse en su relación interactiva con la comunidad a la cual pertenece.

#### **1.04 Emile Durkheim. Las representaciones colectivas**

Emile Durkheim<sup>26</sup> desarrolla una amplia teoría sobre la trascendencia de lo ideal en la naturaleza de las sociedades. En sus inicios, el concepto de

---

<sup>26</sup> El fundador de la teoría de las Representaciones Sociales, reconoce cuatro sistemas teóricos desde los cuales le fue posible construir dicha teoría: Emile Durkheim y su concepto de representaciones colectivas; Lucien Lévy-Bruhl y su estudio sobre las funciones mentales en sociedades primitivas; Jean Piaget y sus estudios sobre la representación del mundo en niños y niñas; y las teorías de

*hecho social* otorga a la sociología un objeto de estudio hasta el momento escurridizo y basado en el estrecho positivismo comteano sumergido en la marisma de una ontología del método de las ciencias naturales poco eficaz para la comprensión de la vida social.

En Durkheim el concepto de representaciones colectivas se enuncia como una forma específica de pensamiento cuya existencia hace posible el funcionamiento del edificio social. Dichas representaciones explican la necesaria externalización de *lo social* y su estructura de coacción frente al sujeto individual, no con la rigidez de un orden molecular, sino partiendo de un tácito acuerdo social tras el cual se conjuga “un prestigio” que inviste a formas específicas de dichas representaciones. En efecto, las representaciones colectivas están nítidamente diferenciadas de las individuales y las primeras no son concebidas como simple suma de las segundas, sino que forman en sí un conjunto con una naturaleza, dinámica y leyes propias, no reducible a la psicología individual. De ello se deriva la objetividad de lo social con independencia de lo individual, con peculiaridades taxativas y típicas, en la que las partes dejan de ser tales para convertirse en un *algo* – hiper-espiritualidad diría Durkheim – diferenciado y constitutivo de la misma individualidad de la cual es forjada. Lo espiritual individual está entonces contenido en la vida social, pero potenciado y elevado a niveles de complejidad superiores reveladores de la necesidad de una nueva ciencia capaz de descubrir las fuerzas actuantes en su interior.

El desarrollo más amplio sobre la importancia de las representaciones colectivas la encontramos en su estudio sobre las religiones (Durkheim, 1912). Toda sociedad necesita una representación de sí misma: es este el

---

Sigmund Freud sobre la sexualidad infantil. En la presente investigación desarrollamos el primer sistema, por ser el más fuertemente vinculado a esta teoría y el resto sólo lo tomaremos como referencia en los puntos que así sean necesarios. Hemos preferido otorgar más espacio a otras fuentes teóricas cuyo desarrollo es obviado en otras investigaciones.

fundamento de las representaciones colectivas en general y de las representaciones religiosas en particular. En efecto, el reconocido por muchos como verdadero fundador de la sociología, le concede a la religión una función esencial para la integración simbólica de la sociedad. No es concebible una sociedad sin un elemento de comunión, tal como la garantizan los sistemas de creencias religiosas, ni es posible comprender la existencia de éstas si no es en el contexto de un sistema social concreto. La religión manifiesta la posibilidad de comulgar en prácticas comunes cuyo resultado permite un orden en el cual cada individuo se siente y aparece como parte constitutivo de la totalidad simbólica, lo que a su vez hace posible su integración y construcción identitaria.

La desestructuración de las formas religiosas en la sociedad explicaría la adopción de nuevos universos simbólicos como referentes ideales comunes capaces de cimentar una identidad social. La sociedad, afirma Durkheim, necesita revalidar y sostener los “sentimientos” que le proveen de unidad y personalidad propias. No existe, por tanto, una relación de antagonismo excluyente entre una supuesta sociedad real y una ideal, sino que la una forma parte de la otra al constituirse como tal a partir de los actos que realizan los individuos en un territorio determinado y por las formas en que dichos actos, territorios e individuos son pensados. Dicho de otra manera, toda sociedad se define ante todo por la idea que tiene de sí misma. El conflicto se explica entonces por las divergencias entre ideas diferentes, entre el dogma de la tradición representado en un pasado establecido y la transgresión de la tradición de un futuro por constituirse.

Para Durkheim no existen representaciones colectivas falsas y/o verdaderas, como tampoco es pertinente pensar las religiones desde una binariedad de este tipo. Ante el desconcierto al que puede verse sometido el no iniciado cuando se enfrenta a creencias y prácticas religiosas, lo que debe

prevalecer es la interpretación de la realidad simbolizada en tanto significaciones verdaderas o verosimilitudes impregnadas de una necesidad social, escondida tras la más que probable inexactitud de las justificaciones “racionales” sobre las que se basa un rito. Lo que debe importar, en cualquier caso, es su génesis histórica y su especificidad social.

Partiendo de una crítica al modelo racionalista y positivista donde la religión es vista como forma de irrealidad, falsa representación del mundo o noción precientífica<sup>27</sup>, Durkheim establece la necesidad de entender el imaginario desde su eficacia y funcionalidad dentro de cada contexto social. Su objetivo es trasladar la problemática de verdad / falsedad a un modelo en el cual el pensamiento científico y religioso tienen realidades propias, funciones distintas y estructuras diferenciadas, pero en ningún caso excluyentes, tal como nos intenta hacer ver las formas positivistas y empiristas. La ciencia no niega, ni puede negar la religión pues esta es ya en sí una realidad, es decir, existe. La religión no puede continuar ofreciendo en el campo especulativo dogmas de interpretación del mundo, o más bien fórmulas para demostrar su verdad partiendo de un estatuto empirista que pertenece a la ciencia; pero ésta última no puede negar la religión como acción humana cuya parvedad dejaría sin fundamento la explicación sobre las formas de cohesión y prácticas sociales.

Esta idea nos recuerda la función de la *imaginación* en Spinoza el cual del mismo modo observa una ambigüedad entre una concepción negativa y una necesaria para evitar el caos o desorden social. Spinoza, tras demostrar la existencia de Dios y derivar de éste todas las cosas singulares o modos finitos entiende que sólo los atributos de extensión y pensamiento son accesibles al conocimiento humano. Si entendemos por sustancia aquello que es suficiente en sí mismo, sin otra causa que sí misma, deberá pues

---

<sup>27</sup> Tal es el caso del modelo de los tres estadios de Augusto Comte.

existir una sustancia única: Dios. Dios tiene infinitos atributos y todo lo que existe es Dios o uno de sus atributos

Estos procesos de interacción son también y sobre todo procesos de interacción comunicativa y es por ello que es a través del lenguaje que podemos tener una dimensión más exacta de la manera en que las representaciones se constituyen y se expresan, marcando las prácticas de los grupos y los individuos frente a situaciones o fenómenos de la realidad – su realidad – convertirse en los moldes para su interpretación. Aquí entramos también en el debate de las representaciones como cadenas opresoras de la cual el individuo parece estar irremediabilmente sometido. Hablamos de la ideología como elemento de sometimiento del grupo sobre el individuo, de un grupo sobre otro grupo – una clase sobre otra diría el Marx.

Trasladado a una gnoseología general, las representaciones, en tanto colectivas “traducen por ello, antes que nada, estados de la colectividad” (Durkheim, 1912:14). No son, por tanto, independientes de la morfología social, ni de la manera en que se instituyen la moral, la religión, o la arquitectura económica. Así las formas taxonómicas desde la que se traduce el mundo dependen, por su naturaleza misma, del contexto social en el que se configura y no pueden ser considerados como fruto de un proceso espontáneo de la razón sino de procesos más complejos en la que participan multitud de variables. No existe un modelo “natural” como referente a la clasificación del mundo sensorial. El problema estribaría entonces en dónde hallarlo y, en este punto, Durkheim, asimila la noción de imposibilidad de concebir un conocimiento fuera del recorrido histórico y dota al lenguaje y al sistema de conceptos de la capacidad de traducir la forma en que la colectividad concibe los objetos de la experiencia.

No obstante, las representaciones colectivas, no pueden relacionarse de manera irreductible a un fatalismo anexo a una realidad material o relaciones

productivas, pues aunque en su génesis mantienen un estrecho vínculo con las condiciones sociohistóricas concretas, en el concepto durkheniano, éstas pueden llegar a estar dotadas de una autonomía e independencias tales que les permite combinarse y reproducir sin un necesario correlato en la vida material ni tan siquiera en una utilidad o praxis forzosa.

En Durkheim se marca una diferencia, en cuanto a su naturaleza, del aspecto colectivo e individual de la representación. Es evidente que la adjetivación de colectivo, refiere a común, a un concepto construido en comunidad, sin una marca de conocimiento particular, sino como punto de encuentro en el que todos los sujetos construyen una única forma trascendental de entendimiento de la cual a su vez se alimentan. Esta forma trascendental no es una suma aleatoria e inconexa de individualidades, sino una entidad independiente con una estabilidad superior a las representaciones particulares al tener una menor sensibilidad a los cambios del ambiente y que en el ámbito individual pudiera producirse. La intervención de la colectividad hace de su marco representacional un elemento impositivo a las acciones, pensamientos y voluntades individuales.

Así mismo, Durkheim destaca la importancia del lenguaje como vehículo de expresión de los conceptos que a su vez son el producto de una elaboración colectiva. Dado este carácter y al ser la lengua el modo en que una sociedad hace visible y comunicable los hechos y objetos integrantes de su experiencia colectiva, puede sostenerse que los elementos constitutivos del vocabulario y las formas conectivas de sus elementos expresadas en la gramática son en sí mismos representaciones colectivas. El pensamiento conceptual, por tanto, no puede reducirse a ideas generales. La importancia de esta forma cognoscitiva radica precisamente en el hecho de contener no sólo la particularidad de un conocimiento adquirido a través de las sensaciones individuales, sino que ésta es traducida y por tanto transfigurada

con el saber socialmente acumulado y sedimentado a lo largo del tiempo. Cada sociedad tiene su sistema particular sobre el que están ordenados los conceptos, por lo que el proceso de aprehensión de lo real, no es sólo la elevación hacia ideas generales y nociones abstractas de lo que nos penetra a través de las sensaciones, sino ubicarlos dentro de dicho sistema otorgándole sentido en el conjunto de la imagen general del mundo.

El reino de la verdad al que se refería Platón, parece resurgir, no en el sentido mitológico e imaginativo del hombre de la caverna, pero sí como estructura supraindividual de nociones-tipos a partir de los cuales no le queda al sujeto otra opción que hacer concordantes sus nociones particulares y del cual ciertamente es participe en su construcción como entidad individual, pero que le es impuesto como una fuerza externa a sí mismo. Lo que se produce es una yuxtaposición de las diferentes formas individuales de conciencia hacia una morfología ética que deviene núcleo de lo social con naturaleza única y autónoma. Estas estructuras o nociones-tipos que conforman las representaciones colectivas son inherentes a la existencia misma de la sociedad y es la base sobre la que se objetivan las prácticas sociales. Si ésta existe es porque hay un “algo” fuera de las inteligencias particulares, con una dinámica y orden independiente.

Ante la crítica que pudiera achacársele sobre una noción de concepto reducido a una funcionalidad de concordancia de inteligencias individuales ignorando una necesaria primacía de una correlación del concepto con la “cosa” o realidad física, Durkheim se defiende alegando que “el concepto que, primitivamente, se considera verdadero porque es colectivo, tiende a hacerse colectivo sólo con la condición de considerarse verdadero: le pedimos sus títulos antes de acordarle nuestro crédito” (1912). Los conceptos que utilizamos cotidianamente y que tomamos del sistema de palabras que constituye el vocabulario común, parten de una experiencia compartida pero

sin que estos hayan sido sometidos a una metódica previa o revisión crítica, tal como sucede con aquellos con los que se trabaja en el pensamiento teórico y en el lenguaje de la ciencia.

La condición de objetividad se traslada aquí, no a un correlato con el objeto concreto sino como consenso colectivo basado en una experiencia ancestral y que la sola permanencia en el tiempo ya garantiza una objetividad suficiente. Un desacuerdo con la naturaleza, afirma, no hubiese permitido una estabilidad en tanto modelo de traducción de la realidad. Es cierto que una representación colectiva es sometida a una verificación constante de los sujetos que la comparten, pero el matiz que a esta afirmación podríamos agregarle es el hecho de que en el campo del pensamiento cotidiano y de los conceptos que en él se utilizan, la “realidad” suele ser adaptada por parte de la colectividad y de los individuos que a ella pertenecen, a la representaciones que sobre esa realidad ya se tiene. En ello radica precisamente la estabilidad de las representaciones colectiva, en las cuales la representatividad estadística de aquellos sucesos que desmiente al saber popular tiene escaso éxito frente a los acontecimientos que vienen a reafirmarlo aunque sean estos singulares. En el campo del pensamiento cotidiano, lo significativo siempre triunfa sobre lo representativo.

La verdad a descubrir no es entonces, la de la perfecta correlación entre símbolo y objeto simbolizado, en tanto el símbolo aunque esté metódicamente construido como puede ser en el caso de los utilizados en la ciencia no necesariamente se constituye como creíble y por tanto aceptado por la comunidad como el “objetivamente adecuado” para representar todas las connotaciones del objeto o hecho al que hace referencia. Lo que en definitiva parece ser más productivo es, tras descubrir el concepto, determinar la hermenéutica desde la cual él mismo se legitima con autoridad suficiente para, por extraño que pueda parecer para el observador externo,



convertirse en parte de la verdad colectiva, más allá de su correlato con la realidad natural.

La funcionalidad de las representaciones colectivas parte de la posibilidad misma del conocimiento por su facultad de permitir la comunicación y vinculación de los sujetos con su mundo. Uno de los caracteres más distintivos de dicha dimensión cognitiva estriba en la inmediata necesidad clasificatoria de los individuos como condición primaria del proceso interactivo del individuo con su entorno, y en definitiva la forma en que se representa el mundo en el que vive. Los procesos taxonómicos explican las disímiles representaciones que sobre el mismo objeto o hecho pueden existir en función de las experiencias individuales y colectivas que en relación con el objeto o hecho pudieran ocurrir en espacios y momentos particulares. Las distintas representaciones que sobre la ciencia, la política, o la familia pudieran existir siempre lo hacen en el marco de un modelo clasificatorio que convierte el concepto subjetivo, en un mapa objetivo de la realidad representada.

Volviendo a distinción entre representaciones individuales y colectivas, cabe destacar la distinción que Durkheim le otorga a las segundas como objeto distintivo de la sociología frente a la psicología, haciendo un paralelismo entre la que existe entre la biología y la psicología. La razón fundamental es la ya citada autonomía que se le otorga a las representaciones colectivas y a su condición de ser resultado de las combinaciones de las individuales que se producen en los procesos de interacción social. Junto a esta diferenciación y de alguna manera partiendo de ella, el autor ofrece una segunda, en la cual se destaca el carácter de una representación dependiendo de si ésta es resultado de las sensaciones o de combinaciones posteriores creadas por la propia condición de soberanía que adquieren respecto a las sensaciones, y que denomina conceptuales. La

relación entre ambas, la establece como un continuo en el que a las sensibles se le otorga el carácter primario de la representación y es a partir de éstas que pueden generarse las segundas.

Durkheim llama a las sensaciones “el primer fondo de la conciencia individual” y su origen los coloca en el cerebro y en los órganos de los sentidos; pero desde el momento en que existen, su orden está dominado por leyes no explicables suficientemente por la fisiología. De las sensaciones se crean imágenes que a su vez, en procesos de agrupación y combinación, evolucionan hacia modelos más generales e independientes de la génesis sensorial inicial y se convierten en conceptos. Estos procesos de intermediación, agregan capas a la imagen primigenia, que termina por alejarla de la base orgánica de la que es fruto. Este triple nivel de constitución de las representaciones – sensaciones, imágenes y conceptos – y su dinámica de continuo en el que la una sucede a la otra, podría llevar a pensar en la imposibilidad de su uso sino existe asimismo una facultad que permita distinguirlos (Nocera P., 2009).

Durkheim se adelanta en advertir que dicha división es producto de una abstracción que recurre a ella para facilitar el entendimiento de un proceso complejo pero que en la realidad no es divisible y partiendo de ello, observa, que son precisamente las palabras las que nos permiten otorgarle a los productos de la abstracción una inmovilidad que las hace distinguibles y operativas. Esta distinción es la que a partir de la lógica clasificatoria, se expresa en el *concepto* a través de la palabra y sin la cual la comunicación no sería posible, en tanto es la manera sobre la cual se establece un acuerdo social sobre el significado y sentido de los hechos u objetos del entorno.

De tal manera, las representaciones colectivas funcionan desde y para la clasificación de la realidad y es en su dimensión conceptual que se transfiguran en sociales. La sociedad es, en tanto lo es en su dimensión

comunicativa. Las inteligencias individuales sólo pueden comunicar sus estados internos utilizando los recursos lingüísticos y semióticos ofrecidos en un marco de consenso tácito, compartido por el conjunto de conciencias y que a su vez son las formas objetivas sobre las que se expresan los conceptos. Es ésta la razón por la cual las representaciones colectivas tienen, necesariamente, un origen social y perduran con cierta estabilidad en el tiempo.

Los conceptos son en definitiva una reducción de la compleja realidad y el que sean perdurables y estables en el tiempo sólo es posible si existe cierta imposición al caos sobre el que se sedimentan las imágenes y las sensaciones. La conciencia colectiva organiza, ordena y clasifica los estándares sobre los que se constituyen las representaciones conceptuales cuya estructuración es la que hace posible el epítome de la pluralidad y vaguedad en las combinaciones y asociaciones de las representaciones individuales.

### **1.05 Las Representaciones Sociales**

La teoría de las representaciones sociales tiene como objeto el poner de manifiesto la existencia de estructuras mentales generadas por grupos, culturas o sociedades a partir de la conceptualización de objetos materiales o simbólicos, hechos históricos y prácticas y acciones sociales. Busca además reconocer la forma en que dichos grupos se constituyen a partir de dicha construcción simbólica, y se observan a sí mismos partiendo del sistema representacional que les es constitutivo, facilitando al mismo tiempo un proceso de diferenciación hacia el interior del grupo y en relación con otros.

Una representación social forma parte de un sistema ordenado de carácter holístico en el que se conjugan ideas, costumbres, imágenes y actitudes, y siempre está dirigido a objetos o hechos sociales que son

relevantes para el conjunto de individuos que comparten un capital simbólico. Es por ello que para cada objeto, pueden existir varias representaciones, pues éstas dependerán del ángulo desde el que sea observado desde la estructura social, los modelos ideológicos dominantes y las formas de legitimidad socioinstitucional y de poder. Los distintos “moldes” que constituyen las representaciones sociales, explican las divergencias en los modelos de interpretación de la realidad, visiones en muchos casos contrapuestas y cismáticas de distintos grupos en relación a un mismo objeto.

#### *1.05.1 Fundamentos*

Son – las representaciones – productos y procesos que gozan de la autoridad de legitimación explicativa de la realidad en un relación dialéctica con ésta, y entre un estado de inmutabilidad y dinamismo, homogeneidad y diversidad, y con capacidad de objetivar las definiciones de los sujetos en tanto marcos de aprehensión eficaz de lo social y esquemas de interpretación de las acción de los individuos. Como ya habíamos apuntado, en el programa teórico de Durkheim, la mente es un sistema, y como tal es que puede ser comprendido el funcionamiento de una representación. Dicho sistema está constituido por estados subjetivos, organizados en la historia del sujeto pensante y siempre en constante tensión entre un pasado constitutivo y estable y un presente que se debate entre la tradición y la trasgresión.

Es, también, en la integración y coexistencia entre pasado y presente que una representación permanece y se despliega. En la teoría de las representaciones sociales este aspecto se hace patente en su condición de ser sincrónicamente estático y dinámico en el tiempo. Ello hace posible aproximarse al objeto desde un concepto que, dado su estado de fijeza dentro del sistema de subjetividades hegemónicas, nos ofrece las

herramientas para comprenderlo y ubicarlo dentro del resto del conjunto de representaciones, y al mismo tiempo posibilita procesos de modificación al adaptar y reinterpretar, el sujeto individual o colectivo, dicho concepto a su propio sistema o modelo sensorial y de sentido.

Para entender las dinámicas sociales y los procesos de interacción social es insoslayable identificar *el imago mundis* que los grupos utilizan para posicionarse ante el objeto y actuar en consecuencia. Las prácticas sociales son premisa y resultado de los procesos de construcción de las representaciones sociales. Según Abric (2001) cuando un sujeto ofrece una opinión o responde de una manera determinada ante un objeto o situación específica, no sólo está creando una realidad subjetiva distinta en cuanto a su naturaleza del hecho objetivo, sino que de cierta manera está reconstruyendo dicho objeto, lo constituye y lo determina. La recomposición se realiza de tal manera que el objeto es comprensible dentro del marco evaluativo utilizado por el conjunto social o el individuo mismo. Dicho de otra manera, el objeto no existe por sí mismo sino que lo es para y en dependencia con el sujeto perceptor y son los elementos mediadores en la relación sujeto-objeto los que determinan el objeto.

En este punto, se vuelve al reduccionismo de hacer inclinar la balanza hacia la construcción de la realidad del objeto, haciendo de éste un ente pasivo del proceso de interacción entre realidad y pensamiento. Si desde el materialismo clásico, el sujeto es pasivo frente al objeto, en ciertos aspectos, la teoría de las representaciones sociales, convierte al sujeto en garante determinativo de lo real, cayendo así en el determinismo que critica. La relación sujeto-objeto, no hace existir al objeto, sino que lo reconstruye desde un sistema de representaciones subjetivas que el otorga un sentido específico y que necesariamente explica y conduce a prácticas sociales determinadas por dicho sistema. Pero esta misma relación condiciona la

propia subjetividad, es decir, si concordamos en que la relación que se establece no puede entenderse sino es su sentido dialéctico, ambos polos se configuran como partes de un único sistema en el cual el objeto y su representación se condicionan y determinan en y a través de los procesos interactivos y sobre todo dentro de un unidad contradictoria.

En este sentido, lo que no debe confundirse es el objeto y su representación. Si tal como decía Kant, el objeto en sí es incognoscible por los límites de la razón, y, en todo caso, podríamos sólo acceder al fenómeno, la subjetividad nos devuelve una representación fenoménica del objeto. La representación se constituye *en sí*, pero siempre en un *para* alguien – gramaticalmente diríamos en tanto complemento indirecto – y en este proceso los elementos mediadores a los que hacemos referencia lo constituyen los lazos o vínculos sociales. Es por ello que una representación tiene siempre un carácter social, aunque se exprese en la individualidad por que el individuo no existe, si no lo es en tanto formando parte del conjunto social.

El sujeto también es construido por el objeto. La *realidad objetiva* – afirma Abric – no existe como elemento *a priori* sino como realidad representada o aprehendida por el sujeto o el grupo, que lo hace ubicándola en su “sistema cognitivo, integrada en su sistema de valores que depende de su historia y del contexto social e ideológico que le circunda”. Ésta, y no otra sería la realidad misma, *para* el grupo. Lo que olvida Abric, es que si *a priori*, no existe la realidad objetiva, tampoco podría establecerse una existencia *a priori* de su representación y que la dependencia de la realidad a los sistemas cognitivos, y contextos sociales e ideológico es, en sí misma, un forma de construcción social de la realidad. La historia no es sólo el despliegue de lo subjetivo o de las re-construcciones representacionales; es también el

acaecer de hechos objetivamente existentes y producto de la base material de la sociedad.

La objetividad en la historia, puede ser cuestionada en tanto la narración discursiva está permeada de la subjetividad colectiva que la interpreta, pero no es esta subjetividad la que determina el hecho acaecido sino que desde ella y desde las prácticas sociales – también en su condición de materialidad – se ofrecen como elementos de reconstrucción de la propia realidad. Si la representación es estado y proceso, lo es no porque exista como elemento apriorístico y realidad única constitutiva del objeto, sino porque sujeto y objeto caminan de la mano complementándose sin ser, la una simple reflejo de la otra, ni la otra humo o sombra platónica de una idealidad perfecta.

Cuando nos referimos a representación lo hacemos atendiendo a una imagen holística tanto del objeto como del sujeto, no solo por no ser copia fiel, reflejo o refracción de la realidad, sino por constituirse como eje organizativo significativo de ésta. Continuando con el texto de Abric, dicho orden significativo es resultado de principios que llama contingentes, circunstanciales o del contexto inmediato; y de naturalezas más generales que van más allá de la finalidad manifiesta de la situación de la que se trate, esto es, el contexto socioeconómico, el marco ideológico, ubicación del sujeto en la estructura social, experiencia histórica individual y colectiva.

Se insiste en todos los estudios sobre representaciones sociales, que constituyen éstas una forma de conocimiento específico y una forma de pensamiento social y que se define como el saber de sentido común. Ello significa que va más allá de un simple estado de opinión sobre un objeto o hecho y que tampoco es reductible a imágenes o actitudes sino que son un corpus subjetivo organizado constituido como sistema ontológico de reconocimiento, clasificación y ordenamiento de la realidad. Como sistema no sólo recoge los aspectos cognoscitivos, sino también elemento valorativos

con implicaciones afectivas y prácticas conductuales capaces de hacer inteligible y manejable, al sujeto representacional, su realidad y la compartida por otros miembros del entorno. Ello es y hace posible la comunicación intergrupala e interpretar la historia personal y la del conjunto de la sociedad.

Es por ello que la afirmación de representaciones sociales como “conocimiento científico vulgarizado”, no es del todo adecuada, aunque ciertamente Moscovici inició el curso de su investigación por intentar comprender la manera en que era aprehendida y reproducida la teoría psicoanalítica y que de hecho en su propia definición la opone al pensamiento científico. Esta forma de nominación puede conducirnos a percibir las representaciones sociales como un conocimiento menor, un “subconocimiento”, en el que el sumo científico viene a ser corroído en el cosmos mundano de lo cotidiano. Tal oposición parece conducirnos al mismo problema que señalara Durkheim<sup>28</sup>, de intentar comparar el pensamiento religioso con el científico o racional, otorgándole al primero un carácter de falsedad y al segundo la legitimación de la verdad en su correlación con el mundo objetivo.

A fin de cuentas, el propio conocimiento científico se mueve en el campo de los paradigmas, ya explicado por Thomas Kuhn (1962), que no dejan de ser, en sí, estructuras similares a las que describe la teoría de las representaciones sociales. Tal como señalaba el autor de *La estructura de las revoluciones científicas*, en el ámbito de la ciencia también existen sistemas de creencias *a priori* cuyo enraizamiento en la comunidad científica dibuja las prácticas reales de esa especie de “cofradía” de especialistas que comparte el capital simbólico en su perímetro específico de actividad. De esta manera llegan a convertirse en reglas o modelos ya no sólo para dar respuesta a problemas planteados en el campo de la investigación sino en la

---

<sup>28</sup> V. epig 1.04 (*supra*).



manera misma en que las propias preguntas son planteadas. Esta “matriz disciplinaria” se resume en la posesión común de quienes practican una disciplina particular y el carácter ordenado de dichas prácticas.

Ello tiene notables implicaciones epistemológicas. El “paradigma kuhniano” no es más que un sistema de representaciones sociales – y por tanto compartidas – cuya función es similar a la que tiene en su acepción de conocimiento de sentido común, a saber, servir de referente y legitimación de las prácticas humanas y hacer accesible el núcleo central de una teoría. La diferencia estriba en que la función legitimadora se hace explícita en un sistema metodológico, diligentemente construido, para no dejar margen a la “especulación” y aparente trayectoria errática, característico del pensamiento cotidiano.

No es, por tanto, lo científico, un conocimiento ajeno, separado por su estructura “cultura” o empotrado en una urna donde lo ideológico es subsumido en pro de un acercamiento absoluto a lo real. Tampoco son las representaciones sociales una simple traducción de un único conocimiento válido – el científico –. Éstas beben del conjunto de informaciones que se generan y transmiten de cualesquiera de los canales de “distribución” del conocimiento, pero son ellas, al mismo tiempo parte de las formas en que dicha información es reproducida, incluida aquella que entra dentro del plano científico.

Esto no implica que no exista una distinción entre el plano puramente ideológico y el pensamiento científico. Althusser (1978) citando a Spinoza concluye que solo desde la ciencia puede verificarse la verdad de un concepto y su utilización dentro del marco propio de la ciencia y del pensamiento cotidiano, pero es imposible hacerlo de la manera inversa. El pensamiento científico es autocomprendible y autointeligible, por lo que es

capaz de evaluarse tanto a sí mismo como a cualquier otra forma de pensamiento.

En la definición que ofrece Flament (1994), se entiende como representación social a un “conjunto organizado de cogniciones relativas a un objeto, compartidas por los miembros de una población homogénea en relación con ese objeto”. Abric<sup>29</sup> llama la atención sobre la riqueza etimológica del término “cogniciones”. En efecto, el concepto nos remite a fenómenos disímiles cuyo acercamiento teórico suele hacerse de manera aislada como son los casos de los componentes informativos, de ideología, costumbres, creencias, hábitos, opiniones, percepciones, imágenes, etcétera. La propuesta es reducir dicha heterogeneidad dimensional a sólo dos: prescriptivas y descriptivas; a la que Abric considera necesario agregar una evaluativa y que dará cuenta de la manera en que el individuo evalúa, partiendo de una distancia afectiva, al objeto o hecho en cuestión.

Las representaciones sociales tienen un carácter constructivo de la realidad. Son por tanto dinámicos y creativos, aunque no absolutamente autónomo. Su relación con la realidad es la de simbolización e interpretación y aunque para ello necesitan superponerse a los objetos, su existencia y mantenimiento a lo largo del tiempo depende también de la dinámica misma del objeto en sí. El vínculo es por tanto dialéctico en la que la actividad constructora y expresiva se realiza a través de una relación de intercambio entre el mundo sensible – *devenir Platónico* – y la idea; entre el objeto y su representación vista como modelo que lo hace visible, comprensible y práctico.

Por ese carácter constructivo y de relación dialéctica con el objeto las representaciones sociales pueden entenderse como proceso y como resultado. En tanto proceso supone una constante transformación del objeto

---

<sup>29</sup> Citando a Jodelet

o hecho en una realidad o imagen mental colectiva. El término transformación tiene un significado en extremo importante para entender la naturaleza entre el objeto y su representación. No resulta ésta una imagen exacta del primero, sino que partiendo del objeto se origina un proceso de selección de aquellos caracteres que del mismo resultan significativos para la actividad social, pero incluso los elementos seleccionados son distorsionados en aras de ser manejables para el conjunto social en sus prácticas cotidianas. La transformación – carácter selectivo y distorsionador – depende también de la situación que dentro de la estructura social ocupen los sujetos portadores y recreadores de dicha representación, así como de las relaciones sociales establecidos entre ellos. Esto nos conduce a otra característica de la representación: su carácter relacional. Siendo una construcción social lleva implícito mecanismos de canje entre los elementos del sistema social y es en este proceso de intercambio donde se hace posible la comunicación. En tanto elemento mediador contribuye a crear, reforzar y transformar, y son en sí mismas las formas de relación establecidas entre los miembros de un grupo, entre el individuo y su referente grupal y entre los grupos entre sí.

En efecto, las representaciones sociales re-construyen la realidad en un constante refluir de información significativa en la que los grupos captan, interiorizan y afianzan los modelos culturales en una dinámica donde la adecuación a lo real es una fórmula necesaria siempre que ésta sea compatible con los intereses y las necesidades de las ideologías dominantes. El objetivo último es por ello, la recreación y reducción de la realidad en un proceso que siempre está inacabado aunque con elementos de estabilidad que la hacen útil, práctica y manejable para el individuo o grupo. La realidad social es “naturalizada” y “objetivada” incorporándola a un sistema mental racional en la que se despoja de todos los elementos anfibológicos para convertirla en un objeto simple y evidente a la percepción del sujeto.

Otra cuestión problemática tiene que ver con la “independencia” o grados de libertad dentro de la cual el sujeto individual se mueve en relación con las formas hegemónicas de representación social. En efecto, un modelo cuya máxima sea la de otorgar un culto a lo objetivo, como ha sido el caso del positivismo y el de otras teorías posteriores estrechamente vinculadas al devenir de la ciencia moderna, donde lo subjetivo y todos los procesos relacionados con el interaccionismo comunicativo son entendidos como formas de deformación de lo real o el “verdadero conocimiento”, no solo aísla la capacidad creadora de las mentalidades, sino que oculta la estructuras y procesos que desde el sujeto *significan* –dan significado y otorgan sentido – a la generación del saber.

En el mismo sentido, un paradigma de las representaciones sociales donde se enfatiza en su naturaleza inconsciente como forma de incorporarse a las mentalidades individuales orientando y guiando los procesos de vida real de los individuos no sólo desvirtúa su condición de producción social sino que encapsula la red tejida desde la multiplicidad de discursos generados por la experiencias individuales de los sujetos y con formas simbólicas y emocionales de manifestación. Vale advertir que no existe un contenido idéntico para todos los individuos, aunque el carácter compartido haga de la representación un elemento con la objetividad suficiente como para ser percibido como externos del individuo y que le otorga la facultad, como ya se ha indicado, de servir de guía, referente y sustento de la identidad individual y grupal.

Los grados de libertad de la acción individual estarían contruidos alrededor de los límites de las representaciones ya ancladas en la conciencia colectiva y es a éstas a donde irían a incorporarse las estructuras nuevas surgidas por el desarrollo y la experiencia particular de cada individuo. Dado que la historia de vida de cada individuo es necesariamente distinta, la

semántica de la transformación de dicha experiencia en representación resultará también disímil en cada individuo y es la que dentro del contexto grupal y de interacción con otros miembros del grupo que podrán reforzarse, transformarse o invertirse por completo las formas ancoradas de representación.

La fantasía y la imaginación solo pueden ser explicadas si se concibe el proceso subjetivo no sólo como una incorporación mimética de lo externo sino, además, como sistema capaz de crear, a partir de su patrimonio, realidades subjetivas nuevas y capaces de subvertir los sistemas de representación ya establecidos o anclados en la conciencia social. La función de estos procesos, así, como la del pensamiento mítico, ha sido escasamente incorporado en la literatura en torno a las representaciones sociales, siendo, desde nuestro punto de vista, uno de los elementos cruciales para comprender los procesos de estabilidad y cambio en las mentalidades y la acción social.

Las representaciones sociales, tal como indican algunos autores (González, R., 2008), tiene la cualidad de integrar sentidos dentro de un orden con niveles y jerarquías simultáneas de organización, en la que, aun habiendo formas hegemónicas de institucionalización social, no todas siguen los mismos derroteros o no son “coherentes” con éstas. La incorporación inconsciente de la representación al individuo se contradice con la necesaria reproducción del sistema, en el cual un sujeto pasivo no explicaría los cambios y procesos de revolución de las mentalidades dentro del llamado sentido común.

Ciertamente, en tanto producción social impera una adherencia involuntaria del individuo – tal es el caso de las formas más elementales del lenguaje – al conjunto representacional y desde aquí y tal como ya se ha explicado, guían y orientan la praxis de la vida cotidiana; pero existe un

espacio subjetivo en la que el conocimiento es construido y reconstruido desde las vivencia específicas y formas de expresión simbólica y emocional del sujeto<sup>30</sup>. Si las representaciones sociales son construcción humana y están indisolublemente conectadas como referentes a las prácticas sociales, estas últimas en su desarrollo espacio temporal – en el sentido kantiano – también contribuyen y determinan la estructura, organización, jerarquización y contenido de la representación.

Es precisamente en las prácticas, donde son objetivadas las representaciones y es en ellas donde logran la estabilidad necesaria para ser elementos perceptibles y significativos para los individuos<sup>31</sup>. Aunque las representaciones sociales se expresan fundamentalmente en el lenguaje y es ésta la fuente fundamental para su estudio, su diversidad de expresión y organización rebasan los límites del discurso hablado para gravarse en prácticas simbólicas desde las cuales es posible descubrir sus formas específicas de estructura y jerarquización.

La relación, por tanto, no es apriorística aunque el individuo se incorpore al sistema de representaciones y éste tenga una existencia temporal anterior a la agregación del ente individual. Es el sujeto el portador y medio a través del cual se expresan las formas hegemónicas e institucionalizadas de representación social, pero es en el campo de la interacción social – entre individuos y entre grupos – donde se “retocan” para convertirse y ser

---

<sup>30</sup> Un punto desarrollado dentro de la teoría de las representaciones sociales es la relación entre éstas y los mecanismos biológicos – neurológicos – que la sustentan. No hay que olvidar que al base material sobre la cual se generan todos los procesos cognitivos es el cerebro y sería una simpleza descartar la influencia que las estructuras neuronales – bioquímicas – tienen sobre las formas de percepción de la realidad física y como consecuencia de las representaciones de dicha realidad.

<sup>31</sup> “En este sentido, las representaciones sociales constituyen una de las “materias primas” esenciales de la cultura y pasan a ser objetivadas en los múltiples códigos, normas, valores, monumentos, organizaciones urbanas, de transporte, etc., en que la cultura se expresa y se constituye en “el mundo” de quienes viven en ella.” (González, R., 2008).

percibidos como espacios subjetivos propios y no ajenos o extraños, además de ser readaptados a las condiciones reales de vida en el contexto económico, cultural y emocional específico del individuo. Es, en esencia, la praxis social la premisa y el resultado de toda forma de representación social y es éste, el principio por el cual un objeto dado se torna social y no por las condiciones fenoménicas del objeto, esto es, por sus atributos inherentes a sí mismo. El objeto en sí no es social sino que se convierte en tal en un proceso reflexivo y de comunicación colectiva ejercida desde el grupo y provocada desde el objeto.

Tal como indican Berger & Luckmann (1966) en su obra *La construcción social de la realidad*, el conocimiento generado en el contexto de la vida cotidiana<sup>32</sup> tiene un carácter constructivo y generativo. Esta afirmación incide en la idea de que el conocimiento además de ser – y ello es innegable – reproductor de formas, estructuras y contenidos preexistentes, su existencia en sí misma y evolución se fundamenta en su capacidad de ser producido en los procesos interactivos de los sujetos con su realidad inmediata. Dicho proceso interactivo, cuya fenomenología se expresa a través de la comunicación, es la que le otorga un carácter social y es, particularmente el lenguaje el mecanismo a través del cual se manifiesta el proceso constructivo. La comunicación es, en definitiva, el marco desde el cual es posible el movimiento de la subjetividad, al convertirse de fenómeno en sí, a objeto para sí; objeto naturalizado, transmisible y creador de una realidad inmanente al sentido y significación que dicho proceso de interacción comunicacional le otorga.

---

<sup>32</sup> V. Goffman, E., 1959.

### 1.05.2 Funciones

Las representaciones sociales son elementos reguladores de las relaciones sociales. Su función mediadora entre el sujeto y su entorno es posible gracias a su condición de marco de referencia conceptual desde la cual se nombra, pondera, compara y clasifica la realidad. Los conceptos, como expresiones referenciales, se revelan a través del lenguaje: lo que se dice y el cómo se dice – también lo que no se dice – son la manifestación externa de la existencia de un conocimiento fundido en vocablos y palabras que articuladas y contextualizadas revelan la iconografía y apotegma de una representación imposible de percibir como objeto físico. Clasificamos con las palabras y asimilamos lo nuevo nombrándolo con alguna forma conocida cuyo carácter de semejanza permite una homonimia léxica y se explica precisamente desde categorías y conceptos ya conocidos y legitimados en el campus o sistema de paradigmas de una ciencia específica o lenguaje cotidiano de un grupo sociocultural o institución determinada.

Las representaciones sociales son un *sistema* cuya función cardinal es la de servir de modelo interpretativo de la realidad, integrar a los individuos a su entorno físico y social, y fijar su acciones individuales y sociales. Se constituyen como guía de las prácticas y relaciones sociales y, como sistema de pre-codificación de la realidad, se establecen como base determinativa de las expectativas y fungen como ente de anticipación a las formas de aprehensión de lo real. Abric (1994) establece las siguientes funciones:

- Función cognitiva: Dada su forma esencialmente cognitiva sirve para comprender y dar fundamento explicativo a la realidad. El conocimiento no sólo se adquiere, sino que es integrado en una totalidad referencial y accesible para el sujeto. Por ello mismo, es condición necesaria para el despliegue de la comunicación social, y



el intercambio, trasmisión y difusión del conocimiento espontáneo o de “sentido común”. Permite y es premisa del equilibrio sociocognitivo.

- *Función identitaria:* La representaciones sociales sostienen las estructuras que conforman la identidad individual, grupal y socio-institucional. Los grupos se desarrollan en torno a una manera específica de interpretación de la realidad. Esta forma les es consustancial a su existencia en cuanto tales, les define y les hace distinguibles frente a otros. El componente identitario, y a través de la herramientas de socialización, establece además un mecanismo que permite el control social del grupo frente a cada uno de sus miembros, al ubicarlos en un punto dentro del espacio grupal/social haciéndoles compatibles con el sistema moral – normas y valores – legitimado en un pasado histórico, reconstruido también desde el sistema representacional.
  
- *Funciones de orientación:* En tanto modelo y guía, normalizan las conductas en el marco de un sistema regulador de las prácticas y acciones. Con ello establece un modelo referencial desde el cual el individuo ya tendrá preestablecido la forma o el modo de interactuar con la realidad en una situación dada. Para Abric, las representaciones producen un sistema de anticipaciones y expectativas por lo que son a su vez prescriptivas del comportamiento o “prácticas obligadas”. Al cumplir su función de guía para la conducta y la comunicación, el sistema de representaciones sociales, ofrece legitimidad en cuanto a lo permisible o inadmisible, lo

lógico y lo absurdo en un contexto sociohistórico determinado dando asimismo coherencia a las conductas del sujeto dentro de su entorno.

- Funciones justificadoras: Las representaciones sociales anclan en el sistema de valores las acciones que los individuos desarrollan en su vida cotidiana de tal manera que las posturas y decisiones que se toman y que conducen a determinados comportamientos ya llevan dentro de sí los argumentos éticos que los sustentan. Abric, pone como ejemplo las investigaciones en torno a las relaciones intergrupales. En efecto, en situaciones experimentales en los que se les ha pedido a miembros de un grupo que dicten un discurso descriptivo de sí mismos mediante una escala de motivación, se pone en evidencia que a priori y antes de hacerse efectivo el proceso de interacción, se construye tácitamente una representación de la *otredad* bajo el eje de una dimensión competitiva. Ello no solo funda una identidad grupal y establece vínculos coercitivos entre los miembros y en relación con el grupo ajeno, sino que les permite *justificar* un probable comportamiento hostil e incluso una violencia, aunque fuese a niveles simbólicos, hacia el grupo contrario.

### 1.05.3 *Formación de las representaciones sociales*

Las necesidades prácticas son acaso la condición fundamental para la aparición o transformación de una representación social. La alteración de las condiciones de vida real del sujeto dentro de su entorno socio-económico provoca la subversión de los objetos sociales establecidos para adaptarlos a la nueva coyuntura. De igual forma, el advenimiento de sucesos o eventos inéditos, en la mayoría de los casos inesperados, precisan de su inserción en

el sistema conceptual de tal manera que pueda ser inteligible y manejable por el conjunto de individuos miembros de una sociedad.

Este proceso comienza siempre por una relación comunicativa en la que los individuos comparten información derivada de su experiencia personal vinculada al objeto mismo y aquellos provenientes de las instituciones sociales con legitimidad suficiente para aportar y ser tomados como verdaderos conocimientos, valoraciones y estados emocionales y afectivos sobre el hecho objetivo. Los medios masivos de comunicación y las conversaciones entre las personas enraman discursos a través de los cuales se forjan conocimientos e imágenes no necesariamente concordantes con el significado exacto de verdad, pero sí útiles para la praxis y el entendimiento de sentido común con la certeza suficiente para ser investidos con diversos grados de legitimidad y verosimilitud.

La noción de representación social, que refuerza la idea de sistema, enfatiza en el hecho de reconocer un corpus organizado en la que los elementos coexisten de forma conectada, de tal manera que su funcionalidad siempre está vinculada a formas relevantes de significación. No existen, por tanto, representaciones sociales de todos y cada uno de los objetos, aunque podamos hablar de imágenes, o formas de refracción de la realidad. Podemos hablar de una representación social cuando existe conjugado un modelo estructural en que imágenes, valores, creencias, información y opiniones le otorgan un carácter de objeto diferenciado y estructurado.<sup>33</sup> La principal condición para poder afirmar que un hecho se constituye en objeto de representación es su grado de relevancia, en tanto estructura de significación para un grupo, aunque no es sólo ésta. Según Moscovici, para

---

<sup>33</sup> Moscovici sintetiza la estructura de la representación social en tres dimensiones: información, actitud y campo de la representación. Otros análisis conceptuales pueden verse en Araya, S., 2002, Parra, M. 2001

que una representación social sea considerada como tal deben cumplirse al menos tres condiciones:

- Dispersión de la información: Diversidad de la información existente en torno al objeto, expresada en una multiplicidad de opiniones, juicios, debates e interpretaciones. Variedad además del origen y canales de comunicación a través de los cuales la información se hace manifiesta.
  
- Compulsión a la inferencia: Intencionalidad de construcción de un discurso y desarrollar conductas ante objetos o hechos de los que se tiene información, pero ésta es incompleta o poco sistematizada.
  
- Focalización selectiva: El objeto no es aprehendido en su totalidad sino que resulta significativa una de sus partes según la posición del grupo frente a él de tal manera que el interés o desinterés que ofrezca, focalizará las características del objeto reduciéndolo a la parte que resulte significativa (la parte se convierte en el todo).

Pascal Moliner<sup>34</sup> amplía, las condiciones que, según sus investigaciones, deberían cumplirse para la aparición y mantenimiento de una representación social. Éstas las resume en seis:

- Condición de polimorfismo: El objeto u objetos susceptibles de ser fuente de representación deben aparecer, aunque siendo los mismos, con formas diferentes de tal manera que los grupos desde los cuales se genera la representación puedan tener referentes

---

<sup>34</sup> Citado por Rodríguez, T., 2009.

diversos para su construcción. Un ejemplo metafórico desde el cual se puede entender esta condición, es el que encontramos en el sincretismo religioso, en el cual una misma deidad aparece con formas y nombres diferentes e incluso travestidos.<sup>35</sup>

- Construcción grupal: Toda representación, en tanto social, lo es siempre en relación a un grupo. Es por tanto, la existencia de un grupo, condición necesaria para la emergencia de una representación, siendo ésta además una de las características que definen al grupo como tal. Éste puede ser estructural o coyuntural, pero siempre estará definido por la existencia de relaciones de comunicación y prácticas hacia el objeto de la representación.
  
- Condición de coyunturalidad: Para que emerja una representación social deberá existir una coyuntura tal que haga significativo al objeto, y le otorgue un sentido nuevo y problemático para la estructura grupal y la relación entre los miembros del mismo y con el objeto de la representación.
  
- Identidad: En concordancia con la relación necesaria entre grupo y representación social, la identidad y la cohesión social son condición que hacen posible la emergencia de una representación.
  
- Otredad: Cualquier representación tiene como elementos constructivos mecanismos de referencia a otras formas de

---

<sup>35</sup> Tal es el caso de Santa Bárbara en el santoral católico (femenino) y Ochún en panteón yoruba (masculino).

representación generadas por prácticas sociales distintas u otros grupos sociales.

- Ausencia de ortodoxia: Esta condición hace referencia a la dificultades con las que se encuentra un grupo de generar nuevas representaciones o modificar las existentes, cuando está sometido a marcos cognoscitivos y éticos poco flexibles y a mecanismos de control y regulación muy estrictos.

Para desarrollar un estudio sobre representaciones sociales es necesario determinar si existe, en relación al objeto de la representación, formas evaluativas distintas en su interpretación y qué circunstancias o elementos determinan dicha disimilitud en el acercamiento al objeto. Asimismo, es imprescindible determinar la cantidad y la calidad de la información que maneja el grupo así como las circunstancias y la medida en la cual el objeto es convertido en *significativo*. La cuestión no es, por tanto, ver la representación asociada a determinado objeto, sino entender por qué ese objeto es *vivido* de esa forma en las relaciones sociales.

Podemos distinguir tres niveles en la formación de una representación social:

- Tal como indicábamos, en el análisis de las condiciones necesaria para que una representación social pueda ser considerada como tal, debe existir una diversidad de información sobre el objeto o hecho, de tal manera que al sujeto o grupo le sea posible acumular, siempre de forma selectiva, datos sobre los mismos. Existen multiplicidad de razones por las cuales el individuo acepta como válidos ciertas informaciones y rechaza de plano e incluso se le hacen invisibles

otras<sup>36</sup>. El resultado final de este proceso selectivo es la conformación de una imagen más o menos nítida donde se aprecia una cimentación y alineación de los componentes específicos de la representación.

- Estos componentes toman cuerpo cuando el sujeto le otorga un significado subjetivo, íntimo, no necesariamente congruente con el significado objetivo. La información recibida en contenido y forma no sólo es entonces seleccionada sino que aquellos elementos que han sido elegidos son transformados y corregidos asignándoles cualidades que le otorgan sentido dentro de un conjunto connotativo referencial.
  
- Pero esta semántica connotativa necesita estar ordenada y jerarquizada. En efecto, el tercer y último nivel en la formación de una representación social es la conformación de una red en el cual el conjunto de elementos seleccionados se conectan para crear una unidad coherente y con capacidad de ser concepto y generalización del objeto del cual es representación.

Podemos distinguir tres contenidos o formas en las que se manifiesta una representación social: cognitivo, significativo y simbólico. Toda representación tiene contenida una serie de unidades informativas que varían en cantidad y calidad. Para servir de fundamento y legitimidad social, la información contenida consta de una significatividad o sentido que se

---

<sup>36</sup> El psicoanálisis parte de la inversión de la pregunta ¿por qué recordamos? a ¿por qué olvidamos?, y en su respuesta ofrece varias razones por las cuales “olvidamos” determinados hechos o sublimamos los mismos otorgándole un significado menos “doloroso” que el original. V. la obra de Sigmund Freud, *Psicopatología de la vida cotidiana*.

expresa en una relación entre objeto y símbolo en el que éste último sustituye al primero y éste – el objeto – a su vez sólo toma existencia por obra del significado y sentido que le otorga el sujeto a través de la simbolización. La realidad percibida se constituye así en un conjunto de símbolos significativos que forman parte del sistema mental de los sujetos, el imaginario colectivo y la fantasía, y que le sirve como medio para moverse dentro del espacio social.

#### 1.05.4 *Objetivación y anclaje*

La fase en la cual la información abstracta es traducida en conocimiento concreto es conocida dentro de la teoría de las representaciones sociales como proceso de *objetivación*. La objetivación viene a poner coto al exceso de información, dándole a ésta una cualidad material o concreta, reconstruyendo el objeto dentro del sistema categorial conocido y facilitar así su control, dominio y manejo. La conversión en imágenes de las nociones abstractas “barniza”, da materialidad a los elementos subjetivos y le ofrece una forma y una estructura legible para el individuo a través del lenguaje. La palabra se hace corresponder con las “cosas” y los esquemas conceptuales se articulan para discernir el tráfico de nociones e ideas sobre el objeto en cuestión. Es en este punto donde las representaciones sociales obtienen su carácter esencialmente práctico, además de construirse los elementos básicos para ser útiles dentro de los procesos de interacción social.

La conversión de información abstracta en conocimiento concreto es una de las características esenciales del pensamiento social. La evolución de una a otra implica el paso por tres estados: la *selección y descontextualización*, la *esquemización figurativa* o *formación del núcleo figurativo* y la *naturalización*, cuyo resultado final será la formación de alegorías simbólicas



u objetos mentales metafórico-figurativos siempre con un significado específico y en un espacio grupal compartido de interacción comunicativa:

- Selección y descontextualización: El ya mencionado exceso de información circulante atraviesa por un proceso de selección, aceptando unas y descartando otras en función de la utilidad, practicidad y manejabilidad de la misma. Los elementos elegidos son a su vez sacados del contexto del que han sido tomados, otorgándoles así una autonomía en su sentido y significado en relación con su naturaleza primigenia. Tras la selección y descontextualización, se reorganizan para sentar las bases de la siguiente fase, esto es, la formación del núcleo figurativo.
  
- Esquemización figurativa o formación del núcleo figurativo: El núcleo figurativo<sup>37</sup> corresponde al sistema de imágenes mentales refractoras del esquema conceptual. En efecto, la información seleccionada y descontextualizada, es estructurada en un orden jerárquico y circunscrita en una red que se presenta ante el sujeto como una imagen o conjunto de éstas – podríamos decir también metáforas. Dichas imágenes o figuraciones hacen inteligible al individuo la estructura categorial del objeto de la representación.
  
- Naturalización: También llamada “cosificación” u “ontización”. Las imágenes mentales regresan a la realidad para sustituirla y servir como referente para su interpretación. El núcleo figurativo permite convertir en concreto lo abstracto; al convertir el sistema conceptual

---

<sup>37</sup> El núcleo figurativo es la estructura central de un representación. V. epig. 1.05.5 (*infra*).

en figuras, las hace visibles en el pensamiento y le otorga un estatus de naturaleza objetiva o “cosa” y axioma positivo e indudable que, al ser, además, compartida en el contexto de las relaciones sociales, está legitimada para hacer tangibles los elementos de la realidad. Le otorga asimismo un carácter integrador, al coordinar en un mismo “objeto figurativo” todos los elementos de información, en una realidad inteligible en el pensamiento de sentido común.

La *naturalización* no estará completa hasta que el nuevo elemento constituido no se incorpore al sistema de pensamiento preexistente y si no se enraíce dentro de un grupo social específico. Dicho proceso se conoce con el nombre de *anclaje* y es el que le otorga a la representación su definitivo carácter social. La representación se fija en lo social con el “anclaje” del significado y practicidad de la que es unida. El apotegma emergido en la objetivación, se fusiona con la totalidad orgánica cognitiva haciendo lo inicialmente extraño, en un objeto familiar y concordante con la red categorial de interpretación de la realidad ya establecido, al que a su vez modifica y corrige. Es también el anclaje, unido a la objetivación, el proceso articulador de la funciones de las representaciones sociales, a saber, cognitiva, identitaria, de orientación y de justificación.

De lo anterior se desprenden dos cuestiones esenciales que sirven para comprender la función del anclaje. Por una parte el incorporar dentro del sistema categorial y de significación ya conocido y legitimado en el marco de las relaciones sociales, al nuevo objeto – hecho, evento – de la representación. Por otro lado hacer útil al objeto representado dentro de este mismo marco de interacción a través de un proceso de instrumentalización del mismo.

La instrumentalización del objeto representado se manifiesta en la constitución de un orden de interpretación de la realidad a partir de la clasificación de la misma en unidades significativas y al nominar los hechos u objetos a través del lenguaje. Es por ello que además de hacer de la representación un sistema de comprensión le dota de un instrumento eficaz para la comunicación entre los individuos: posibilita el que los individuos puedan comunicarse entre sí con similar sistema de signos – lenguaje – y análogo significado.

En efecto, las representaciones sociales son partes constitutivas y constituyentes de la dinámica social en tanto son objetos cuya función hace posible el desarrollo de modelos actitudinales – en sus componentes cognitivos, afectivos y de sistema de valores, y conductuales – comúnmente aceptados y es a través del proceso de anclaje que se hace posible la ordenanza, articulación y funcionamiento de dicho sistema. Ello se hace patente cuando un individuo o grupo se enfrenta a un hecho extraño que pone en cuestión su red de valores y tejido identitario: su sistema representacional, componente cardinal del tejido subjetivo, ejerce de vértice moderador para la interpretación, reconversión e incorporación del objeto inédito.

En resumen, el proceso de anclaje permite comprender la forma sobre la cual se le otorga un significado específico al objeto representado, la utilidad de las representaciones sociales como sistema heurístico de interpretación de la realidad, y guía y matriz de la conducta así como la manera en que clasifica e integra lo extraño en un elemento perceptible y familiar. De esta manera se explica el cómo el individuo hace inteligible su realidad de tal manera que le resulte funcional dentro de su marco cotidiano de desarrollo social.

#### 1.05.5 Estructura: sistema central y sistema periférico

Las representaciones sociales están constituidas por un cúmulo y mezcla de informaciones, dogmas, opiniones, creencias, y actitudes en torno a un objeto dado. Como se ha adelantado, estos elementos no funcionan de manera azarosa o caótica sino que están organizadas, estructuradas y jerarquizadas manteniendo una relación sistémica y de significación entre ellos. Por tanto, para el estudio de las representaciones sociales es necesario, no sólo determinar su contenido sino comprender la estructura en torno a la cual se constituye.

Una representación social se forma a partir del patrimonio cultural acumulado en una sociedad a lo largo de su historia que se materializa en sus instituciones, conforma la memoria colectiva y se expresa fundamentalmente a través del lenguaje. Es influenciada por todos los aparatos ideológicos – familia, escuela, iglesia – y bebe de todas las formas de comunicación social, desde los *mass media* hasta los múltiples modos de comunicación interpersonal en la que participa una persona en cualquiera de las fases de su vida.

En tanto contenido, las representaciones sociales son una forma particular de conocimiento en el que se pueden determinar tres dimensiones:

- La información: Es la cantidad y forma en que se estructura el conocimiento sobre un objeto físico o social. Se puede identificar tanto la cantidad como la calidad de la información, desmembrando aquella con un carácter estereotipado y fuente de actitudes prejuiciadas. Esta dimensión nos ofrece el raudal de datos que sobre dicho objeto o fenómeno tienen los individuos o grupos de éstos en sus relaciones cotidianas. Asimismo, se puede distinguir el origen de la información, sobre todo el concerniente a la diferenciación entre la

obtenida a partir de elementos mediadores que ya ofrecen una interpretación del objeto o fenómeno, y aquel cuyo origen procede de una interacción o experiencia directa con el mismo.

- El campo de representación: Se trata de la organización y jerarquización del contenido de la representación. El campo de representación se organiza en torno al *esquema figurativo* o *núcleo figurativo*<sup>38</sup> que es construido en el proceso de objetivación. Este proceso es el que hace que conceptos sin una realidad concreta como amor, amistad o salud, aparezcan en el habla cotidiana como objetos tangibles o dicho de otro modo, es lo que permite la objetivación de lo abstracto.
  
- La actitud: Hace referencia a la expresión comportamental o conductual de la representación y marca un componente valorativo – orientación global positiva o negativa, favorable o desfavorable de una representación – y uno afectivo – expresa la relación y reacción emocional hacia el objeto o fenómeno de la representación y que a su vez matiza el componente valorativo puro y la conducta última del sujeto.

Como ya hemos insistido una de las características básicas de las representaciones sociales es su condición de ser a la vez estáticas y dinámicas. Esta aparente paradoja se explica por estar compuestas por dos grandes sistemas: uno central y otro periférico. Cada uno tiene un papel específico, pero en tanto totalidad orgánica, funcionan de forma complementaria otorgando, el primero una unidad sólida y estable, y la

---

<sup>38</sup> Que explicaremos más adelante

segunda, la plasticidad necesaria para adaptarse y asumir los cambios del entorno:

- Sistema central o núcleo central: Es la parte más rígida e independiente de la representación. Sufre muy poco los cambios circunstanciales del ambiente, por lo que se caracteriza además por su perennidad y estabilidad en el tiempo. Su evolución es imperceptible en el corto y mediano plazo. Su raíz es puramente social al incorporar en sí los elementos más generales del sistema de valores y normas sociales y el devenir histórico, así como las determinantes sociológicas e ideológicas del grupo. Es, por ello mismo, la base identitaria por la que se define un grupo: es lo común, lo homogéneo, aquello por lo cual cada individuo se reconoce como parte del todo social. Le otorga coherencia, perceptibilidad y manejo a la representación. El núcleo central tiene así dos grandes funciones: uno generador y otro organizador. El primero hace referencia a su condición de otorgar sentido y significado a los elementos constituyentes de la representación. En efecto, tal como se ha indicado, no todo objeto o hecho construido socialmente es susceptible de ser una representación social en el sentido estricto en el que la definición de esta categoría indica; tampoco, como veremos, es suficiente la existencia de los elementos considerados periféricos. Es la existencia de este núcleo la que dará estatus de representación social al ser el elemento creador y transformador de la realidad convertida en un objeto que dará sentido y significación al resto de elementos constituyentes de la misma. Por otro lado, será desde este centro regulador desde donde se establecerán los lazos de unión entre todas las partes del conjunto y sistema, otorgándoles un orden y valor específico a cada una. De ahí su

condición unificadora y giroscópica que permite la coherencia y aglutinación de toda la estructura, así como su perpetuidad frente a contextos volubles. Esto explica, por ejemplo, la existencia de dos representaciones cuyo contenido siendo igual, son esencialmente diferentes, por estar distintamente ordenados y jerarquizados, y tener una desigual centralidad. La naturaleza del objeto y su acomodo a los objetivos prácticos del sujeto le otorga al núcleo central dos dimensiones que serán las que en última instancia determinen la singularidad de una representación frente a otra con similar contenido: una funcional y otra normativa (Abric, 1994). La primera engloba todos los elementos necesarios para la realización de prácticas y comportamientos específicos en un campo determinado; ofrece las herramientas para la actuación del sujeto o el grupo frente a un problema o situación dada. Los elementos cognoscitivos tendrán prioridad y serán los garantes de la conducta. Por su parte, la dimensión normativa, estará tejida por elementos más relacionados con los aspectos de valor y afectivo, y servirán como catalizador de las actitudes del sujeto hacia el objeto de la representación.

- Sistema periférico: Si la base del núcleo central la encontrábamos en la globalidad del conjunto social, los elementos periféricos individualizan la representación a los sujetos concretos en circunstancias concretas. En efecto, el sistema periférico se desenvuelve en el campo de lo inmediato y contingente, de la experiencia individual, del relato histórico personal integrado en la vida cotidiana. Permite la traducción del núcleo central para adaptarlo a lo característico y funcional para cada sujeto, armonizando lo general con una forma individual de representación. Su flexibilidad hace posible la adaptación a lo nuevo o

extraño, integrar nuevos datos, modificando prácticas conductuales a favor de la defensa del sistema central. Frente a la homogeneidad del núcleo, ofrece los puntos de diferenciación e integración de elementos divergentes, y le otorga la parte de heterogeneidad de la representación. No es, por ser periférico, una parte menor o subordinada del sistema. Su existencia hace posible el anclaje de la representación en el resto del sistema ideo-figurativo, y aunque en sí mismo la presencia de los elementos periféricos no asegura la existencia de una representación, su examen constituye el primer indicio de presencia de un modelo representacional. Es también desde el estudio de los elementos periférico que puede observarse las transformaciones que va sufriendo así como incluso predecir su evolución futura. Las funciones de los elementos periféricos pueden subdividirse en tres puntos:

- a) *Función de concreción:* Permiten la transmisibilidad de la representación al otorgarle una concreción dentro del contexto en cual se desarrolla o expresa. Al estar directamente vinculados al proceso de anclaje, integran todos los elementos circunstanciales en torno a los cuales la representación se fija. En términos del lenguaje, el relato discursivo de los sujetos se mueve entre el “antes” y el “ahora”, entre lo que ha sido en los límites de la experiencia, y lo que es o traducción del presente, también concebido como punto de posibilidad de un ser futuro permanente o modificado. Desde la concepción freudiana, los elementos periféricos suprimen lo innecesario, “se olvida” lo que entorpece la objetivación de lo figurativo, dibujando sólo los detalles afines a un



contexto particular y que hacen comprensible y manejables el objeto de la representación.

- b) *Función de regulación*: Si el núcleo central se caracteriza por su dureza, los elementos periféricos se presentan con una maleabilidad capaz de regular la armonía entre la representación y las oscilaciones del ambiente. Los datos nuevos susceptibles de ser incomparados al modelo representacional, son integrados al sistema con independencia de si son concordantes con el núcleo central o no. En los casos en los que la información aparecida pone en duda los elementos ya establecidos y dados como verdaderos en la representación, el nuevo dato es transformado en su significación hasta conciliarlo con los objetos conocidos, y si su condición de evidencia no permitiera su reacomodo se le otorga un sentido de excepcionalidad o hecho circunstancial.
- c) *Función de defensa*: Como efecto de la función anterior, los elementos periféricos fungen como defensa del núcleo central de la representación. Este último resiste al cambio por su condición de médula rígida, y por la capacidad del sistema periférico de absorber las incongruencias, contrasentidos y singularidades del ambiente. Toda “metamorfosis” de una representación social tiene su inicio en los elementos que constituyen su periferia como es el caso de los referentes de ordenamiento, tipificación, y jerarquización, cambio de medida o ponderación, disyuntivas condicionadas a distancias afectivas, etc.



## CAPÍTULO 2. OBJETIVOS Y MÉTODO.

### 2.01 *Objetivos*

En nuestro estudio pretendemos acercarnos a las creencias, opiniones, actitudes y conocimiento cotidiano y espontáneo que la población estudiada tiene sobre la salud y en torno a las cuales, actúan, se orientan y toman decisiones. La pregunta central no es inquirir en la salud en sí, en su sentido etimológico o metafísico, si no en *qué es salud para, en el sentido de cómo determinado grupo – en este caso los mayores – construye y da como real su noción o nociones de salud y enfermedad*. Para responder a esta pregunta nos proponemos tomar como base metodológica de análisis la teoría de las *Representaciones Sociales* de Serge Moscovici<sup>39</sup>, alcanzando los siguientes objetivos.

- Establecer la salud como objeto de representación.
- Describir las representaciones sociales de la salud y determinar el fundamento y el sentido de los elementos simbólicos que la componen.
- Rastrear el dominio de los distintos discursos médico-institucionales y no médicos en la narrativa en torno a la salud y condicionantes de los elementos constitutivos de su representación.
- Identificar las representaciones sociales sobre la salud que posee un grupo de mayores de la ciudad de Valencia.

---

<sup>39</sup> V. Capítulo 1

En la investigación que presentamos a continuación, tras exponer la teoría de las representaciones sociales y su relación con las ramas de la teoría del conocimiento – tal como hemos hecho en el primer capítulo – nos adentramos en la interpretación de la salud como objeto de representación a partir del análisis de otras investigaciones consultadas sobre la temática, pero con objetivos más específicos, dirigidos a la búsqueda de las representaciones sociales en sectores concretos de la sociedad como jóvenes, adolescentes, trabajadores sanitarios, y en relación a enfermedades como el SIDA, la hipertensión o las enfermedades mentales.

El análisis lo subdividimos en tres dimensiones:

- *La salud como estado*: Esta dimensión desvela el eje valorativo de la representación y su carácter sustantivo (cuerpo/mente como contenedores del *objeto/hecho salud*). Su valor estará determinado por las expectativas del sujeto, construidas en relación y oposición a lo que el grupo y/o la sociedad espera y construye como *estado saludable* – valor positivo – y *estado no saludable* – valor negativo. En dicho modelo social confluyen los paradigmas médico-institucionales y los discursos de la tradición popular.

- *La salud como estrategia*: En torno a la salud se fundan una serie de prácticas más o menos conscientes y más o menos tácitas, con objetivos y metas variadas, pero siempre dirigidas a elevar el valor positivo de la *salud como estado* ya sea como retorno a un estado anterior, mantenimiento del presente o garantía del futuro<sup>40</sup>. Se convierte así en adjetivo que acompaña y

---

<sup>40</sup> Incluso, en estrategias con contenido autolesivo o llevado al extremo del suicidio, el sentido se dirige hacia el paso a un estado imaginado como más positivo que el actual.

da sentido y significado a otras prácticas (alimentación, ejercicio físico y/o mental, ocio, terapias, misticismo, etc.).

- *La salud como institución: La salud como estado y como estrategia* no puede ser comprendida si no se discierne la red institucional erigida alrededor suyo. Son las instituciones los aparatos ideológicos sobre los cuales se construyen las nociones de salud y, por tanto, desde donde se legitiman y se tornan hegemónicos los discursos relativos a la *diagnóstica* y las estrategias de prevención y terapias a favor del mantenimiento del *estado saludable*. También es contra este modelo en torno al cual se componen los discursos y prácticas antónimas al mismo. A este nivel se desvelan, además, las falacias discursivas sobre la antítesis y pugna entre un modelo llamado *biomédico* y un modelo con múltiples formas nominativas, pero que condensaremos en el término *sociológico*. Por otro lado, *la salud* es también una construcción espacial – llamada hospital, policlínico, ambulatorio, residencia, consultorio, etc. – donde un grupo de sujetos – personal médico y de enfermería – realizan una serie de prácticas – diagnosticar, curar, cuidar – y donde se gestionan una serie de recursos cognoscitivos – paradigmas y habilidades –, técnicos – herramientas diagnósticas y terapéuticas – y económico-financieros – capital público y/o privado –. Sobre dicho espacio se forja, en el imaginario colectivo, una representación sobre su valor social, eficacia de sus prácticas y correspondencia entre las necesidades de salud de la sociedad y la capacidad de respuesta ante estas demandas.

Para desarrollar el cuarto objetivo (*supra*) y tras exponer las distintas teorías sobre la vejez, establecemos tres dimensiones de análisis para describir su representación:

- *La vejez como proceso*: A la vejez se llega por una cronología de sucesos cuya manifestación más visible y experiencial es el desgaste biológico y funcional. Esta cronología se define por el avance en el tiempo, medido en años, y supone un consumo de expectativa de vida

- *La vejez como estado*: La vejez, en su modelo representacional, se concibe no como parte del ser sino como el ser mismo. A diferencia de las nociones de *proceso* la vejez es vista no como una fase sino como *estado* inmutable espacial y temporalmente. Se es viejo igual que se es alto, moreno o zurdo: se es así y siempre se ha sido así. La vejez es sustantiva.

- *La vejez como institución*: Tal como ocurre con la salud, en torno a la vejez existe un tejido institucional sobre el cual se canalizan todos los discursos y prácticas que, ya sea directa o indirectamente, conectan a los mayores con el sistema social.

## **2.02 Fundamentos metodológicos**

Conviene precisar que las representaciones sociales son al mismo tiempo pensamiento constituyente y pensamiento constituido. Ello significa que éstas contribuyen a la configuración de la realidad social, a construir el objeto o el fenómeno del que son representación, pero que a la vez y por ello mismo forman parte de dicha realidad, objeto o fenómeno. De aquí se derivan dos formas de acercamiento: uno procesal cuya base es la metodología cualitativa con fundamento en la sociolingüística, y otro estructural cuya raíz metodológica la encontramos en los estudios cuantitativos sobre la base de los análisis multivariados.

Al ser una teoría que tiene como fuente fundamental el análisis de los discursos son fundamentalmente las técnicas que permiten la recolección de

expresiones verbales las que más se asocian a la misma. Estas técnicas van desde el grupo de discusión, hasta el diferencial semántico, distancia afectiva, entrevistas en profundidad, historias de vida, tablas inductoras, la asociación libre, etc.

Para cumplir el objetivo que nos hemos planteado en la última parte de la investigación y teniendo en cuenta los distintos modelos de estudio y análisis de las representaciones sociales, hemos decidido aplicar la técnica de *grupos de discusión* por considerarlo como el modelo metodológico más apropiado, práctico y que más se adapta a las necesidades del estudio. Para el análisis posterior hemos adaptado el esquema de Análisis Estadístico de Datos Textuales conjugado en el del Cartografiado de Textos a las especificidades de los discursos generados en el entorno de los grupos, por una parte; y por la otra, un análisis de corte más *cualitativo* o *comprensivo* como arquetipo interpretativo más centrado en la tradición sociológica estructural.

El *grupo de discusión*<sup>41</sup> es una técnica de investigación vinculada al modelo cualitativo de investigación social. Sus orígenes se remontan a la segunda década del siglo XX, en el que eran utilizados para la elaboración de cuestionarios panorámicos. Con posterioridad – después de la segunda Guerra Mundial y con mayor fuerza en los años 60 y 70 – su uso estuvo vinculado a los estudios de mercado con el objetivo de conocer la actitudes de los individuos – sus expectativas, miedos y formas léxicas – para ser utilizado como elementos de manipulación y de una publicidad más efectiva ya fuera para la promoción de productos de consumo, como para la captación de votos a partidos políticos. Finalmente, en los últimos años, y sin abandonar estos últimos objetivos, los grupos de discusión son cada vez más

---

<sup>41</sup> Para un estudio más detallado V. Cervantes, C., 2002, Qui, 2010. Para un estudio sobre la utilización de los métodos cualitativos en investigaciones en salud V. Calderon, C., 2002.

utilizados en investigaciones sociales relacionadas con la salud, la familia, la sexualidad, el ocio, el trabajo, las identidades, la migración, etc.<sup>42</sup>

Esta técnica se basa en el grupo como unidad orgánica y representativa del tejido social dentro del cual, y en un proceso de interacción, se generan y manifiestan normas, valores y actitudes en torno a un objetivo determinado. Es congruente con fines investigativos que busquen comprender la estructura cognoscitiva y la interpretación emocional de la conducta de los actores sociales, entendiendo por ello los valores, motivaciones, hábitos, imágenes y/o representaciones, sean estas compartidas o discordantes, conscientes o inconscientes, ocultas o manifiestas, etc. Consiste en obtener información a través de la interacción comunicativa desarrollada por un grupo creado artificialmente con el objetivo de discutir un tema determinado por el investigador. Dado su carácter artificial, no es ni puede considerarse un grupo natural de conversación, aprendizaje, taller o de terapia psicológica.

Pero más allá de su definición nos gustaría exponer muy resumidamente algunas cuestiones epistemológicas relacionadas muy directamente con esta técnica de investigación en particular y con la metodología cualitativa en general. Tradicionalmente se ha relacionado la evolución de esta metodología con un movimiento de subversión creado a raíz de la irreverencia de algunos pensadores hacia los modelos positivistas provenientes de las ciencias de la naturaleza que intentaban adecuar el *objeto social* a los procedimientos de dicha metodología como garante universal para ser validado dentro del campo de *lo científico*.

---

<sup>42</sup> En España, el origen y desarrollo metodológico de los *grupos de discusión* se los debemos a Jesús Ibáñez: "Se me atribuye, por ejemplo, la invención del grupo de discusión. Cuando en esa invención participaron a la par que yo, muchos: Alfonso Ortí, Paco Pereña, Jose Luis de Zárraga y Ángel de Lucas, muy especialmente." Ibáñez J., "Autobiografía. (Los años de aprendizaje de Jesús Ibáñez)", *Anthropos* 1990, núm. 113, p.p. 9-25. Citado por Pérez (2002).



Esta premisa se ha vuelto más diamantina con la doctrina pragmática de que *no puede ser gestionado aquello que no puede ser medido*<sup>43</sup>, entendiendo por medir la subordinación de cualquier realidad más o menos compleja a sistemas numéricos cuya base de universalidad garantiza la extracción de una verdad general, representativa y descontaminada de cualquier sesgo subjetivo. Dado este carácter universal le es exigible, por tanto, una cualidad predictiva capaz de determinar por una noción lineal de causas y efectos, los comportamientos posibles de los actores implicados en la estructura previamente ordenada por el propio modelo matemático. Es, *el dato*, el todopoderoso hacedor y conversor de la ciencia en *ciencia* y es contra esa omnipotencia que se rebela otra manera de acercarse – comprender – la realidad social.

La primera discordancia se manifiesta en la comprensión de que en los estudios sociales podemos encontrar ciertamente correlaciones estadísticas, pero no relaciones causales estrictas y derivadas linealmente de las primeras; la segunda, que el *dato* necesariamente pasa por una cualidad de sentido, por una interpretación, por lo que de lo que se trata ya no es del *dato en sí* sino de los discursos sociales que le otorgan razón y sentido. (Peinado, 2002: 385). Es éste, *el discurso social*, el objeto que toma la metodología cualitativa cuya materia prima es el lenguaje.

No es objeto de esta tesis desarrollar en profundidad este tema, pero sí nos interesa preciar, siguiendo a Peinado (2002) algunas cuestiones sobre las características del *discurso social*:

- El adjetivo *social*, no es un eufemismo literario. Se ha dicho que el lenguaje puede ser estudiado en sí mismo, sin necesidad de

---

<sup>43</sup> V. Norton & Kaplan, *El Cuadro de Mando Integral. The Balanced Scorecard*, Ediciones Gestión 2000, S.A., Barcelona, 1997.

vincularlo a lo social; sin embargo es imposible entender la sociedad prescindiendo del lenguaje. Salvando lo impreciso de la primera aseveración – es cierto que puede hacerse un estudio lexicográfico fuera de un contexto social – los discursos en tanto tales sólo tienen sentido en su función de vinculantes a una manera de ordenar y estructurar *lo social*.

- El *discurso social*, por tanto no es mera correlación de palabras que reproducen un contexto objetivo de significados y significantes; no es simple traducción de la *cosa* durkheniana, sino que es parte de la realidad social y la configura. El lenguaje hecho discurso es la voz del pensamiento ordenado desde el cual se hace posible la interacción entre los individuos.
  
- Es preexistente al individuo, que se convierte en sujeto precisamente al integrarse en relación con el Otro, en una segunda naturaleza cuya funcionalidad radica en ubicarlo y hacerle inteligible la realidad extralingüística y facilitarle – “obligarle” – una construcción identitaria siempre colectiva y siempre *en relación*.
  
- Esta subordinación del individuo, lo es al discurso social hegemónico que enuncia e impone desde una *violencia simbólica* los axiomas del *deber ser*, lo verdadero, correcto y moralmente adecuado para el éxito inmediato y/o apuestas seguras para un futuro terrenal o místico – entiéndase discursos religiosos, políticos o del mercado. Es cierto que el sujeto – los grupos – elige los modelos lexicográficos desde los cuales hacer perceptible su realidad y posible su interacción simbólica con el conjunto social, pero sólo lo puede hacer tomando

como referente el repertorio que le viene dado desde la semántica del poder.

- Sin embargo, su condición de preexistencia le hace persistente, pero no inmutable, y en ello radica su realidad paradójica. El objetivo último del discurso social es hacer iguales a todos; el del individuo, reconstruirse como sujeto particular, por lo que se genera una lucha constante entre ambos polos donde la identidad del sujeto se edifica en y a través de su falta de concomitancia con su referente. No existe una adecuación exacta entre el sujeto y el discurso social, por lo que ambos son construidos y reconstruidos en la búsqueda de dicha concurrencia.
  
- Se da la circunstancia además de que el *discurso social* se manifiesta a través del sujeto. Ello ya tiene una primera consecuencia: si el sujeto no es absolutamente sincrónico con el discurso social, no sólo cobra importancia lo que expresamente *dice*, sino, y sobre todo, aquello que *no dice*. Es ésta, quizás, la base que hace reluctantes ambas metodologías – cuantitativa y cualitativa. La primera, tras prefijar un modelo estructurado de recogida de información, pide al sujeto que se ubique o posicione en torno a un tema a través de una batería de preguntas; la segunda pide al sujeto que hable – *diga* – y estructure él mismo un discurso en torno a un objeto. En la primera obtenemos lo que el sujeto dice sobre lo que queremos oír, y damos valor al decir repetitivo, a lo más general; en la segunda, escúchanos lo que el sujeto quiere decir y damos importancia a la estructura narrativa, a lo que *se dice* y *no se dice*, con lo cual lo singular toma relevancia en tanto otorga significación y

sentido al discurso. Cuando hace algún tiempo trabajé el tema de la migración de españoles a Cuba, al pedirles a los emigrados – hablamos de personas que llevaban más de 60 años residiendo en la Isla – que describieran cómo era la casa en la que vivían en España, siempre hablaban en tiempo verbal presente. Uno de los casos, tras terminar su explicación dijo: “... la calle es ancha al principio y luego se hace estrecha... ahí hay una casa, con las ventanas verdes... *en esa casa vivo yo...*”. Había emigrado a Cuba con 16 años y en el momento de la entrevista tenía 95. En esa casa sólo había estado unos 3 años, pero fue su última residencia antes de embarcarse. Estamos ante el recodo de la construcción de la identidad del inmigrante, en la que la construcción del *yo*, está anclado, sujeto en un pasado que lo distingue frente al intento del discurso que busca homogenizarlo – integrarlo – en la sociedad de acogida. *Yo vivo aquí*, pero no soy de aquí, al menos no de modo absoluto; estoy al mismo tiempo *aquí y allí*, en el *ahora* y en el *antes*. Lo que importa entonces no es el ajuste a la realidad objetiva de la narrativa del sujeto, sino el sentido de lo que dice y la significación que el nivel inconsciente oculta.

- En este punto, entramos en el campo de la teorización sobre el *sentido*. Peinado (2002: 388) recuerda los postulados de Frege en torno a este tema. El matemático alemán nos pregunta en su artículo (Frege, 1892) “¿Es la igualdad una relación?, ¿es una relación entre objetos?, ¿o bien entre nombres o signos de objetos?”. Su argumento parte de la expresión “ $a=a$ ” y “ $a=b$ ”, de los cual derivaríamos que “*a*” y “*b*” significan lo mismo o se refieren al mismo objeto. Sin embargo, la realidad del habla natural ya nos indica a

priori que tal proposición no es exacta. Para ello propone dos ejemplos. En un triángulo, las rectas a, b y c, unen su ángulo con el punto medio de los lados opuestos. La intersección de las rectas a y b, y la intersección de las rectas b y c coinciden en un mismo punto, con lo cual tenemos formas distintas de nominar un mismo punto: *intersección de a y b*, e *intersección de b y c*. Por otro lado “la referencia de ‘lucero vespertino’ y de ‘lucero matutino’ sería la misma, pero el sentido no sería el mismo”. De lo que se trata es de distinguir signo, sentido y referencia. Un signo o nombre designa como referente a un objeto y un objeto puede ser designado por varios nombres o signos de tal manera que a cada signo le corresponde un determinado sentido y a este una referencia específica, pero no a la inversa. También se advierte que el vínculo sentido - referencia no presenta una relación de necesidad: una expresión puede concordar con un sentido, pero su referente puede ser improbable. En la expresión “*en esa casa vivo yo*”, existe un sentido, pero el referente es verificablemente falso.

Lo que busca la investigación cualitativa a través de sus técnicas fetiches – grupos de discusión, entrevistas en profundidad, historias de vida – es la producción de sentido en tanto efecto de un discurso social generado en un espacio-tiempo determinado, tomando al lenguaje como fuente primaria de indagación. Sabemos ya que sentido y significante no son coincidentes y que dado el carácter dinámico del discurso social resulta imposible captarlo en su dimensión holística y bajo todos sus modos y formas circunstanciales. De lo que se trata por tanto es de hallar los campos semánticos enjaulados en torno a un objeto o hecho social determinado, buscar los vínculos entre ellos, sus relaciones de jerarquía y conjunciones desde la que emerge el sentido.

En nuestro caso, y muy probablemente corriendo un riesgo metodológico, nos acercaremos de dos maneras al estudio de los discursos generados en los grupos. En un extremo contamos con los modelos cuantitativos desde los cuales se asignan índices de frecuencias a los fenómenos lingüísticos observados que a su vez permiten construir modelos más complejos que revelan patrones y concordancias difícilmente reconocibles en el corpus manifiesto del texto. La combinación de ambas formas de acercamiento a los datos textuales nos ofrecerá una imagen más útil de las formas de estructuración y contenido de las representaciones sociales. Desde el segundo – cualitativo – se logra describir de forma holística y fenomenológica un espacio lingüístico en la que el comportamiento de cada unidad verbal básica – frase o palabra – recibe igual atención independientemente de la frecuencia de aparición dentro del corpus discursivo; se enfatiza la significatividad de las unidades básicas aunque su grado de representatividad sea escasa o nula. Ello ofrece una gran riqueza interpretativa así como una precisión del análisis aunque no despojado de forma absoluta del esqueleto ideológico preexistente en la subjetividad del investigador.

### **2.03 *Diseño Grupos de Discusión***

Para este estudio el grupo de discusión se crea con el objetivo de generar un espacio de discusión de cuestiones relacionadas con la salud, los hábitos saludables y la enfermedad, en el cual participan exclusivamente mayores de 65 años residentes en la ciudad de Valencia. Los grupos han tenido las siguientes características:

- *Total de grupos: 8*

- *Participantes por grupos:* 6 (mínimo) / 10 (máximo) / un moderador (a).
- *Lugar y horario y duración:* Cuatro de los grupos se desarrollaron en residencias para mayores y otros cuatro en locales de Centros Municipales para Personas Mayores de la ciudad de Valencia. Los sujetos participantes se ubicaron en un salón aislado del exterior, sin distracciones visuales o sonoras. Se evitaron interrupciones externas durante el desarrollo de la sesión. Los participantes se sentaron alrededor de una mesa. Los grupos fueron realizados tanto en horario de la mañana como de la tarde. La duración media fue de 1 hora y 15 minutos.
- *Criterios de exclusión:* Fueron excluidos de la muestra aquellas personas cuya ocupación actual o anterior hubiese estado vinculada al sector sanitario o empresas cuyo objetivo fuera la investigación social, comunicación, mercadotecnia o publicidad.
- *Funciones del moderador:* El moderador evitó en todo momento constituir una interferencia en el desarrollo de la discusión, sobre todo en lo relativo al lenguaje comúnmente utilizado por los participantes en torno al tema. El objetivo fundamental del grupo es generar un clima lo más espontáneo posible de discusión, en la que el estado ideal es que el moderador virtualmente “desaparezca”. Sus funciones son:
  - Dirige la dinámica y plantea las preguntas.
  - Estimula la participación y evita el exceso de protagonismo de algún miembro del grupo.
  - No emite comentarios de aprobación o desaprobación y opiniones personales.

- Evita preguntas cerradas, dicotómicas y “Por qué...”
- No llevará guion escrito ni tomará notas en la reunión.

Se establece además el siguiente guion para el desarrollo de la dinámica del grupo:

- Hora de llegada: [según la fijada para cada grupo]
- Bienvenida informal. Entrega del consentimiento informado.
- Hora de comienzo: 15 minutos después de la hora de llegada o cuando estén al menos 6 participantes después de esta hora (después de comenzada la discusión, no se permitirá la entrada a ninguna otra persona).
- Bienvenida formal:
  - Presentación del moderador y del ayudante.
  - Presentación de los objetivos de la discusión.
  - Explicación de la forma de selección del grupo.
  - Explicación de las Normas básicas:
    - Total libertad en la emisión de criterios sobre el tema
    - Tratar de hablar de uno en uno.
  - Informar sobre la grabación de la discusión
  - Aclaración de anonimato.
  - Información sobre el tiempo de duración y la no existencia de un final formal.
- Los temas a desarrollar serán: salud, enfermedad, hábitos saludables e instituciones sanitarias. Cada pregunta deberá formularse preferiblemente retomando temas de alguna manera ya tratados o expuestos. Nunca violentar un cambio de tema.



- Criterios para dar por terminada la sesión:
  - Agotamiento del tema (por silencio absoluto de los participantes)
  - Extensión de más de 2 horas del tiempo de discusión.
  - Agotamiento de los participantes.
  - Expresión de cierre: ¿Se nos ha quedado algo importante que pudiéramos comentar sobre el tema?
- Agradecimiento por la participación.

#### **2.04 Protocolo para el análisis de los discursos**

Al proceso de extraer, recuperar y reorganizar un extenso volumen de datos textuales – estructurados o no estructurados – en información nueva susceptible de ser convertida en conocimiento útil para la interpretación de los discursos generados ya sea en la práctica literaria, periodística, política o en general de la vida cotidiana, y que a su vez resulten ventajosas para toma de decisiones, o el diseño de programas y políticas sociales, se conoce como minería de textos.

Su base metodológica está enraizada en los modelos del Data Mining o Minería de Datos<sup>44</sup> y su desarrollo comenzó en los años ochenta, pero su gran complejidad ha hecho que su mayor difusión haya ocurrido en los últimos años gracias a los grandes avances en la tecnología computacional. Los orígenes de la minería de textos están en primer lugar asociados al desarrollo de la minería de datos que a su vez toma como referente los modelos provenientes de la estadística y la inteligencia artificial; y en segundo término relacionada con métodos como el análisis de contenido, con técnicas de análisis estadístico de textos y métodos provenientes de la lexicometría.

---

<sup>44</sup> Otros términos comunes son los de “data fishing” o “data archaeology”

La minería de textos se define como un método de búsqueda de patrones *no triviales* e información sobre el conocimiento almacenado en bases de datos textuales no estructurados. No debe confundirse, por tanto, con la simple recuperación de datos en un proceso de indexación. En efecto, un estudio basado en la minería de textos, recupera la información, buscando lo relevante en el texto y no con un posicionamiento a priori sobre el interés que unos datos o información despierte en el investigador. Asimismo la información recuperada se transmuta en un proceso de reestructuración con el objetivo de hacer visibles la red de conexiones y correspondencias existentes entre cada una de las “células” o unidades simples del texto original. Tal como indica Luis Molina (2002: 2) en su sugerente artículo “Torturando a los datos hasta que confiesen”, nos encontramos en un escenario en el que los datos pueden clasificarse en tres tipos atendiendo a su nivel de “usabilidad”: el *dato-escritura*, que sólo se almacena sin que se vuelva a recuperar; el *dato-escritura-lectura*, cuya utilidad se basa en la búsqueda de información específica para recordar, aclarar, describir o argumentar determinada tesis; y la que el autor denomina *dato-escritura-lectura-análisis*, donde el datos deja de estar en una posición pasiva, para ser fuente activa de generación de conocimientos a través de la búsqueda de patrones, desviaciones, tendencias, dependencias, y/o modelos clasificatorios aptos en la toma de decisiones.

La minería de textos permite en el caso de las ciencias sociales abordar problemas derivados de la aplicación de técnicas de recogida de información, en la que no existe un cuestionario con preguntas estructuradas, sino desde las que se pretende dejar al libre albedrío la estructuración del discurso a los sujetos fuentes de la investigación. Tal es el caso por ejemplo de las preguntas abiertas, las entrevistas en profundidad, las historias de vida y los grupos de discusión. Es por tanto una excelente herramienta para

determinar, en el caso que nos ocupa, la modelización discursiva en torno a la salud y su representación subjetiva.

El procedimiento específico a utilizar será el análisis estadístico de datos textuales (AEDT) con el sentido de aplicar modelos estadísticos – correspondencia, factorial, de clasificación – sobre textos de los que previamente se han extraído y cuantificado unidades verbales básicas. A los efectos de esta investigación aplicaremos además la técnica de cartografiado de textos<sup>45</sup> por resultar apropiada desde nuestro punto de vista para visualizar la estructura de las representaciones sociales y ofrecer un diagnóstico figurativo de éstas, más allá de la sola descripción estadística que nos ofrece la minería de textos.

El Cartografiado de los Datos conforma un sistema de comunicación simbólica de la información y una caracterización de la realidad, que se representa mediante una Imagen. La Imagen de los datos permite brindar una *representación de toda la estructura de la información en un sólo gráfico*, aunque estos datos sean numéricos, alfanuméricos o textuales. Además permite, visualizar las *relaciones multidimensionales* que puedan existir entre ellos, permitiendo brindar un diagnóstico por imagen, una *rápida y completa comunicación e interpretación de la información* contenida en los datos.

El objetivo, en resumen, consiste en combinar técnicas de clasificación o agrupamiento, y técnicas de representación gráfica o cartografiado. Con ello lograremos desarrollar un Diagnóstico por la Imagen de los Datos, y una visualización del modelo de representación del objeto salud, construido desde los discursos generados dentro de los distintos grupos de discusión.

La metodología que seguiremos será la indicada por Cesari (2007):

---

<sup>45</sup> Nos hemos basado para ello en la tesis de Matilde Inés Cesari, *Cartografiado de textos. Protocolo de exploración y visualización de datos textuales aplicado a la minería de textos*. A diferencia de su método, nosotros hemos optado por aplicar el método de escalamiento multidimensional para el mapeo de los textos.

- Adquisición terminológica
- Control del vocabulario
- Clasificación de los términos y textos (constitución de los cartografiados)
- Descripción conceptual de los clústeres y comentario de los mapas

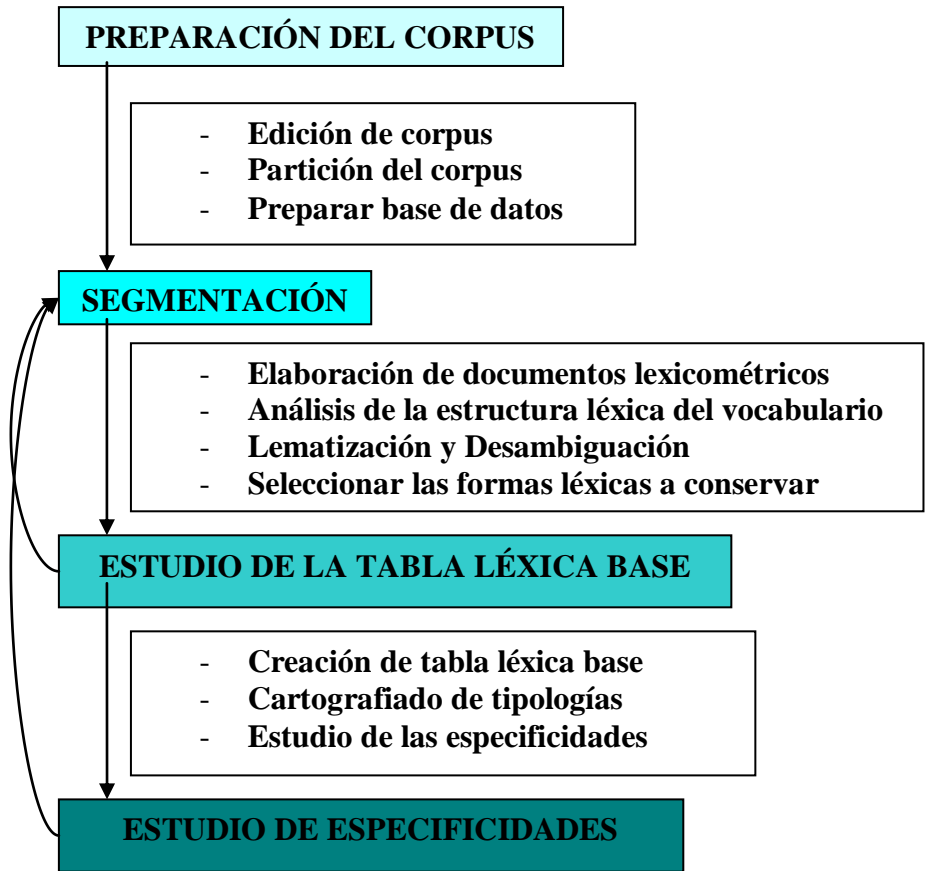
Siguiendo el modelo Cesari, el sistema métrico sobre el cual basaremos el análisis de los datos consta de las siguientes fases:

- Empleo de palabras claves con el objetivo de poder representar los elementos epistémicos contenidos en los textos.
- Agrupamiento de las palabras en clases o clústeres – análisis taxonómico –, para representar los temas en torno a los cuales se añade el conocimiento contenido en los datos.
- Colocación de los temas o clústeres en un espacio bidimensional (Y, X), con el propósito de darles una representación estratégica sobre una carta o mapa del campo objeto de análisis.

En el siguiente esquema se resumen los pasos a seguir para el análisis de los grupos de discusión<sup>46</sup>:

---

<sup>46</sup> Tal como hemos indicado, el modelo metodológico que hemos seguido es el de Cesari (2007) para análisis estadístico de datos textuales. En su modelo se proponen dos tipos de texto susceptibles de ser tratados con su método: análisis respuestas abiertas y el análisis diferencial de textos. Los esquemas que aquí presentamos son una reelaboración de su propuesta adaptada, a los objetivos específicos de nuestro estudio.



**Ilustración 2.1 . Modelo metodológico general para el análisis de los grupos de discusión**

Tal como se indica en la Ilustración 2.1, el protocolo general de análisis se basa en cuatro fases fundamentales:

1. *Preparación del corpus*: El objetivo de esta fase es el de transformar los discursos generados en las discusiones en textos susceptibles de ser procesados por el software que se ha decidido utilizar. Para ello se siguen los siguientes pasos (Ilustración 2.2):

- a. *Edición del corpus*: El primer paso a realizar es la transcripción de las grabaciones de todo el discurso generado en los distintos grupos preparados al efecto. Dicha transcripción se realiza respetando al máximo las formas y estructuras léxicas utilizadas por los intervinientes evitando en todo momento interpretar o modificar cualquier palabra o frase, incluso los casos en que la grabación no pueda ser escuchada o comprendida por ruidos ambientales, baja entonación, articulación vocal etcétera. En estos casos es preferible dar por perdida dicha parte de la discusión antes que parafrasear los que se interprete. Ante palabras desconocidas es aconsejable consultar el significado de la palabra, pero en ningún caso sustituirla por un sinónimo. Aunque en procesos posteriores se realizarán agrupamientos por similitudes, en este primer momento es esencial mantener el discurso tal y como es generado. Téngase en cuenta que buscamos formas específicas de “decir”, por lo que una modificación del léxico inicial podría corromper el resultado. Tras la transcripción en formato electrónico se procede a corrección ortográfica y tipográfica y se pasan todas las palabras a letras minúsculas<sup>47</sup> excepto en nombres propios o aquellas palabras homónimas que necesitan ser diferenciadas por su significado contextual<sup>48</sup>. En este punto se realiza la primera depuración del texto,

---

<sup>47</sup> Esta transformación del texto es esencial, pues los software de análisis textual identifican como diferentes las palabras según éstas estén escritas en mayúscula o en minúsculas.

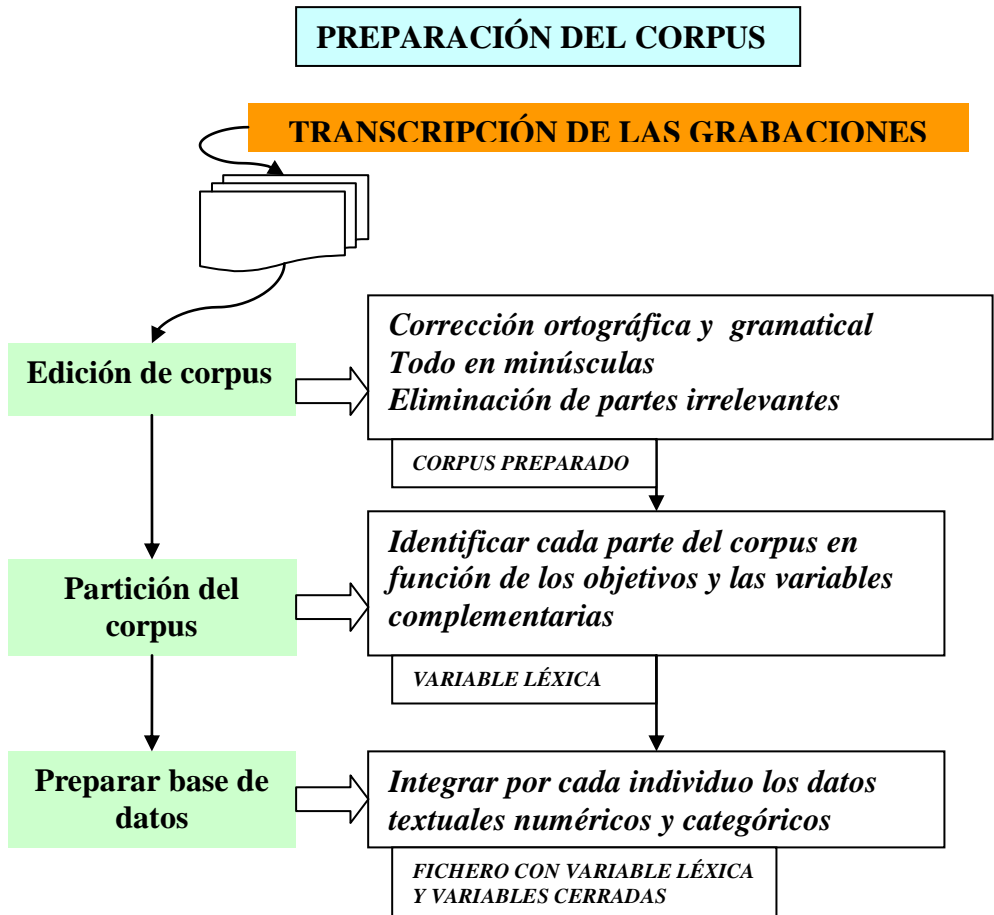
<sup>48</sup> Por ejemplo “público” (para hacer referencia a notorio, patente, manifiesto, visto o sabido por todos) y “Público” (para hacer referencia a una contraposición a lo privado en el caso de las instituciones sanitarias).

eliminando aquellas partes irrelevantes para los objetivos de la investigación.<sup>49</sup> El resultado final es un corpus preparado para su procesamiento estadístico.

- b. *Partición del corpus*: Para el caso de los grupos de discusión cada intervención constituye una parte individual del corpus. Cada una de ellas constituirá por tanto la *variable léxica*.
  
- c. *Preparación de la base de datos*. Junto con las transcripciones de las grabaciones se deberán ir incorporando una serie de variables que identifiquen tanto al interviniente como a la intervención. Como norma general estos identificadores están relacionados con variables sociodemográficas de interés según los objetivos del estudio. Como se indica en el punto anterior, cada intervención constituye una parte individual del corpus y a cada una de ellas deberá agregársele las variables que al efecto del estudio hayan sido determinadas. Con el corpus editado y las variables seleccionadas se crea un fichero que puede ser tipo tabla o tipo textos planos en dependencia de los requerimientos del programa computacional que vaya a ser utilizado para el procesamiento de los datos.

---

<sup>49</sup> En el caso de los grupos se eliminan – sólo para los efectos del procesamiento estadístico – las intervenciones del moderador, intervenciones fuera del tema mismo del debate como agradecimientos, preguntas personales al moderador, anécdotas no vinculadas al tema, etc.

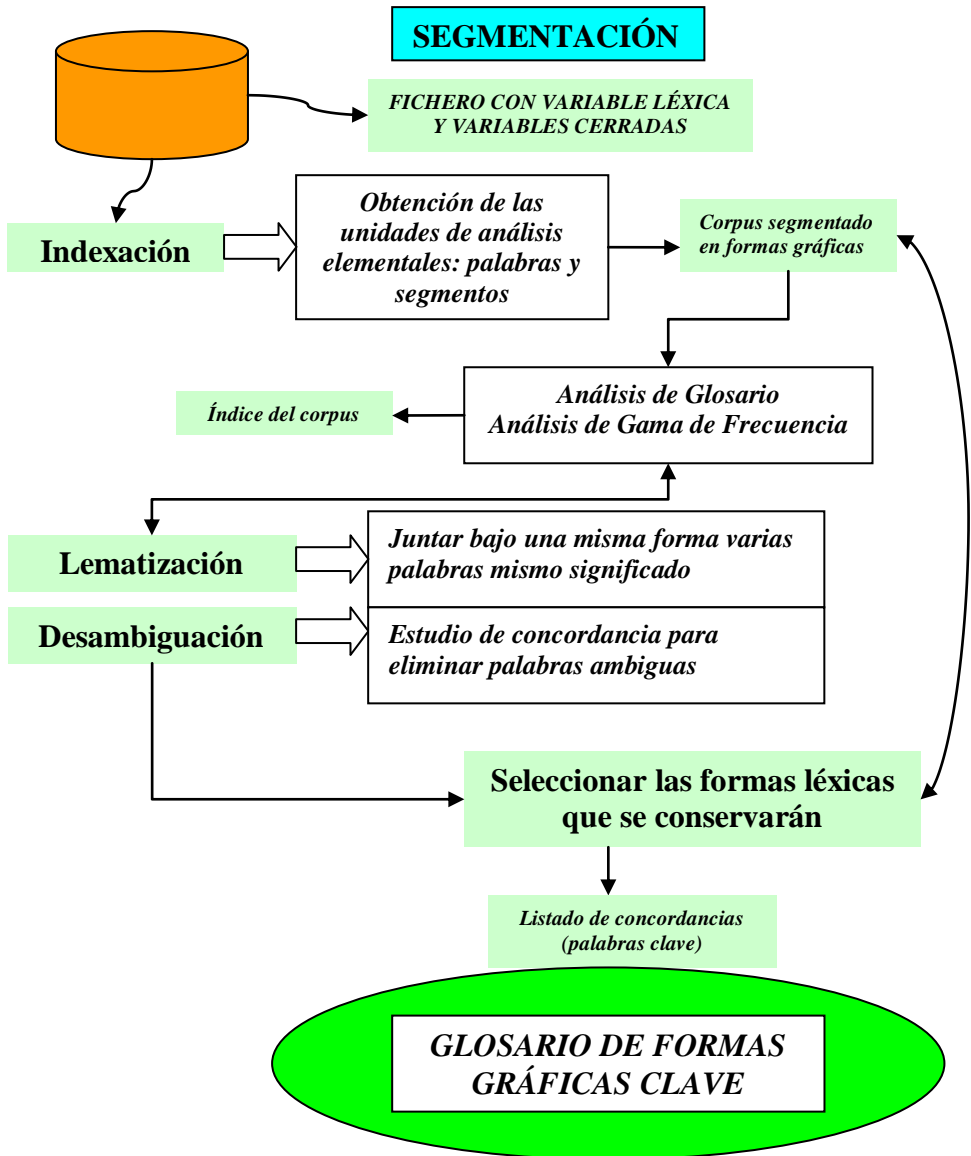


**Ilustración 2.2 Modelo metodológico (FASE 1: Preparación del corpus)**

2. Segmentación: Comienza, en esta segunda fase, el primer examen del texto. Para ello se realizan tres acciones de transformación y análisis: indexación, lematización y desambiguación, y estudio de la gama de frecuencia. (Ilustración 2.3)
  - a. *Indexación*: Con el fichero base – variables léxicas y variables cerradas – se procede a la construcción de los documentos



lexicométricos y a la exploración de la estructura léxica del vocabulario. Las unidades de análisis elementales la constituirán las palabras – conjunto secuencial de letras comprendidas entre dos espacios – y los segmentos – secuencia de varias palabras cuya frecuencia de aparición en el texto es mayor que 1 y resulta significativa a efectos de la investigación –. Cada palabra o segmento constituye por tanto la unidad básica de análisis y sobre ellas se genera un glosario o índice que mostrará además la frecuencia de aparición de las mismas dentro del corpus. Los software de análisis textual devuelven una tabla – glosario – con un número identificativo de cada forma, la forma gráfica en sí – palabra o segmento que pueden estar ordenados por orden alfabético o por orden de frecuencia –, la frecuencia, y la longitud medida en número de caracteres.



**Ilustración 2.3 Modelo metodológico (FASE 2: Segmentación)**

- b. *Lematización y desambiguación*: Seguidamente se procede a unir bajo una misma forma o lema, palabras con el mismo significado, siempre teniendo en cuenta los objetivos de la

investigación.<sup>50</sup> Puede realizarse de forma manual o automática, siguiendo criterios de reducción a la raíz de la palabra, conjugar formas de significado similar, conversión a un mismo género y número, etcétera. Se desarrolla además un estudio de concordancia para la determinación de las palabras ambiguas – misma forma, distinto significado –. Es también en este momento donde se eliminan los términos como conjunciones, preposiciones, artículos, adverbios<sup>51</sup> algunas formas verbales<sup>52</sup> y sustantivos que no aporten significado al estudio. En todo este proceso se tendrá que volver constantemente a la Fase 1 hasta que el corpus esté perfectamente ajustado a las necesidades de la investigación.

- c. *Estudio de la gama de frecuencia:* Esta fase se cierra con la selección definitiva de las formas léxicas que serán conservadas para el procesamiento posterior. Este estudio está basado en la Ley de Zipf, que básicamente establece que la frecuencia de una palabra en un texto y su lugar en un rango de frecuencias están relacionadas entre sí mediante una constante

---

<sup>50</sup> Tal es el caso, por ejemplo, de las formas verbales que pueden ser agrupadas todas bajo su infinitivo a no ser que sea significativo el conocer el tiempo verbal más frecuentemente utilizado en el texto.

<sup>51</sup> Se aconseja la supresión de complementos circunstanciales de tiempo y lugar como “aquí”, “allí”, “ahora”, etc. Sin embargo, como veremos más adelante, a los efectos de nuestra investigación se decidió mantener los términos “antes” y “ahora”, por ser significativos en el lenguaje de los mayores para referirse a la comparación entre su vida pasada y las costumbres de su tiempo por una parte, y por el otro el momento actual y la actitud de las generaciones más jóvenes.

<sup>52</sup> Existen formas verbales que están sobreutilizadas en el lenguaje cotidiano y que conviene valorar su inclusión o exclusión, como es el caso de las formas del verbo “haber” en los tiempos compuestos, los verbos “tener”, “hacer”, “ir”, entre otros.

próxima a 1 que depende del texto (Cesari, 2007: 94)<sup>53</sup>. Para ello se vuelve a listar el glosario por orden de frecuencia, pero esta vez con las formas ya lematizadas. Cada valor de frecuencia es dividido por el total de palabras del texto obteniéndose así la frecuencia relativa. Si se ordena la lista por dicho rango obtenemos que a mayor frecuencia de aparición menor será el valor del lugar que ocupa la palabra en el ranking de frecuencias. Con dicha lista se determina el umbral de frecuencia y se forma el glosario definitivo de formas gráficas claves a conservar. Los primeros elementos que se eliminan son los hápax – palabras con frecuencia igual 1 – y con posterioridad siguiendo el criterio que se quiera establecer se realiza un corte por el cual se desecharían las palabras con un valor de frecuencia por debajo del umbral seleccionado.<sup>54</sup>

3. Estudio de la tabla léxica base: Con el glosario de palabras claves ya seleccionado, se crea la tabla léxica base y se le aplican a ésta los métodos de clasificación que, según los objetivos de la investigación sean pertinentes para el cartografiado de las tipologías (Ilustración 2.4):

---

<sup>53</sup> Conocida como la ley del mínimo esfuerzo en el habla cotidiana, supone que la primera palabra más utilizada será el doble de la segunda más utilizada y así sucesivamente.

<sup>54</sup> Vale precisar que esta selección está determinada por los objetivos del estudio dado que podría suceder que el interés esté centrado en el bajo uso de determinados términos o que quiera compararse la estructura léxica de dos o más grupos y sea necesario tener, por tanto, en cuenta las “ausencias” de determinados vocablos.

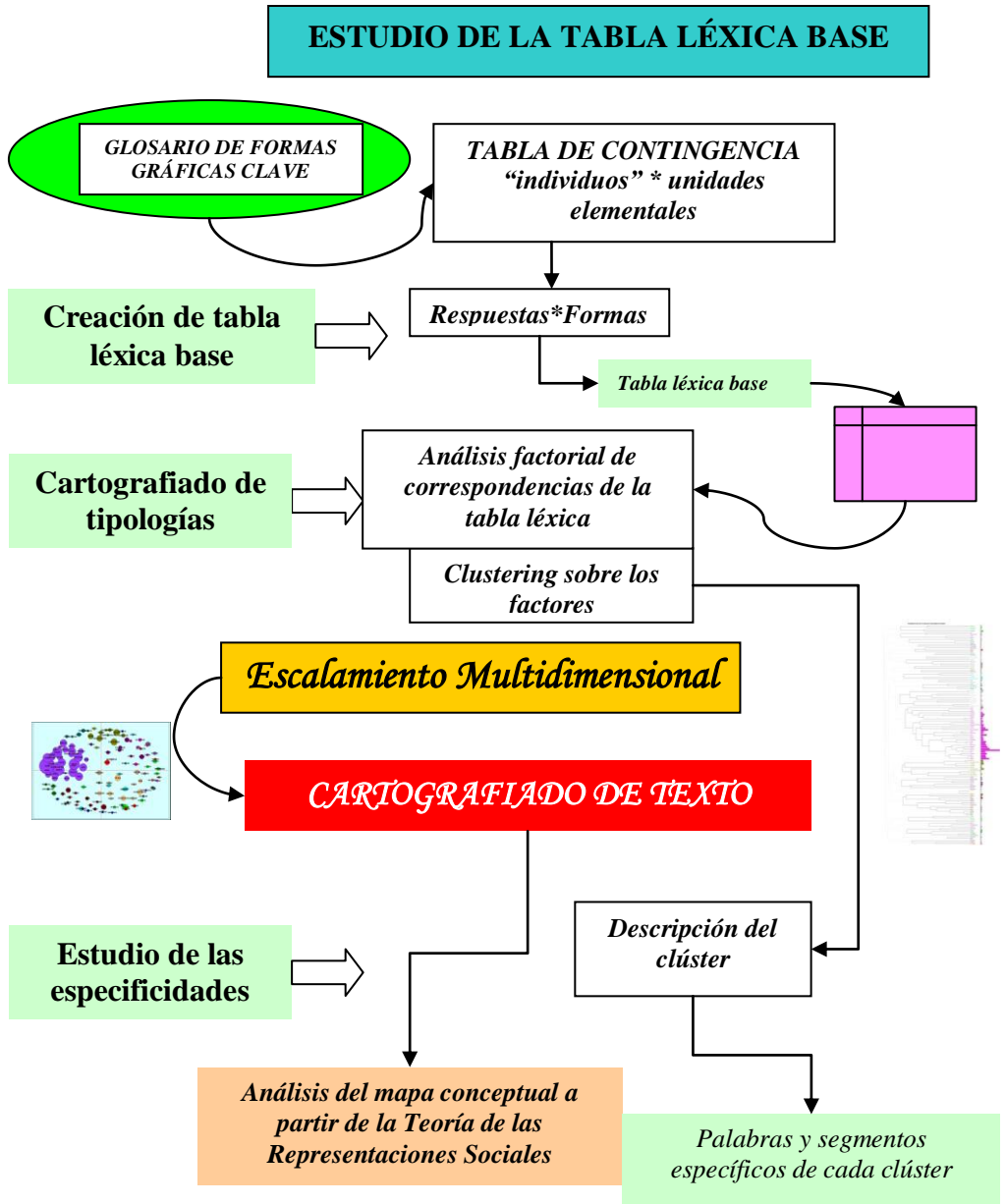


Ilustración 2.4 Modelo metodológico (FASE 3: Estudio de la Tabla Léxica Base).

- a. *Creación de la tabla léxica base:* Para el análisis estadístico de los datos textuales se crea una tabla de contingencia en la que las columnas son las formas léxicas conservadas en el glosario final – palabras y segmentos –, y las filas el texto individual, las respuestas a preguntas abiertas en cuestionarios, o en entrevistas en profundidad, o – como es el caso de nuestra investigación – las intervenciones realizadas en un grupos de discusión. El valor de cada forma para cada intervención, podrá ser entre otros la frecuencia de aparición, o la co-ocurrencia – donde 1 es que aparece dicha forma en el texto especificado y 0 su no aparición –.
  
- b. *Cartografiado de tipologías:* Con la tabla léxica base ya conformada, aplicamos modelos de análisis provenientes de la Estadística Multivariante con el objetivo de encontrar patrones similares en el uso del lenguaje. En efecto, la utilización de este tipo de técnicas de tratamiento de datos para el caso de los textos busca determinar la existencia de grupos de unidades de observación cuyo elemento de identidad sea el uso común de determinadas formas léxicas. El análisis factorial de correspondencias y la posterior aplicación de métodos de clasificación, permiten agrupar a los individuos por el hecho de decir aproximadamente lo mismo con poco más o menos las mismas palabras y facilita la visión espacial de las distancias relativas entre grupos según el vocabulario o terminología empleada. Sin embargo, dados los objetivos de nuestro estudio, nos interesa no tanto clasificar a los individuos o textos en sí mismos, sino sobre todo descubrir campos semánticos o

tópicos que configuran, estructuran y rodean una representación social. Nuestra premisa, partiendo de la teoría de las representaciones sociales, supone que la realidad como fenómeno externo a nuestra voluntad sólo tiene una forma de apropiación: el pensamiento. El pensamiento construye una realidad subjetiva, cuyos elementos constitutivos lo serán las imágenes mentales, su relación y los conceptos que de ello se deriven, pero éste sólo puede referirse a la realidad de la que se ha apropiado, a través del lenguaje. Son por tanto, las palabras, la fuente primaria desde la que podemos describir la forma específica de una representación sobre un objeto determinado. Dado que, en tanto el sujeto, siempre es un sujeto en interacción con otros, la construcción de la realidad desde el pensamiento siempre tiene un carácter social. En la dinámica de los grupos de discusión intentamos reproducir el modelo social cotidiano desde el cual los individuos interactúan entre sí y construyen un modelo común de representación de la realidad. Si, tal como indicamos, son las palabras – en relación – las fuentes desde las cuales se manifiestan las estructuras subjetivas de representación de la realidad, una de las formas desde la que podríamos vislumbrar dicha construcción es consiguiendo elaborar un mapa conceptual a partir de las distancias entre palabras, donde aquellas más cercanas a la expresión “salud” constituyen el núcleo figurativo y aquellas más alejadas, los elementos periféricos. El instrumento para la construcción de una cartografía con esas características lo encontramos en el Escalamiento Multidimensional.<sup>55</sup>

---

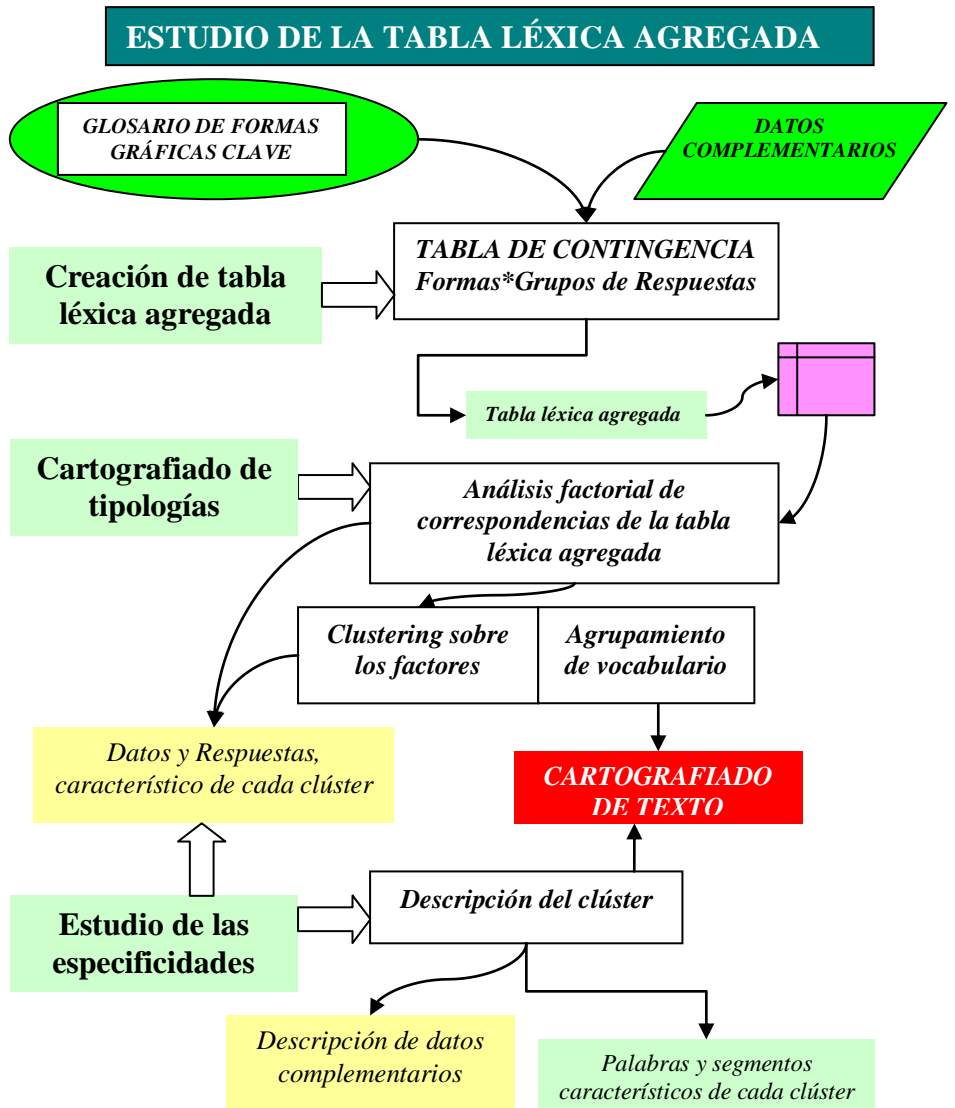
<sup>55</sup> En el apartado de análisis se explicará más en detalle el uso de este instrumento.

- c. *Estudio de las especificidades:* Tras haber elaborado la tipología y el mapa conceptual, toca realizar el análisis específico de los mismos. Por un lado se puede elaborar un descripción de cada uno de los clústeres obtenidos, listando cada una de las palabras claves que lo conforman; y por otro, analizar las distintas partes que configuran el mapa conceptual ya sea a partir de los conglomerados o de las distancias relativas entre palabra. Si el punto anterior está prácticamente en su totalidad automatizado<sup>56</sup>, en éste, comienza el verdadero trabajo del analista. En efecto, toda la labor preliminar, es inútil y queda vacía, sino se realiza una interpretación de los datos obtenidos, a la luz de los objetivos de la investigación y del paradigma teórico tomado como referencia. Los instrumentos estadísticos nos permiten afrontar el gran volumen de datos que a primera vista parecen inconexos, validar resultados y no dejar al libre albedrío de la subjetividad la interpretación de los datos. Sin embargo el objetivo último deberá ser la inferencia del conocimiento latente en el que el analista deberá realizar un ejercicio hermenéutico teniendo como apoyo el examen estadístico precedente.

---

<sup>56</sup> Existen varios programas informáticos en el mercado que permiten la automatización de análisis estadístico de datos textuales.





**Ilustración 2.5** Modelo metodológico (FASE 4: Estudio de la Tabla Léxica agregada).

4. Estudio de la tabla léxica base: Teniendo en cuenta los objetivos de nuestro estudio, la labor de indagación estadística concluye en la

fase anterior. Sin embargo, el presente modelo que hemos tomado como punto de partida, ofrece la posibilidad de relacionar las formas léxicas con otras variables contenidas en el estudio, como puede ser en el caso de una encuesta, las respuestas a preguntas cerradas dentro del cuestionario. Dada las características de los grupos de discusión es evidente que no tenemos variables cerradas sobre las que se pueda crear una tabla léxica agregada. En nuestro caso, no obstante sí realizamos una diferenciación entre dos variables: sexo y la condición de estar en residencias o no. Ello nos permitió componer una distinción entre la representación de unos y otros, pero dado que, cómo se verá, sólo se trata de matices, lo hemos utilizado como datos complementarios para enriquecer el análisis.<sup>57</sup> Asimismo, no nos pareció pertinente considerar este punto de la investigación como eje angular, al no tener controladas otras variables como edad, estado civil, o ubicación dentro de la estructura sociolaboral que podrían ser en última instancia las determinantes en la configuración de un forma u otra de representación<sup>58</sup>. El protocolo de análisis lo resumimos en la Ilustración 2.5.

---

<sup>57</sup> El análisis presentado corresponde a todo el discurso, sin distinción de los dos grandes grupos participantes. Podrá sugerirse la inclusión de una comparativa entre ambos, lo cual ciertamente enriquecería el resultado de la investigación. En el procesamiento de los datos hicimos dicha distinción, pero no encontramos diferencias significativas en cuanto a uso y frecuencia de palabras. Dado que exponer aquí todos los datos haría excesivamente larga esta tesis, hemos optado por no presentar los datos y subrayar sólo aquellos puntos que sí denotan una diferencia de sentido o énfasis.

<sup>58</sup> Por ejemplo, resultó muy complicado lograr que en las residencias de mayores los hombres participaran en los grupos por lo que existe un desequilibrio entre las cantidades de participantes masculinos de residencia y de los que no están en ellas. Las circunstancias también hacen que los miembros de las residencias sean de edad más avanzadas que aquellos que participaron en los otros grupos.

## CAPÍTULO 3. REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE LA SALUD.

- *¿Qué te parece, Lázaro? Lo que te enfermó  
te sana y da salud.*

Anónimo  
*Vida de Lazarillo de Tormes  
y de sus fortunas y adversidades*

### **3.01 La salud como objeto de representación**

Si nos ceñimos estrictamente al concepto de representación social de Moscovici, el primer paso a dar es establecer si *la salud* cumple con los requisitos de ser objeto de representación. A priori, parece ser ésta una conclusión a la que puede llegarse sin más, a tenor de la gran variedad de investigaciones que de la representación social sobre la salud existen. La pregunta, no obstante, no suele hacerse en ninguna de ellas, y se da por hecho la existencia de una cosa a lo que llamamos *salud*, cuyas características son íntegramente perceptibles, definida desde una iconografía compartida y legitimada por la práctica y las instituciones sociales. *La salud* es un *hecho* reconocible por todos, presente en la empírica individual, constituida por elementos cognoscitivos intercambiables, con una carga específica de valor, moldeada por los afectos y motriz de conductas. A niveles sociales, existen instituciones más o menos formales encargadas de su estudio, corrección y gestión.

La *salud* no parece existir como objeto material particular aunque sí sustantiva. Siendo una forma abstracta su condición de existencia remite a la disputa de los universales y a su posible condición de *flatus vocis* e

imposibilidad de ubicarlo en un eje espacio-temporal. Platón resolvería el problema al ubicarlo en el reino de las Formas, de las cuales cada noción particular sería un reflejo imperfecto del primero y donde espacio y tiempo carecería de sentido. Pero aun así, en la noción particular, en ese devenir de las Formas, la *salud* entraría dentro de aquellas que sólo pueden ser percibidas por el alma a través del entendimiento y siempre teniendo como base otras ideas y en ningún caso el mundo sensible de manera directa.

La salud es un objeto construido desde la experiencia, pero no como un objeto proveniente del mundo sensible, sino en tanto sensación o estado donde el cuerpo funciona como su continente y es en relación a él sobre el que giran la prácticas en salud (Salinas, 1994). Lo corporal, en tanto realidad iatromecánica aparece como el primer vínculo del sujeto consigo mismo y es en dicho carácter donde se objetivan las nociones de salud y enfermedad.<sup>59</sup> El cuerpo es el objeto perecedero, frágil y vulnerable necesitado de cuidados ya sea para corregir las rupturas que en su estructura y equilibrio pudieran producirse como para mantener y prolongar su estado de utilidad y eficiencia.

Sin embargo, no existe corporalidad sino es en relación a un constructo subjetivo, a una experiencia individual a través del cual el sujeto hace consciente esa realidad bio-física que es el cuerpo al que hace *suyo* poniéndolo en relación consigo mismo y con otras realidades corporales. El cuerpo es transformado en objeto discursivo y biográfico, sobre el cual se naturalizan el conjunto de experiencias proyectadas desde una introversión simbólica dualista sobre el *ser* – cuerpo real – y el *deber ser* –cuerpo ideal. Esta relación cuerpo real – cuerpo ideal imita la imagen del cuerpo construida a partir de los referentes simbólicos del sujeto y participa del cuerpo deseado.

---

<sup>59</sup> La tradición iatromecánica desarrollada e inspirada por Descartes, Galileo, Borrelli, Santorio, entre otros durante el siglo XVII, es un claro ejemplo de la colocación del cuerpo en centro articulador del modelo iconográfico médico en el advenimiento de la modernidad.

Dicho vínculo aparece ante el sujeto como independiente de las instituciones disparadoras de modelos referenciales cuya imitación sublima la construcción de su identidad en una relación de semejanza – inclusión / desemejanza – exclusión. La cercanía o lejanía de ambos polos adjetiva la *salud* en el marco de una segunda dualidad: *buena – mala*.

En efecto, la *salud* no existe sino en relación a un valor positivo o negativo de su *estado* y dicha condición refiere también a un estado del cuerpo-máquina similar al modelo cartesiano, a su capacidad para ejecutar las acciones que se esperan de él tanto por parte del sujeto que lo posee como por el conjunto de individuos e instituciones de las cuales forma parte, y también a una estética, a una imagen que comunica y sirve de narrativa evaluadora de su estado. La salud es un *estado del cuerpo* y por tanto *no es*, en sí misma, sino que es buena o mala o está en un punto determinado de dicho continuo cuya diagnóstica dependerá, también, del sujeto en su percepción del *estado de sí mismo* y de los indicadores que el contexto socio-institucional marque como elementos referenciales para ubicarlo dentro de uno de los puntos entre ambos polos.

Pero la *salud*, no sólo está contenida en lo corporal ni su referente es exclusivo de éste. El dualismo cuerpo y alma ha marcado – y lo continúa haciendo – un modo diferenciado de abordar su determinación. La religión órfica reconoció en su momento esta binariedad de la condición humana, enjaulando en el cuerpo-carne los valores negativos heredados de los Titanes y en el alma la pureza divina de Dionisios. El *ánima*, tal como la nombrara Aristóteles, fue la diana sobre la cual se estableció el objetivo trascendental de pureza como sinónimo de salud. Si el cuerpo se rige por las leyes de la naturaleza física – creación / descomposición – el alma mantiene una naturaleza inmortal sobre la cual, por tanto, deben ejercerse todas las estrategias para su conservación en un estado saludable a través

precisamente de una apostasía del cuerpo, y, sobre todo, del dominio de las pasiones que emanan de él.<sup>60</sup> Para el modelo judeo-cristiano, el alma no es sólo contenedora, sino la única – y suficiente – razón por la cual se debe velar y guardar la salud espiritual y enfatiza en la responsabilidad exclusiva del individuo – con ayuda, eso sí, de las instituciones de poder eclesiástico – de mantener su estado puro y acercarse a los estados de divinidad.

En torno a esta dualidad cuerpo-alma por el que también discurría el pensamiento cartesiano,<sup>61</sup> se sintetizan las nociones de salud, considerándola como un estado de equilibrio entre ambos polos de la condición humana. La sentencia latina *mens sana in corpore sano* ya establece los dos contenedores de todo aquello condensado en el término salud, pero sobre todo revela el sentido de *justa medida* entre ambos. La noción de *equilibrio* es consustancial al objeto salud. Así, la tensión establecida entre el cuerpo y el alma o la mente, el individuo y su medio ambiente natural, el sujeto y la sociedad, los deseos o expectativas y la posibilidad real de llevarlos a cabo, la imagen y el ideal de sí mismo, etc., condicionará la salud en tanto valor. Volviendo a la salud en su forma adjetivada, lo bueno y positivo está siempre vinculado a la armonía; lo malo o negativo, se asocia a un desequilibrio. Los gradientes en torno a los cuales puede moverse el valor *salud*, estarán determinados por la inclinación de la

---

<sup>60</sup> Este interés por el oscuro y errático comportamiento de lo que ahora llamamos psiquis, no parece haber desaparecido, teniendo en cuenta que muchas de las investigaciones que, por ejemplo, en torno las representaciones sociales de la salud hemos encontrado tienen como objeto las enfermedades mentales o las instituciones psiquiátricas. (Foucault, M., 1964; Bueno A., José R. & Francisco J. Mestre Luján, 2005; Calle Ospina, Claudia P. & Blanca I. Carmona Gómez, 2006; Rodríguez, F., 2004)

<sup>61</sup> “Estos hombres estarán compuestos por un alma y un cuerpo. Es necesario que, en primer lugar, describa su cuerpo aparte, y, en segundo lugar, su alma también aparte; finalmente, debo mostrar cómo estas dos naturalezas deben estar ajustadas y unidas para formar hombres semejantes a nosotros” (Descartes, 1662 (1990): 19).

balanza en función de lo que el individuo y su contexto social determinen como elementos de ponderación.

Pero más allá de toda esta disgregación gnoseológica, la salud es entendida dentro del pensamiento de sentido común como un *objeto*. En la investigación que presentamos a continuación<sup>62</sup> se revela cómo, en el contexto del lenguaje cotidiano, la salud mantiene su distancia simbólica más cercana con el verbo “tener”. En efecto, la salud no sólo cumple con uno de los requisitos para ser objeto de representación sino que en tanto representación ha sido convertido en un hecho objetivable y natural, anclado en el imaginario colectivo. La salud es “algo que se tiene o no se tiene”. En la expresión “tener salud”, se solapa la cualidad de “buena”, y sólo necesita nombrarse cuando ésta manifiesta indicadores que la desvían de su género específico. *Salud* expresada como *posesión de algo* lleva implícito un estado positivo; su antagónico, el estado negativo, desencadena la noción de enfermedad o patología.

Si la salud se concibe como equilibrio, la enfermedad viene a manifestar una desestabilización provocada por agentes externos y/o internos cuya representación puede pasar por la referencia a elementos mítico-religiosos (posesión por parte de un dios o espíritu maligno), o médico-biológicos (posesión por parte de agentes biológicos o desgaste de alguna parte del sistema orgánico). Como indica Rangel (2011), la enfermedad es más que un conjunto de síntomas “fastidiosos” sino además un accidente o tropiezo personal siempre desafortunado y cuyo advenimiento supone una alteración de las condiciones “normales” de vida. Dicha normalidad viene determinada por la construcción bio-médica institucional a partir de la utilización de procedimientos diagnósticos que determinan el encuadre en una serie de pautas preestablecidas; también desde lo social-cotidiano, en el que

---

<sup>62</sup> V. Capítulo 5.

confluyen las formas de pensamiento de sentido común con tácitos patrones de diagnóstico que en muchas ocasiones entran en contradicción con el modelo bio-médico.

La enfermedad tiene una realidad más objetiva y perceptible. La salud es *una*, en singular y sólo puede formularse como tal; no puede explicarse sino *denotarse* a través de un gradiente; no tiene síntomas, o más bien, su razón de ser es la ausencia de éstos; se “posee”, se “tiene” y se “desea”, pero no existe sino como *estado*, como sensación – “*sentirse bien*”, “*estar bien*”<sup>63</sup> – y como capacidad y poder – “*ser independiente*” –. La enfermedad tiene un carácter más específico; es plural y puede ser “nombrada” y clasificada; es también sensación, pero ésta es más objetiva – *sentir dolor*<sup>64</sup> –, y por tanto explicable y transmisible desde el punto de vista comunicativo; es causa específica de una incapacidad o limitación y provoca la pérdida de espacios de poder por parte de quien la padece. La salud es equilibrio; la enfermedad es resultado del ataque de elementos externos frente a los cuales solo una *estrategia* de defensa contra ellos podría evitar la pérdida de dicha armonía.

La condición de singularidad de *la salud* y de pluralidad de la *enfermedad* tiene su correlato en el discurso científico en general y en los estudios sobre representaciones sociales en particular. Los estudios sobre *salud*, llevan necesariamente aparejado el complemento del *para quién* o desde qué punto de la estructura social se ofrece un modelo determinado de representación – jóvenes, mayores, personal de enfermería, etc.

---

<sup>63</sup> “En este mismo sentido, también hemos podido observar que en el caso de los jóvenes madrileños, las chicas producen una concepción más global que los chicos, más cercana al bienestar y al equilibrio general, más centrada en el ‘sentirse’ bien, mientras que los chicos producen una concepción más cercana a las nociones más órgano-médicas, más focalizadas en el cuerpo considerado como algo estrictamente físico. Concepción que los chicos condensaban en la expresión ‘estar bien’”. (Conde, F. & Miguel M., 1997: 99)

<sup>64</sup> Tal como veremos en el epígrafe siguiente “el dolor” es el referente más inmediato en la evaluación del estado de la salud y la presencia de “enfermedades”.



Por su parte, toda enfermedad tiene su representación social específica. Así, encontramos estudios sobre las formas en que son construidas socialmente determinadas enfermedades – hipertensión (Cuevas, F., 2004), VIH/SIDA (Morin, M., 1994; Jofré, M., et. alt., 2005), enfermedades bucales (González, F., et. alt., 2010), pediculosis (Muñoz, E., 2007), cáncer de mama (Giraldo-Mora, C., 2009), etc. – y las formas en que éstas fijan el comportamiento social hacia la enfermedad misma y hacia los sujetos que la padecen. Estas investigaciones revelan que las representaciones sociales en torno a enfermedades específicas son resultado de una reelaboración del pensamiento científico y sus paradigmas que en torno a ellas existe, y sobre todo de la forma en que dicho pensamiento, presentado como información o conocimiento, se divulga. En efecto, el contenido de la representación lo constituyen “trozos” de conocimiento científico, con cierto grado de ambigüedad para el receptor, readaptados bajo el prisma de la experiencia familiar-grupal y de los referentes socio-afectivos más cercanos en la búsqueda por conservar un sentido de identidad en el sistema de relaciones sociales. Tal como indica Lia (2000), cuando un individuo atribuye significado a una experiencia en torno a la salud y la enfermedad no lo hace generando un nuevo sentido, sino que utiliza los significados que ya están elaborados socialmente, se apropia de ellos y los refracta como suyos.

La enfermedad como representación conjuga un conjunto de elementos semióticos más o menos sistémicos que a nivel de pensamiento cotidiano busca dar sentido a una serie de síntomas no coherentes con la noción de buen estado de salud. Según León, M, D. Páez & B. Díaz (2003) podemos identificar varios componentes en la ordenación de este esquema mental, a saber:

- *Identidad*: a través de la asignación de una nominación en el sistema de nomenclaturas.

- *Síntomas*: o sensación de cambio hacia un estado de ruptura del equilibrio físico o mental a través de una percepción subjetiva, o atendiendo a indicadores de diagnóstico a través de la observación directa o medición de parámetros químico-biológicos y su comparación con indicadores normalizados de salud.
- *Noción de causas*, cuyo origen puede estar en el ataque de agentes externos – sean estos naturales o sobrenaturales –, en la condición bio-genética del individuo o en la conducta o prácticas cotidianas de éste.
- *Noción de efectos*: a corto, medio y largo plazo a niveles físicos, emocionales, sociales y económicos.
- *Noción temporal*: Duración y evolución de la enfermedad en sí misma ya sea en estado sintomático o asintomático.

El siguiente elemento clave para considerar la salud como objeto de representación es la existencia e intercambio de información y la presencia de cierto debate significativo en torno al objeto en cuestión. Este punto parece también obvio para el caso de la salud. Es evidente que sobre salud existe permanentemente algún tipo de información de primer orden en cuanto al interés de la opinión pública y debates más o menos constantes donde la salud aparece como elemento central o referencial en el marco de las prácticas de la vida cotidiana. La fuente de información más importante en torno a la salud, según indican algunas investigaciones (Nahón, 1994), son los medios masivos de comunicación y en particular las emisiones televisivas, después de las obtenidas a través de los representantes de las instituciones sanitarias fundamentalmente los médicos.

Pero, ¿sobre qué hablan los medios? En un estudio realizado en España (Díaz, J., 2009) sobre noticias en torno a la salud publicadas en los diarios El País, El Mundo y ABC, el valor predominante eran: “polémica” (41,6%), “positividad” (25,8%) y “negatividad” (18%).<sup>65</sup> En ese año (2008), la polémica estaba relacionada con el debate en torno a temas vinculados a los antagonismos surgidos entre el desarrollo científico y las posiciones bio-éticas de las instituciones religiosas, fundamentalmente la católica. Tal es el caso, por ejemplo, del desarrollo de la ley del aborto, la clonación y las investigaciones con células madre.<sup>66</sup>

Dentro de la dimensión positiva o, como también se denomina, “buenas noticias”, sobresalían dos asuntos. En el primero destacaba el desarrollo de la ciencia médica y sus descubrimientos, cuyas aplicaciones prometían mejoras sustanciales en la prevención y cura de las enfermedades con su consecuente implicación en la mejora de la calidad de vida de los ciudadanos (avances en el tratamiento y prevención del SIDA, terapias contra el cáncer de mama y en general los progresos de la tecnología aplicados al campo sanitario). El segundo tema con presencia significativa dentro las noticias aparecidas en prensa, destacaba las medidas dirigidas al mejoramiento de las prestaciones sanitarias por parte de las instituciones de gobierno, así como los planes para fomentar conductas acordes a los modelos de vida sana establecida desde los campos científico-médicos.

---

<sup>65</sup> Fueron analizadas 224 noticias. La taxonomía utilizada para la clasificación de los valores noticiosos fue: continuidad, curiosidad, celebridades, desviación, drama personal, entretenimiento, impacto social, magnitud, naciones élites, negatividad, novedad, poder, polémica, positividad, proximidad geográfica o cultural, relevancia, sorpresa, utilidad, valor, educativos.

<sup>66</sup> En la investigación que presentamos, resulta curioso el hecho de que en ningún caso aparecieron estos temas de manera espontánea, denotando cierta ruptura entre el interés mediático, sobre todo provocado por posiciones ideológicas en el campo de la lucha entre partidos políticos, y el interés – en tanto problema real – que manifiestan los individuos en sus prácticas cotidianas.

Por su parte la dimensión negativa o “malas noticias”<sup>67</sup> están referidas en lo fundamental a “fracasos médicos, errores y negligencias médicas; epidemias y extensión de enfermedades; fraudes y delitos contra la salud; deficiencias e irregularidades de la política sanitaria; historias personales dramáticas; problemas medioambientales; enfermedades laborales; muertes; y riesgos y peligros de determinados productos”. (Díaz, J., 2009)

Diversos son también los canales desde donde se expande el universo comunicacional en torno a la salud. Tal como explica Isaac Nahón (1994), es la televisión el medio a través del cual se pone en escena todo el sistema de divulgación científico-médica. No es algo extraño que así sea, y resulta casi una verdad axiomática, teniendo en cuenta la consabida influencia de la televisión como medio masivo de divulgación por excelencia y su demostrado impacto en la configuración de la opinión pública, y los modelos representacionales de la realidad social. La cuestión, por tanto, ha de derivarse a determinar el cómo lo hace y a describir su contenido manifiesto y latente, porque – también esto parece obvio – la televisión no sólo constituye un elemento determinante en la construcción de la representaciones sociales que sobre la salud existen en tanto modelo hegemónico de estructuración, sino que en sí misma ella es un reflejo del modelo dominante.

Cualquiera sea el caso, independientemente del medio del cual se trate o de los objetivos que se persigan, la fuente desde la cual se legitima toda la información es la ciencia y sus instituciones. Lejos han quedado los saberes transmitidos a través de la tradición oral. Incluso, éstas, muy de moda en los últimos tiempos, lo son en tanto han sido avalados por las instituciones médico-científicas. También, aquellas corrientes que intentan alejarse de los modelos dictados por ciencia médica institucionalizada, justifican su

---

<sup>67</sup> El autor del trabajo, advierte sobre la baja predominancia de este tipo de noticias, lo que contrasta con la imagen general de que las “malas noticias” venden más que la “buenas noticias”.

oposición o transgresión a las normas impuestas, alegando una verdad extraída desde los mismos esquemas metodológicos y criterios de validez de la llamada investigación o método científico.<sup>68</sup> Siguiendo a Nahón, si la narrativa del discurso televisivo constituye una derivación del dogma científico, éste último refuerza su carácter de “mito” – incuestionable – precisamente por el valor que le otorga la televisión.

Los medios masivos de comunicación no sólo van a reforzar la idea de salud, en tanto equilibrio de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del sujeto como individuo aislado. Su condición de instrumento y de aparato ideológico remedará la noción de “patologías sociales” ya presentadas por el estructural-funcionalismo como *anomias* y como refuerzo estigmatizador de aquellos agentes proclives a desmontar o poner en peligro el equilibrio del sistema (alcoholismo, drogadicción, suicidio, et.). El orden sexual, es acaso el campo más controvertido y sobre el cual han recaído la mayoría de complejas relaciones de tensión entre los procesos de vida real, la divulgación científica y la reproducción metamorfoseada de ésta por parte de los medios y específicamente de la televisión.

Ya en los años 70 la obra fundacional de, Masters, Johnson & Kolodny, *La Sexualidad Humana*, destacaba la forma en que buena parte de los test psicológicos del modelo conductista tenían como base axiológica la teoría del rol de género concebida para describir las expectativas socioculturales en torno a la manera de conducirse y aparentar de los hombres y mujeres. A partir de dichos patrones se buscaba medir la forma en que un individuo se ajustaba o no a los patrones correspondientes culturalmente a su sexo. El ajuste o desajuste a estos parámetros ha enmarcado al individuo en una relación de salud/enfermedad sublimado también en la tesis *behaviorista* de adaptación/inadaptación. El desvío de la media ha sido admitido como una

---

<sup>68</sup> Los casos más comunes son los relacionados con los modelos alimenticios.

muestra de “anormalidad”, teniendo en cuenta además que la masculinidad y la feminidad se presumen antagónicas: un individuo o tiene características femeninas o las tiene masculinas, pero resulta imposible imaginar una *androginia* a no ser como representación patológica. Es este uno de los ejemplos más claros de cómo los medios se convierten en misioneros y arquitectos mediadores entre los paradigmas de la ciencia y el “consumidor-espectador”. Baste con echar una ojeada a la evolución de la imagen de género ofrecida en los últimos cincuenta años por parte de la televisión o los medios publicitarios.

Ciertamente, en el campo de la circulación de la información, cobra especial fuerza las políticas de divulgación sanitaria elaboradas desde las instituciones específicamente relacionadas con salud y otras, que sin serlo, utilizan los modelos hegemónicos de estados y prácticas saludables, como estrategias para la consecución de otros objetivos como puede ser el caso de la captación de potenciales consumidores en campañas de mercadotecnia.

Resulta evidente la diversidad temática en torno a la salud y la enfermedad, tal como lo demuestra la investigación citada anteriormente. Sin embargo, dos parecen ser las líneas temáticas sobre las que circulan y en torno a las cuales se estructuran los elementos narrativos en torno al tópico que nos ocupa. Por una parte, la medicina en tanto ciencia y tecnología, que demuestra su avance no sólo en la aparición de nuevos descubrimientos que revelan el funcionamiento del cuerpo y la mente humanas, así como la invención de nuevas técnicas diagnósticas y terapéuticas, sino además con la presentación de indicadores que denotan cambios en la morbilidad, la esperanza de vida y su calidad; y por otra, la profusión de estrategias de prevención y prácticas de lo que se ha dado en llamar vida sana o vida saludable.

La tesis de Nahón (1994) de la patología como concepto operativo nos permite entender el por qué, la divulgación sanitaria más allá de constituir un elemento educativo – y quizás por ello mismo – sirve de instrumento ideológico para ubicar a los individuos en grupos predefinidos por sus conductas o prácticas con consecuencias en su estado físico y psicológico. Una enfermedad de carácter individual y bio-psicológica se convierte en anomia social cuando su aparición es resultado de desórdenes conductuales – “conductas de riesgo” – del sujeto o grupo de sujetos – “grupos de riesgo” – que la padecen. Se traslada de esta manera la culpa al individuo. Es él el responsable de su estado de salud, por qué es él, en un sistema de supuesta capacidad de “libre elección” o “elección responsable”, quien decide qué *estrategias* seguir: las pautadas por las instituciones científico-médicas cuya garantía aparece avalada por la legitimidad que le otorga la racionalidad moderna, o esquivar cualquier norma social asumiendo las consecuencias que de ello pueda derivarse. Un “complejo de culpa” no exclusivo de la era moderna, sino existente en sociedades preindustriales donde las instituciones religiosas tenían la obligación de establecer las normas – dictadas por el poder divino –, divulgarlas, controlar su cumplimiento y sobre todo corregir cualquier desviación que pudiera poner en peligro la “salud” del sistema. La inquisición, resultó ser una singular terapia para las almas “fatalmente” afectadas por los espíritus del mal.

Es el individuo el responsable último de seguir un modo de vida “correcto”, acorde a las pautas establecidas por el poder institucional, pero también es el sujeto receptor de todo el conjunto de informaciones que sobre salud y enfermedad se van generando en el contexto social y divulgan a través de los distintos canales de información con los cuales cuenta. Si la divulgación sanitaria institucional y los medios masivos tradicionales son las fuentes y el canal predominante, no son estos exclusivos y de hecho cada

vez se va desmembrando más esta autocracia comunicativa con la emergencia de sistemas más electivos como es el caso de Internet.

Si la teoría hipodérmica argumentaba la eficacia de la manipulación de la sociedad de masas a través de la propaganda, proponiendo un sujeto aislado y pasivo frente al poder de los medios de comunicación masiva, su axioma se desmonta en la actualidad ya no sólo con la incuestionable capacidad del sujeto de ser crítico ante el mensaje, sino que él mismo es capaz de generar y divulgar información a partir de su experiencia e intencionalidad. Como no, también es capaz de, él mismo, configurar una red social en torno a una forma específica y propia de entender la salud y la enfermedad, y las prácticas en torno a éstas.

El tercer elemento, al cual hacen referencia tanto Moscovici como Jodelet es la asignación de sentido dentro de la relación:

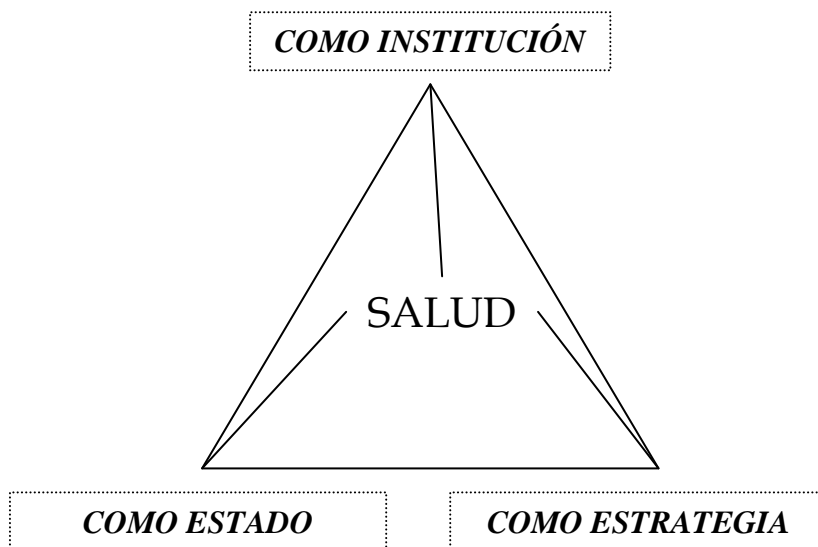
$$\text{Representación} = \frac{\text{Figura}}{\text{Sentido}}$$

Volviendo a las preguntas iniciales en la introducción de esta tesis, si la salud no existe en tanto objeto material, ¿cuál es su figura? De la salud se habla, existe como elemento de intercambio de experiencias en el lenguaje cotidiano, hay información circulante proveniente de las experiencias cotidianas y de instituciones encargadas de la divulgación sanitaria, existen de hecho instituciones en salud, pero la salud no existe como tal. Su figura es la de algo ausente, algo que no existe, sino en tanto experiencia, en tanto conjugación de sensaciones del cuerpo y la mente. En la frase “*la salud lo es todo*” se condensa el sentido de la noción salud: es la condición misma de la vida, de la existencia del yo, del individuo en tanto sujeto, de la sentencia cartesiana “*pienso, luego existo*”. La *salud* es la metáfora representacional, el sofisma, de la condición de existencia del sujeto.



La representación social de la salud, se conjuga en una compleja iconografía subjetiva cuya materia prima cognoscitiva se encuentra en la biografía del sujeto, en un múltiple soporte informativo y un saber diseminado por distintos puntos de la geografía social. El saber transmitido tiene en cualquier caso un carácter normativo. En él, el sujeto encuentra lo que es y no es, el ser y el *deber ser*, lo *bueno* y lo *malo*, lo *correcto* e *incorrecto*; y en ese saber, el sujeto se enfrenta a las contradicciones entre las prácticas sociales y los modelos representacionales de la realidad. La información coexiste con un modelo o estrategia de asimilación cuya función es la de otorgar *sentido* al conocimiento objeto de apropiación. Pero si existe una figura, ésta está contenida en una estética del cuerpo.

Hemos clasificado en tres las perspectivas desde las cuales puede construirse un modelo representacional de salud: la *salud como estado*, la *salud como estrategia* y la *salud como institución*. Sobre esta clasificación hemos organizado el desarrollo del presente capítulo.



**Ilustración 3.1** *Representaciones sociales de la salud. Eje de construcción*

### 3.02 La salud como estado

Cuando hablamos de *estado* hacemos referencia a la situación en que se encuentra algo o alguien en relación a una serie de indicadores preestablecidos para su evaluación. El *estado de algo o alguien* es una condición de valor representado por dos elementos opuestos, pero concomitantes entre sí.

Todo *estado de algo o de alguien* necesita un diagnóstico, y para el caso de la salud éste es consustancial a su propia definición. En efecto, la salud concebida como *estado*, ya sea del cuerpo o del alma/mente, supone siempre una condición de valor, un diagnóstico de alguien, que evaluará tomando como base un conjunto de principios referenciales o algoritmos diagnósticos más o menos formales – según se trate de un evaluación médico-institucional o generada desde el discurso cotidiano – y ubicará al sujeto en un punto de la red<sup>69</sup> salud-enfermedad. Ello explica la condición de pluralidad y disparidad de la condición de salud, por la cual un mismo individuo podrá ser ubicado en uno u otro punto de dicha trama atendiendo a quién evalúa, cuándo y dónde, así como atendiendo al paradigma, modelo diagnóstico o esquema representacional que se tome como referencia. Esta evaluación siempre es de cálculo del equilibrio y siempre es perceptiva.

Esto toma especial relevancia cuando la evaluación se dirige hacia un grupo. En efecto, cuando hablamos de la salud como estado no sólo se restringe a la evaluación de un individuo aislado, sino también y no con menos frecuencia a un grupo determinado. De hecho, el peritaje del estado de salud está condicionado por la presunción de que según el grupo de

---

<sup>69</sup> Preferimos el uso del término “red” más que el de “continuo”, pues, aunque a niveles de representación “salud-enfermedad” aparece como un eje unidimensional de dos elementos opuestos entre sí, lo cierto es que dicha relación tiene un carácter multifactorial.

pertenencia, ya no sólo se presupone un estado de salud determinado, sino que los propios indicadores para medirlo son distintos.

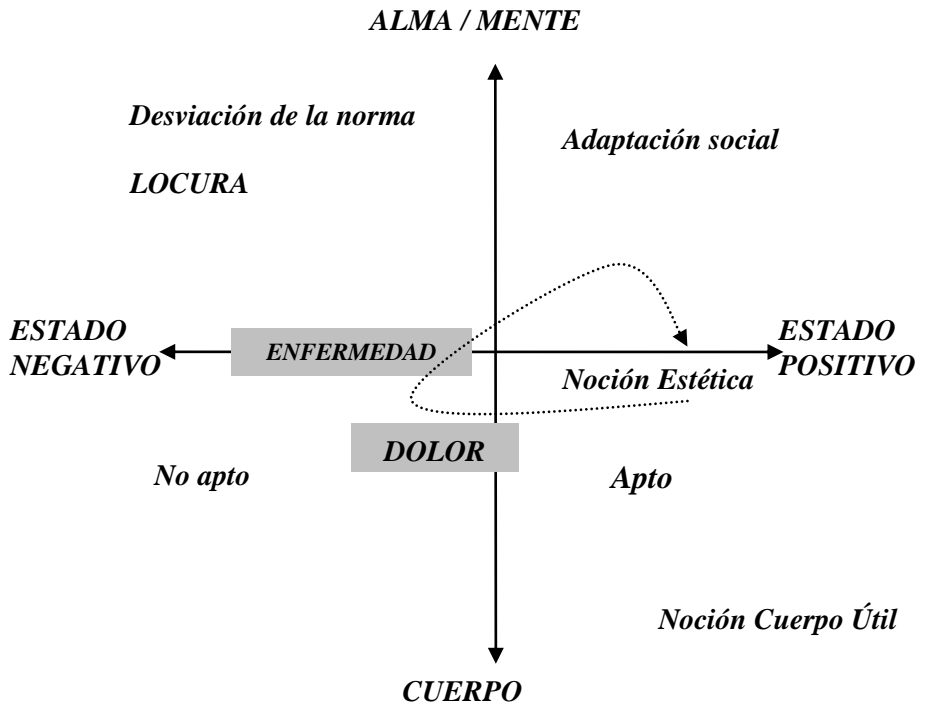
Aunque algunos autores consideran que no es válido considerar la salud como un “estado” (Lía, 2000), argumentando que es este un “proceso multidimensional, un proceso que podría llamarse de “bienestar psicosocial”, lo cierto es que caen en la confusión de entender “estado” como sinónimo de “estático”. De hecho, cuando hablamos de “bienestar psicosocial”, hablamos de *percepción del estado* o lo que es lo mismo, su dimensión subjetiva, en la que, no hay que olvidar, el “cuerpo bio-mecánico” juega un papel tan importante como el “cuerpo-mente” y el “cuerpo social”. La forma que adopta la salud como representación es, necesariamente, de *estado* ya sea como ausencia de síntomas o enfermedades – definición negativa – o la “búsqueda activa de estados saludables” (Lía, A., 2000) – definición positiva, que encaja con el modelo de salud como *estrategia*.

La primera forma en que nos representamos la salud y acaso la más simple es *la salud como estado del cuerpo/mente*, y que podríamos denominar como modelo *somático-fisiológico*. La salud y la enfermedad están directamente relacionadas con esta noción, al ser la más objetivamente perceptible. El diagnóstico de este estado del cuerpo/mente recurre sobre todo a la observación del cumplimiento de una serie de parámetros. El campo semántico en torno al cual se configura este modelo es el de *estar bien*: es la objetivación de la salud donde se le otorga su carácter sustantivo.

En otro extremo podríamos señalar un modelo al que llamaremos *anímico*, menos perceptible que el anterior desde fuera del sujeto, en tanto hace referencia a la salud como una forma de percepción subjetiva del estado de sí mismo. En él se conjuga la sensación de bienestar, de equilibrio hacia el interior del *yo* y en relación al mundo exterior natural y social. El

campo semántico en torno al cual gira esta noción es del *sentirse bien*: es la asignación de sentido a la noción de salud.

Podemos identificar un eje de representación en el cual cada extremo estaría simbolizado por una noción física – estado del cuerpo – y una noción psíquica – estado del alma/mente. Si atravesamos este eje con una línea valorativa, obtenemos el siguiente esquema:



**Ilustración 3.2** Representaciones sociales de la salud: La salud como estado.

Ello nos permite analizar la representación social de la salud desde dos perspectivas:

- *Estado positivo/negativo del cuerpo*: En los cuadrantes que se forman se condensan la noción del cuerpo como objeto productivo (cuerpo útil) y como objeto estético:
  - o *Noción de cuerpo útil*: La salud es medida en función de la capacidad del cuerpo de responder a las exigencias físicas del mercado de fuerza de trabajo. El cuerpo, como contenedor de esa fuerza, será evaluado como objeto apto o no apto dentro de un sistema competitivo atendiendo a su capacidad de resistencia por un lado y creación de valor por otro. Un cuerpo que no responde a esos requerimientos, se definirá como cuerpo no apto, y se ubicará dentro de sistema de clasificación de enfermedades atendiendo a un diagnóstico médico/institucional sobre su *estado*.<sup>70</sup> Tal como hemos indicado dicha evaluación tiene un carácter perceptivo. En efecto, ya sea el sujeto en su percepción de sí mismo o el grupo en su interacción con el ente individual, percibe una discordancia con su modelo de armonía o bienestar físico atendiendo fundamentalmente a dos aspectos: la disminución del rendimiento físico habitual – o referencial dentro de un sistema de indicadores sobre el buen estado de salud – y la presencia/ausencia del *dolor*. El contenido de la noción de cuerpo útil dentro del sistema productivo estará determinado por la ubicación del sujeto dentro de la estructura social, atendiendo a variables como la edad, el género y la clase social. Tal como

---

<sup>70</sup> La sangre, es uno de los elementos físicos sobre los que ha recaído la simbología constituyente de la representación social de la salud. La falta de potencia física y sexual en el hombre era considerada como una disminución de los niveles de sangre en el organismo; en la mujer, la menstruación constituía un hecho biológico objetivo a través del cual se explicaba dicha disminución y con ello la presencia de síntomas de histeria

veremos en esta investigación la representación social de la salud en los mayores se caracteriza por la ruptura que se establece por su salida del mercado laboral para el caso de los hombres y la reordenación del modelo reproductivo en la mujer en una generación donde existía una distinción clara en cuanto a género del trabajo productivo y reproductivo. Por otro lado, la noción de cuerpo útil, para el caso de los menores hay que entenderla como un proceso de construcción donde el juego viene a fungir como una herramienta de entrenamiento para su entrada dentro del sistema productivo.<sup>71</sup>

- *Noción estética:* En cuerpo útil lo es en tanto cumple con una serie de requerimientos estéticos fijado a nivel de pensamiento cotidiano como modelos de cuerpo saludable.<sup>72</sup> Cuando se habla de bienestar físico se solapa una condición de conformidad con una estética corporal, que no sólo es lo que el grupo o el sistema social espera de mí, sino lo que yo espero que el grupo o la sociedad espera de mí. Los ideales de bienestar vienen a estar marcados por los ideales de salud y belleza, característicos de cada cultura, variable en el tiempo y marcadamente diferenciados entre el cuerpo masculino y el femenino. La cosmética – del griego *κόσμος* (*cosmos*) / *ικος* (*relacionado*) – refiere precisamente a orden, y el orden y la

---

<sup>71</sup> Incluso hasta el propio deporte es utilizado por muchos padres como medio de “entrenamiento” para esa competición, que fuera del espacio deportivo, el niño tendrá que enfrentarse en la “vida real” (Moscoso & Moyano, 2009)

<sup>72</sup> Un ejemplo claro de la presencia de esta noción estética en el imaginario colectivo lo tenemos en una de las intervenciones hechas en los grupos de discusión que realizamos como parte de esta investigación (V. Capítulo 5): “*Es una palabra muy importante, que si se sabe aprovechar... se puede aprovechar muy bien la salud, te da medios para todo, para aprender, porque la salud también te da una presencia...*”.

armonía, era para los griegos la belleza. Es el equilibrio el eslabón mediador entre salud y belleza.

- *Estado positivo/negativo del alma/mente*: Ambos cuadrantes resumen la noción adaptativa del sujeto a su entorno social. Más allá de la existencia de enfermedades mentales cuyo origen pueda estar en una disfuncionalidad del cerebro o en un deseo reprimido, la representación social unifica al sujeto en una relación de adaptación/inadaptación y consecuentemente en una construcción moral de inclusión/exclusión a partir de una construcción cultural de la enfermedad mental. En el alma/mente enferma se han sublimado los valores negativos del comportamiento haciendo de ésta también un objeto estético donde la armonía es medida a partir de su consonancia con lo moralmente correcto o incorrecto. *La moral* no es más que una construcción estética del comportamiento humano y las relaciones entre individuos, y cuando esta conducta no se corresponde con dichas formas hegemónicas, el sistema opta por reabsorber al sujeto convidándole a restablecerse dentro de la armonía o le excluye confinándolo a espacios de silencio – entiéndase la hoguera, la cárcel o las terapias médico-psiquiátricas. En todos los casos, tanto en la noción del *alma corrupta* como la de *mente enferma*, su representación social se ha construido en torno al *miedo*. Primero, como miedo a la ruptura del “pacto social” y segundo como miedo al contagio. Ambos, sirven de herramienta de cohesión grupal, legitimadora del acto diagnóstico y las “terapias” correctoras del sujeto o grupo anómalo. Ya Sócrates señalaba el paralelismo que existía entre la felicidad del hombre justo y el estado ideal. En efecto, el filósofo ateniense en respuesta al diálogo presentado en la egregia obra *La República*, entendía la salud y la armonía como parte de la

justicia, y la enfermedad como efecto de la discordia y lo injusto; porque el alma injusta está enferma y lo es en la misma medida en que lo está un cuerpo enfermo. La degeneración del alma, lo injusto, conlleva a la infelicidad y de igual modo un Estado injusto, como en el hombre, es un Estado enfermo. Deben por tanto examinarse los modelos de decadencia del hombre como los del Estado.

### 3.02.1 *Las formas de nombrar: ¿locura o enfermedad mental?*

Una de las consecuencias del constante bombardeo informativo en torno a determinadas enfermedades es la modificación de la forma de nombrar algunas de éstas y sobre todo la desaparición de ciertos términos con carga – representación – peyorativa muy alta y que impiden poder hablar de su realidad sin despertar rechazo o animadversión. El solapamiento de nombres y la utilización de eufemismos son consustanciales a los intentos de romper lo que el pensamiento cotidiano da como objetivo y naturalmente establecido, o dicho de otro modo, con la ruptura del núcleo figurativo ya anclado rígidamente en las mentalidades populares. Núcleo que por cierto, es también resultado del establecimiento de dogmas religiosos o paradigmas médicos y científicos que daban como verdad esos mismos axiomas que ahora se rechazan como tales.

En los estudios sobre representaciones sociales de la salud según el grupo etario de pertenencia, se muestra muy claramente esta variabilidad en las formas de nombrar. *La salud* en los jóvenes no se nombra, porque no existe como problema, a diferencia de los mayores, cuya presencia en el discurso es constante y sistémica. Pero eso no significa, que para unos no exista como representación y para los otros sí. Lo que existe es una manera distinta de relacionar el concepto con el resto de prácticas cotidianas. Si para los mayores, ésta es condición necesaria de una buena calidad de vida y con



ello de una independencia y capacidad de disfrute de actividades de ocio, para los jóvenes la salud está relacionada con la capacidad de poder llevar el cuerpo y la mente al límite de su potencia, con el objetivo de construir un cuerpo análogo a la estética dominante y competir por estar a la cabeza del grupo al cual se pertenece.

Otro de los ejemplos es precisamente el de *la locura*. En un estudio realizado por la Universidad de Valencia (Bueno, A. & Mestre, F. 2002), en torno a la representación que de la enfermedad mental trasmite la prensa española<sup>73</sup>, nos explica como toda representación de la locura lleva necesariamente una asociación directa, no con la mente en sí, sino con la inteligencia y sobre todo con la noción de conducta normal/desviada, otorgándole a la primera un estado saludable y a la segunda la condición de enfermedad. Esta concepción que une la locura con la desviación de las normas aparece en todo el sistema representacional con ciertos matices atendiendo a la distancia socio-afectiva en relación al hecho en sí de la locura.

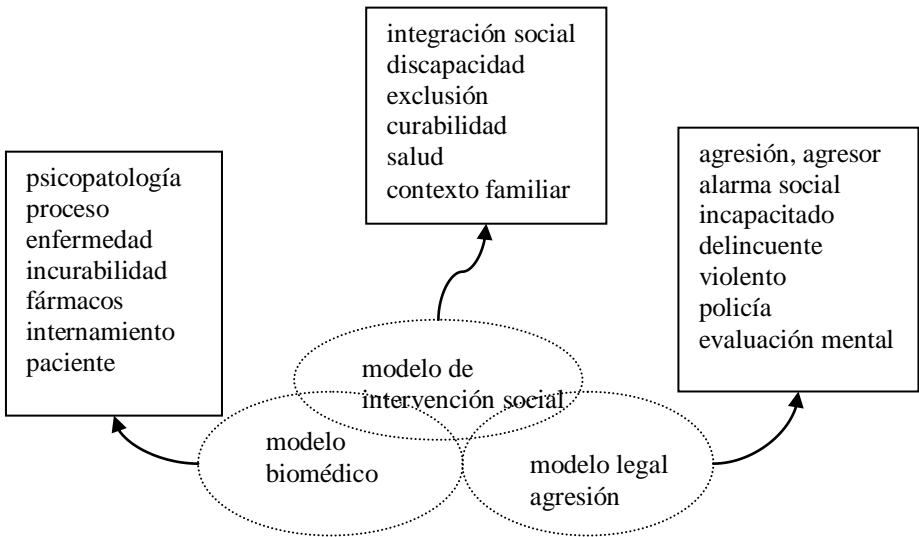
Estos matices son reflejo de la variabilidad de las representaciones sociales que existen sobre la locura, que siguiendo el modelo de Moscovici, denotan un fuerte núcleo figurativo en torno a esa idea de desviación, pero que al mismo tiempo huyen de la terminología clásica para nombrarla. En efecto, esta investigación encuentra un uso prácticamente nulo del término *locura* (4%) y un predominio de su sustantivación como *enfermedad* (26%), por un lado, y por otro con una naturaleza imprecisa de *mental*, evitando así su adjetivación como *psiquiátrica*, *psicológica*, o *neurológica*.

Sin embargo, este cambio no parece afectar al contenido mismo de la representación. Estos llamados “enfermos mentales” siguen siendo “temidos”, por su “agresividad”, “violencia” o “imprevisibilidad”. La

---

<sup>73</sup> Análisis de la prensa española entre los años 1997 y 1998.

investigación de la Universidad de Valencia revela tres dimensiones alrededor de las cuales se estructura el núcleo figurativo de la representación (Ilustración 3.3). Cualquiera sea el modelo, el eje común es la condición de ser – el sujeto enfermo – un “paciente violento”, un “discapacitado peligroso” o un “agresor enajenado” (Bueno, A. & Mestre, F. 2002)



**Ilustración 3.3 Representaciones sociales de la salud: Los trastornos mentales<sup>74</sup>**

### 3.02.2 La noción de dolor

Tomando como indicador el consumo de medicamentos y las causas por las cuales éstos se toman, llama la atención que sea el alivio del dolor el motivo declarado con más frecuencia, por el cual se ingieren determinados productos farmacéuticos. En efecto, independientemente del grupo de edad del cual se trate, el dolor parece constituirse como el referente por excelencia a nivel somático de presencia de un desequilibrio en torno a la salud como estado (Tabla 3.1).

<sup>74</sup> Datos tomados de Bueno, A. & Mestre, F. 2002: 152

	- 15	16 a 24	25 a 44	45 a 64	65 +
Medicinas para el catarro, gripe, garganta, bronquios	46,3	26,31	19,66	13,86	12,64
Medicinas para el dolor	27,71	50,97	52,89	49,33	44,48
Medicinas para bajar la fiebre	29,6	6,14	4,33	2,86	2,14
Reconstituyentes (vitaminas, minerales, tónicos)	8,29	9,65	9,5	7,93	9,53
Laxantes	1,33	1,99	2,27	4,24	7,43
Antibióticos	12,73	9,5	6,65	5,81	5,5
Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir	1,61	2,77	10,37	17,87	24,19
Medicamentos para la alergia	10,57	8,12	7,73	4,52	3,82
Medicinas para el reuma	..	0,21	1,57	9,4	18,14
Medicinas para el corazón	..	0,15	0,96	7,56	22,87
Medicinas para la tensión arterial	..	0,53	4,07	27,81	53,75
Medicinas para el estómago y/o alt. digestivas	..	4,53	9,02	14,34	21,1
Antidepresivos, estimulantes	..	1,14	6,01	11,6	10,47
Píldoras para no quedar embarazada	..	11,95	8,72	0,53	0,03
Hormonas para la menopausia	..	0,1	0,37	2,93	0,27
Medicamentos para bajar el colesterol	..	0,65	2,49	16,7	23,93
Medicamentos para la diabetes	0,37	0,56	1,39	8,2	15,69
Otros medicamentos	22,69	16,44	18,3	29,42	40,34

**Tabla 3.1 Consumo de medicamentos por edades y tipo de medicamentos (%)**  
Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo INE (2006)

Si tal como vimos los campos semánticos sobre los que se mueve la noción de salud es la de *estar bien y/o sentirse bien*, la primera habla de la ausencia de *dolor* – aunque esta ausencia esté cargada de matices – y la segunda de la asignación de sentido al *dolor*. En efecto, la ausencia de dolor suele tomarse como el elemento más objetivo para la valoración del estado de la salud como positivo. Sin embargo, en ciertas circunstancias el dolor cobra un sentido totalmente opuesto. En el modelo somático-fisiológico un estado positivo del cuerpo y por tanto de buena salud significa la posibilidad de desarrollo físico en su mayor expresión. Ser capaz de llevar lo físico al límite, de potenciar al máximo el cuerpo en su funcionalidad, incluso advirtiendo sensación dolor, puede ser visto como signo de buena salud. En sociedades y estratos donde la fuerza y el rendimiento físico son

consustanciales al sistema productivo encontramos un umbral más elevado también de resistencia al dolor como límite o indicador de “sentirse enfermo” (Lía, A., 2000).

La noción del dolor como impedimento funcional del cuerpo y síntoma de enfermedades por un lado, y la del dolor como resultado de la potenciación del cuerpo y síntoma de un estado de salud óptimo, sirve como modelo de estructuración identitaria alrededor de los cuales los sujetos conforman su conducta y estilo de vida. La construcción de la masculinidad, es un claro ejemplo de ésta diferenciación.



***Ilustración 3.4 Representaciones sociales de la salud: La noción de dolor***

En investigaciones sobre la representación social de la salud en jóvenes (Conde & Santamarina, 1997) se desvela cómo para el caso de los chicos las expresiones de violencia física y la capacidad de soportar altas cargas de desgaste, constituyen el elemento central de la noción de salud. “Pasárselo bien” no es incompatible con sentir dolor, siempre que ello denote una prueba de la capacidad de su cuerpo – y su mente – de soportarlo. El dolor es signo de un resultado, el indicador de que el cuerpo existe y mejora su rendimiento.

### 3.02.3 *El cuerpo útil.*

En un estudio realizado entre profesionales de la actividad física y el deporte (Moscoso & Moyano, 2009), éstos definían la salud a partir de un serie de indicadores que determinaban el estado óptimo o capacidad para la realización de determinadas actividades físicas. Se habla así de capacidad física y funcional en la que la optimización o pérdida de dicha capacidad estaría dentro de la red salud-enfermedad, en el cual el primero garantiza al individuo un bienestar físico, mental y social, mientras que el segundo mengua dicha capacidad con la correspondiente percepción de malestar. Con ello la salud se define por sí misma y se aleja de la tradicional forma de entenderla en relación a la ausencia-presencia de enfermedades concretas.

Puede hablarse de una relatividad cultural de la salud y la enfermedad. Esta relatividad define sobre todo lo que una sociedad o grupo social puede entender como salud o como enfermedad. También lo es el hecho de las circunstancias sobre las cuales tal noción se define. Si la *salud como estado*, se define por la utilidad, en tanto capacidad y aptitud del sujeto para desempeñar determinadas tareas, podría suponerse que la ubicación del sujeto en determinado punto del sistema socio-productivo determinará también su condición o no de sujeto saludable o enfermo.

La noción de cuerpo útil, o cuerpo apto para el trabajo productivo como condición de salud, ha variado en la misma medida que se ha venido modificando el modelo productivo de la sociedad. En sociedades en los que la fuerza de trabajo era fuerza y resistencia física para soportar altas cargas y desgaste energético, el cuerpo como contenedor de esa fuerza se convierte en núcleo central de la noción de salud. Los sujetos con una fuerza inferior a la media no entran por tanto dentro de esta definición, y más allá de considerarse sujetos enfermos, lo eran en tanto no eran útiles para el desempeño de labores de producción.

Con el paso a modelos más especializados y sedentarios, sobre todo con la irrupción de las sociedades y los modelos productivos basados en la información y el conocimiento, el sujeto útil o saludable ya no se mide atendiendo a indicadores de fuerza o rendimiento físico. De hecho, comienza a existir cierta separación entre la noción de sujeto enfermo y sujeto útil, en tanto, el estado del cuerpo ya no es determinante para poder insertarse en la red socio-productiva. El modelo de relación actual cambia o evoluciona hacia una cada vez mayor dependencia de la tecnología y un alejamiento gradual de la dependencia con el medio natural.<sup>75</sup>

La salud en su estado primitivo de armonía cuerpo-alma-naturaleza, se ha encapsulado en una sociedad donde las herramientas info-tecnológicas se convierten en elementos centrales para el logro de dicha armonía. Así, la noción de enfermedad física, antes constructora de la base de la salud, comienza a dejar espacio también a la derivada de la capacidad intelectual y sobre todo de adaptación del individuo a una tecnocracia en la que el analfabetismo ya no se mide por el conocimiento de la escritura sino por la habilidad en el manejo de la tecnología informática y de las comunicaciones.

Pero, ciertamente, y sobre todo en las últimas décadas, la práctica médica ha sido responsable de buena parte de las representaciones que sobre el cuerpo se tienen en la cultura occidental. Su discurso es legitimador de otros discursos sobre lo que es sano o nocivo, adecuado o inconveniente para la salud y más aún es desde ese mismo discurso desde donde se configura la noción de bienestar corporal. La creciente comercialización y democratización de los productos médico – farmacéuticos, y la tecnología en torno a la estética y la cosmética, además de la escalada de la industria publicitaria, ha favorecido esta preeminencia de lo corporal, y con ello los

---

<sup>75</sup> En realidad lo que cambia es la creencia de que no estamos dependiendo del medio natural o de la naturaleza para sobrevivir o lo que se ha dado en llamar “sonambulismo tecnológico.”

procesos de enajenación del individuo en relación a su cuerpo. Pero también marcan nociones específicas sobre las formas en que se construyen las experiencias en torno a la enfermedad, el dolor o la vejez. Si antiguamente el cuerpo no existía, sino como objeto lastre, hoy toma mayor fuerza la noción cartesiana de cuerpo máquina, que puede ser reparado, sustituido sus piezas, modificado o reinventado gracias al desarrollo de la tecnología que permite ya no sólo el intercambio de órganos sino la construcción de nuevos, en algunos casos con mejores funcionalidades que las originales.

Los trasplantes e implantes han reinventado esa relación del sujeto con su cuerpo y han hecho desaparecer la construcción de irreversibilidad de ciertas dolencias vinculadas con ciertas partes del organismo. Recuérdese aquella frase prácticamente olvidada e inexistente en el discurso de las generaciones más jóvenes que se le decía a quien por algún motivo se enfadaba y mostraba estado de ansiedad o de ira: *“del corazón no se opera...”*. Pero hoy no sólo se opera, sino que se sustituye, y, lo que constituye una premisa básica del discurso social actual: el objetivo, más allá de “salvar la vida”, es la mejora de la calidad de vida y de reinventar el cuerpo adecuándolo a las nuevas nociones de “utilidad”.

#### 3.02.4 *El problema del origen y la percepción del riesgo.*

La historia de la enfermedad es la historia de la búsqueda de sus causas y es también alrededor de su causa sobre la que gira su representación. Este recorrido histórico que va desde encantamientos y hechizos, el naturalismo hipocrático, el castigo de los dioses, malos espíritus y seres endemoniados, el retorno al naturalismo y la fuente medio-ambiental como incubadora de las causas de la enfermedad, los factores bio-físicos y sociales, la teoría microbiana, hasta el modelo clásico epidemiológico, se une en la actualidad en una convivencia que rediseña los modelos representacionales sobre salud

y enfermedad que encontramos en el pensamiento cotidiano o de sentido común. La atribución de las causas de la enfermedad tiene un sentido histórico y cultural. Ello determina la percepción misma del proceso, en tanto capacidad de control sobre él.

En efecto, la explicación sobre el origen del *estado de la salud*, refracta el abanico de teorías en torno a la explicación de las causas de un buen estado de salud. Así el modelo mecanicista de cuerpo máquina (somático-fisiológico), se reforzará en la idea naturalista del cuerpo dado con una genética particular cuya base determinará irremediablemente su capacidad de cumplir los estándares de salud. En un modelo más holístico, la búsqueda del origen tendrá en cuenta además el recorrido que el individuo hace a lo largo de su vida y la forma en que su interacción con el medio natural y social condiciona su estado de salud e incluso lo relativiza. De esta manera no sólo se valora lo biológico o químico como elementos determinantes a la hora de entender los cambios en el estado de la salud, sino que además busca en elementos aparentemente circunstanciales como los que menciona Vergara (2007) en su investigación, a saber “el ruido, el estrés ocupacional, la violencia doméstica, la falta de amor paterno o materno, los conflictos sexuales”, entre otros.

Siguiendo a León, M, D. Páez & B. Díaz (2003) la pesquisa de la causa del origen de la enfermedad entra dentro de la noción de necesidad que las prácticas del sujeto encuentran en la búsqueda de la explicación de los fenómenos. En efecto, cuando el sujeto se encuentra ante un fenómeno desconocido se genera un estado de perplejidad, más acusado si éste puede representar un peligro para sí mismo o para el grupo del cual forma parte. La acción más inmediata es la búsqueda de una exégesis, tomando como base las *semiosis* existentes, moldeando la realidad percibida para darle un sentido dentro de dicho sistema categorial. Esta interpretación inicial suele



estar construida en torno a la búsqueda de la causa de tal manera que ésta pueda ser si no controlable al menos predecible.

Siendo, como ya hemos visto, la enfermedad un concepto con un referente más concreto, las preguntas sobre el origen, también son más concretas cuando se busca una explicación a su aparición. De hecho, la representación social de la enfermedad siempre está construida en torno a sus causas – aunque estas sean desconocidas – y son éstas, las que en última instancia van a determinar las prácticas que en salud desarrollen los individuos y los grupos. Partiendo de Helman (1984), existen cuatro niveles en los cuales dichas causas pueden ser ubicadas:

- *El individuo portador de la afección*: Se le adjudica la responsabilidad máxima de su padecimiento, debido al seguimiento de estrategias consideradas inadecuadas en el mantenimiento y conservación de la salud<sup>76</sup>. Este es el caso, por ejemplo, de las enfermedades asociadas a una dieta “no saludable”, el sedentarismo, la práctica de conductas de riesgo como el fumar, beber alcohol, consumir drogas o mantener relaciones sexuales sin protección. La noción que culpabiliza al individuo se extrapola además a la estigmatización de determinados grupos sociales creando la “arriesgada” noción de “grupos de riesgo”. El derecho a la salud tiene así un doble sentido: por un lado el Estado y las instituciones sociales tienen el deber de velar por un buen estado de salud de todos los individuos que están bajo su jurisdicción; y por otro lado, son los individuos los responsables

---

<sup>76</sup> Como indicamos en el epígrafe sobre estrategias (*infra*), los modelos estratégicos se desarrollan a partir de las recomendaciones que a nivel familiar-comunitario – nivel tradicional – e institucional – nivel médico-científico – tiene el individuo, al cual puede adscribirse o no, con independencia de su valoración sobre los mismos.

directos de seguir dichas estrategias y, aún más, tienen la obligación de mantenerse en un buen estado de salud (Nahón, 1994).

- *Espacio físico-natural*: La indagación de las causas está orientada a los elementos ambientales más cercanos al individuo y que están fuera de su control. El individuo puede crear estrategias para evitar la influencia del fenómeno natural en cuestión, pero no suprimirlo.<sup>77</sup>
- *Espacio social*: La causa de la enfermedad es atribuida a otros individuos o grupos, como agentes portadores y “contaminantes”. También se incluyen los estilos de vida, a los cuales se ve obligado a adscribirse el individuo para poder “sobrevivir” en la sociedad contemporánea, como es el caso de “stress”.
- *Espacio sobrenatural*: El origen o causa de la enfermedad es atribuida a la acción de un elemento sobrenatural como dioses o espíritus. En este caso se da una ambigüedad en torno a si el individuo es responsable de ello por faltar por ejemplo a las normas impuestas por la divinidad o es resultado de la acción de un ser maléfico, soliviantado o no por otro individuo o grupo.

Las enfermedades no sólo aluden a un fenómeno bio-físico, sino que sugieren junto a los síntomas una serie de causas típicas y sobre todo personas típicas que la sufren (León, M, D. Páez & B. Díaz, 2003). ¿Pero que son los síntomas? Parece evidente que los síntomas son resultado de la percepción de una serie de hechos que señalan la existencia de una anomalía. Este hecho parece objetivo, y como norma supone un impedimento del desarrollo normal del individuo o sus prácticas habituales.

---

<sup>77</sup> Se puede evitar la exposición a los rayos ultravioletas, pero no eliminar el sol.

Pero su interpretación no lo es. Si un síntoma es reconocido por el individuo como parte de una patología, lo es en tanto supone una desviación de la norma y en tanto es reconocido por otros como tal. El apoyo al enfermo partirá, necesariamente, de ese primer reconocimiento social. Buena parte de las posibilidades de éxito de las terapias médicas, dependen del reconocimiento del propio sujeto de su condición de enfermo.

Pero también, es ese reconocimiento social, el que pone significado a la enfermedad y desencadena una serie de emociones, juicios, determinados en muchos casos por la distancia afectiva entre el sujeto enfermo y el sujeto externo, condicionantes de la actitud de apoyo o no ante el individuo padeciente. Las mismas referencias con las cuales se evalúa la enfermedad y al sujeto que la padece, son las que utiliza el individuo enfermo para evaluarse a sí mismo, y son responsables también de la cadena de emociones, estados de ánimo y conducta que el mismo adopte ante la enfermedad. En este punto es recurrente la experiencia individual, en tanto un sujeto que haya pasado por una situación similar como sujeto externo, afectivamente cercana, tendrá una posición más comprensiva, y menos apartada de la formalidad de la norma social. Del mismo modo el sujeto cambia su modelo representacional de una enfermedad específica en el momento que pasa de sujeto espectador a sujeto padeciente de dicha enfermedad.<sup>78</sup>

Por ejemplo, las enfermedades crónicas acentúan dentro de la percepción negativa del estado de salud, la noción de irreversibilidad y por tanto resignación. Esto es algo muy característico dentro del modelo representacional en los mayores, en tanto la vejez, en sí misma se representa como una enfermedad ante la cual no queda otra alternativa que la resignación. En el caso de las enfermedades mentales, por ejemplo, existe

---

<sup>78</sup> El caso más paradigmático son las personas con VIH.

no sólo una propulsión a la resignación, sino un intento de evadir las connotaciones que dentro del marco socio-familiar puedan existir en torno a la convivencia con el sujeto enfermo, así como a la responsabilidad de desarrollo mismo del trastorno y su afrontamiento (Bueno, A. & Mestre, F. 2002). Si la explicación se busca en las distintas fuentes de conocimiento de sentido común, y en la propia experiencia individual, la responsabilidad del tratamiento de la enfermedad se carga sobre los representantes de las instituciones científicas y médicas.

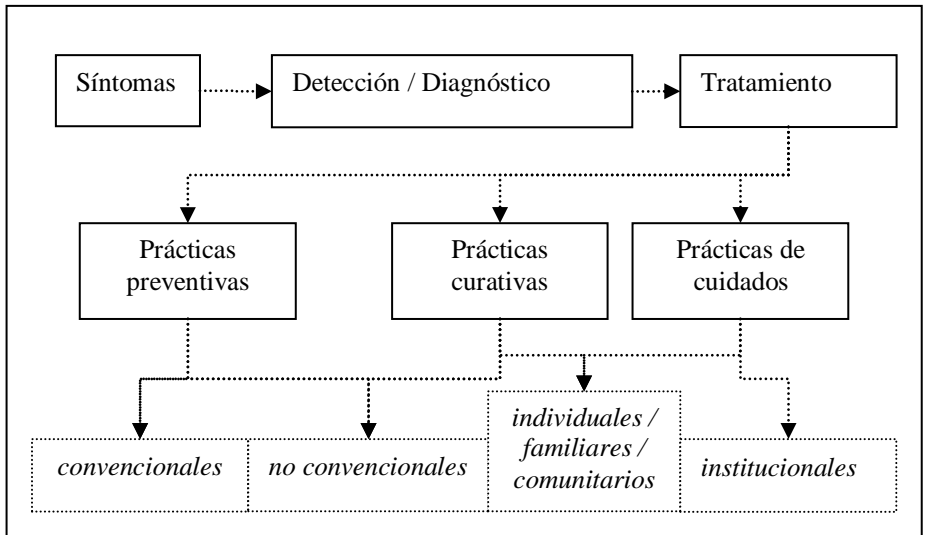
León, M, D. Páez & B. Díaz (2003), advierten sobre los estados de percepción de invulnerabilidad en los que se sumergen algunos individuos o grupos específicos. Ello está muy relacionado con la noción ya mencionada de grupos de riesgos, que hace atribuir enfermedades específicas a grupos específicos. La *percepción del riesgo* es una de las cuestiones más anfibológicas en el campo de las prácticas cotidianas de los sujetos. Algunos autores coinciden en que las personas suelen evaluarse a sí mismos de manera distinta a como lo hacen hacia los otros. En efecto, quizás por un efecto de necesidad de elevar los niveles de autoestima, los individuos generan un estado o situación de invulnerabilidad acompañada de la seguridad de estar menos expuestos o en riesgo en relación a determinadas enfermedades. Estos autores se aventuran incluso a afirmar que en sociedades de carácter más individualista existe una predisposición a verse en situación de menor riesgo. Con ello, una sociedad que refuerza la noción de independencia personal y autocontrol sobre sí mismo, favorecerá la existencia de individuos con una percepción de menor vulnerabilidad ante las enfermedades y un mayor dominio y control sobre éstas, por encima del resto de la media poblacional.

### **3.03 La salud como estrategia**

Los individuos están apropiados por una representación social de la salud que le otorga las claves para discernir lo relevante o irrelevante en dicha materia y cuya manifestación es posible ver en las conductas que tienen ante hechos relacionados con la salud como pueden ser las prácticas más o menos formales que realizan para mantener un buen estado de salud o para curar una determinada dolencia.

El sentido común indica que cualquier estrategia en torno a la salud busca mantener o retornar a estados positivos de ésta, definido por el sujeto como una sensación de bienestar físico y emocional. Se podrá argumentar que, en muchos casos esta búsqueda se dirige hacia todo lo contrario: hacia la necesidad de sufrir ya sea a partir del dolor físico o la sensación de extravío o pérdida en el orden emocional. Sin embargo, independientemente que el camino a seguir o la estrategia planteada sea la agresión, por ejemplo, al cuerpo mismo, o un asfixiante exorcismo emocional, lo cierto es que el sentido de dichos recursos estratégicos suelen en su mayoría estar dirigidos hacia la consecución de un estado de placer o conformidad consigo mismo, con el grupo de referencia o el sistema institucional y en la esperanza de encontrar dicho estado de equilibrio o de huir del estado de “no armonía”.

En cualquier caso lo cierto es que el sujeto, sea este individual o colectivo, busca, desarrolla y pone en práctica una serie de estrategias para adecuar su modelo representacional de la salud como estado, la representación que de su propia salud tiene y las expectativas y posibilidades reales que tiene de conseguir sus objetivos en materia de salud.



**Ilustración 3.5** Representaciones sociales de la salud: Diagrama estratégico.

Las estrategias que el sujeto adopte, partirán de un diagnóstico de sí mismo, de una primera hipótesis de su estado actual y una idea de su estado deseado. En el caso de la constatación de un desequilibrio o presencia de síntomas, el sujeto interpretará si supone una enfermedad o no, y buscará referentes que, en su caso legitimen o no su diagnóstico, y establecerá las estrategias pertinentes, dirigiéndose a la consulta médica o a otras instituciones como la familia, el grupo normalizado de referencia, representantes de instituciones religiosas o incluso pudiera optar por no dirigirse a nadie. Las prácticas en salud pueden resumirse en tres (Ilustración 3.5)

- *Prácticas preventivas*: Según el modelo de salud ideal que tenga un individuo, concebirá una estrategia determinada para lograr dicho estado o mantenerlo, si su modelo coincidiera con su estado actual. El contenido de estas prácticas procede de dos medios, a saber, la

experiencia individual y colectiva, recogida en las tradiciones orales, expresada a través de hábitos y costumbres, y las provenientes de las instituciones sociales legitimadas desde la ciencia y expresadas en las campañas de promoción de la salud y las prácticas de instituciones creadas al efecto.

- *Prácticas curativas o terapéuticas:* La “cura de la patología” más que un acto, suele convertirse en narrativa incorporada a la biografía del sujeto. Las estrategias seguidas ante el padecimiento de una enfermedad están fuertemente moduladas por el paradigma representacional de la salud, la enfermedad en general y la patología específica de la cual se trate. Hablamos no sólo de la búsqueda de ayuda o la selección del tipo de tratamiento, sino la forma misma de sobrellevar la enfermedad centrándose por ejemplo en el caso de las enfermedades crónicas, en la interacción con otros individuos padecientes. Las prácticas curativas están estrechamente vinculadas con la noción de origen ya vista anteriormente. En efecto, si el primer acto, tras la presencia de síntomas de desequilibrio, es la búsqueda de su origen, las estrategias de su eliminación pasarán por la supresión de dicha causa. Si ella tiene un origen en agentes externos de tipo biológico se recurrirá al panteón farmacéutico; si tiene que ver con una disfuncionalidad del organismo, se recurrirá a la cirugía; si el enfermo tiene la certeza de que su origen está en la posesión de espíritus malignos, el exorcismo será, probablemente, la terapia que más convenza al sujeto.
  
- *Prácticas de cuidado:* En el marco familiar puede decirse que las representaciones sociales sobre la salud tienen como función, y de hecho determinan, una forma de conducta cuyo sentido va dirigido al

mantenimiento y cohesión de la unidad familiar así como a su reafirmación y legitimación como centro institucional por excelencia de atención y cuidado.

### 3.03.1 *Capital salud y estrategia.*

La relación entre la salud como estado y la salud como estrategia, queda muy bien explicada en el concepto de *capital salud*. En efecto, este concepto contiene dos elementos básicos útiles para entender cómo se representa la salud en tanto descripción de los elementos constituyentes de su ser *en sí* – capital –, por un lado, y por el otro, los factores que a lo largo del tiempo van depreciando o revalorizando dicho capital. Renato Maia Guimaraes (2009) establece la siguiente ecuación siguiendo el modelo Grossman:

$$\text{Stock de salud (H)} = \text{Stock de salud (H-1)} - \text{depreciación (delta)} + \text{inversiones}$$

Todo individuo nace con un capital en salud determinado por la contribución genética y tiene un carácter marcadamente hereditario. Sobre ese capital, el sujeto puede realizar una serie de inversiones cuya eficacia hará posible una potenciación de los valores positivos de dicho stock inicial. Las inversiones no son más que las *estrategias* que el individuo toma como garantías del mantenimiento o mejora de ese estado de salud inicial, cuyo hándicap estará marcado por la ausencia de inversiones, o paradigmas errados sobre los que se basen las estrategias, pero sobre todo por la variable *tiempo* reflejada en la edad. Este es el valor *delta*, en el cual se irán concentrando todos los elementos depreciadores que tensarán el estado de salud hacia el *valor negativo* del mismo.

El modelo representacional de la salud gira, precisamente, en torno a esta relación de tensión entre un estado inicial, forzoso, dado por la naturaleza y



con imposibilidad de ser elegido y unas prácticas que podrían reforzar o disminuir ese capital o estado inicial, condensado en el llamado *estilo de vida* donde la *alimentación* y la *actividad física* ocupan el lugar central. Los individuos se mueven entonces alrededor de esta tensión. Se fuma porque “de algo hay que morir” – posición pasiva – o se evita este hábito porque se adopta un modelo activo que moldea una estrategia para alargar un estado de salud más positivo.

Pero la decisión de fumar o no fumar como estrategia dentro de un estilo de vida determinado está contenido en lo que el propio Renato Maia Guimaraes (2009), llama capital psicológico, conjugado con la representación que de la salud y la enfermedad se tiene. Si existe un capital bio-genético, objetivamente perceptible y medible, también existe otro tipo de carácter más relativo que condensa el capital simbólico del cual el individuo se ha apropiado. Este capital depende de:

- *La autoestima*: Concepto ambiguo en tanto la propia condición del estado de salud condiciona el valor de la percepción que el individuo tiene de sí, y al mismo tiempo es este valor el que puede facilitar la eficacia de las estrategias en torno a la salud.
- “*Locus de control*”: Renato Maia Guimaraes, divide a los sujetos atendiendo a si son portadores conscientes del manejo o control de sí mismos y por tanto con mayor capacidad de autocontrol y gobierno de sus prácticas en salud – personas internalizadas –; y aquellas cuya gestión es delegada a factores externos y desarrollan una conciencia de culpa, externalizada en una fatalidad – escaso capital en salud por naturaleza, mala gestión de las instituciones –, y que por tanto cualquier acción o práctica de mejora del estado de salud, es

asumido desde una posición pasiva y lo hacen depender a ese factor externo – ciencia médica, destino, voluntad divina, etc. –.

- *“El buen humor”*: Es otra de las partes contenidas dentro del capital psicológico, que obviamente está estrechamente vinculado a la autoestima. Lo específico de este punto es el hacer énfasis en la capacidad que tienen las estrategias que favorecen un buen estado de ánimo en la percepción y estado real de salud. Sobre este axioma se basa buena parte de las terapias llamadas no tradicionales que toman la risa como “medicamento” para el alivio del dolor.
  
- *Resiliencia*: Capacidad de reponerse ante un acontecimiento pernicioso o adverso. Este componente del capital psicológico, muy utilizado en el campo de la neurociencia, supone la existencia natural de un estado positivo al cual se retorna después de haber sufrido acontecimientos más o menos traumáticos o haber vivido experiencias que ponen en cuestión un estado de equilibrio. Este componente, que además se nutre de las representaciones que sobre el hecho acaecido se tienen, sirven como forma adaptativa al medio, sea este natural o social, en tanto no sólo parte del principio de modificación del mundo exterior y el retorno al estado inicial de esa realidad externa sino que opta también – y diría en mayor medida – por la posibilidad de cambio de la percepción de esa realidad de tal manera que el sujeto concluya en una adaptación al mismo. No cambia la realidad externa sino que cambia la percepción del individuo sobre esa realidad.

El modelo Grossman parte de la teoría de la elección racional. En efecto, supone que el individuo cuenta con una dotación de recursos, información y

una racionalidad que le permite, partiendo de dicha información, elegir los recursos más adecuados y útiles a sus expectativas o necesidades. En el caso de la salud, dicha elección se dirige a la búsqueda de bienestar físico y mental, ya sea de forma inmediata o futura, aunque entre en contradicción con la idea misma de salud. Así, por ejemplo, en el campo de la sexualidad la búsqueda de un placer inmediato construido como forma de bienestar puede ser perfectamente compatible con la idea de estado saludable en dependencia de las formas ideológicas sobre las cuales se erija dicho presupuesto. La utilización – o no – de medios de protección ante infecciones de transmisión sexual constituirían un elemento estratégico que a medio plazo pueden convertir ese primer estado de bienestar en un acontecimiento despreciador del capital en salud.

Otro ejemplo es el caso del consumo de drogas. Como han indicado algunas investigaciones (Gallego, et. alt., 2001), la representación social de la droga es semejante a un “caleidoscopio de relaciones sociales”. En efecto, los autores coinciden en que existe una percepción de riesgo muy baja y poca o ningún rechazo en torno a su consumo independientemente del colectivo del cual se trate. Paradójicamente, se aprecia una vasta información sobre sus riesgos y una expresión de no deseabilidad de su consumo. Los jóvenes manejan datos sobre las secuelas de daños que puede provocar el consumo de este tipo de sustancias, pero “se manejan con un mensaje ambivalente y justificativo al respecto”. El consumo de drogas, continúan Gallego, et. alt. (2001), es percibido como una práctica relacionada sobre todo con formas de implementación del ocio en espacios de diversión nocturna y asociadas al consumo de alcohol. Es por ello, concluyen, que “la interpretación de la representación ha de ir acompañada de la interpretación de otras actividades”.

Similar situación puede presentarse en la decisión de fumar, el consumo de alcohol, o la ausencia de actividad física o mental. Un caso interesante lo proporciona la propia noción de estética corporal como forma representacional de la salud como estado. Una alimentación basada en dicha estética puede proporcionar un valor añadido inmediato a esa idea de bienestar construido como forma saludable aunque a medio y largo plazo pueda convertirse en un problema real de salud. Tal es el caso de la anorexia, la bulimia, o en el caso de los chicos el consumo de sustancias que aceleran un estado físico – siempre estético – valorado socialmente como positivo, pero que en realidad conduce a un deterioro de ese capital inicial en salud.

### 3.03.2 *El cisco estratégico.*

Parece evidente que en el modelo representacional de salud, el componente estratégico modela su núcleo figurativo, pero, ¿qué subyace detrás de estas formas estratégicas? ¿Cuánto de cultural y cuánto de instintivo hay en la construcción de los modelos estratégicos en salud? Investigaciones en torno a los modelos comportamentales observan la existencia de regularidades que podrían ser explicados desde la estructura genética, pero que en ningún caso suponen una regularidad misma en el comportamiento. En efecto, y siguiendo a James Fowler<sup>79</sup>, la historia está plagada de fracasos de aquellos paradigmas que han intentado llevar a la práctica un modelo estratégico único y universalmente válido. Por el

---

<sup>79</sup> “Los progresistas tal vez nos ayuden más cuando necesitamos innovar, pero los conservadores tal vez nos ayuden más cuando estamos en peligro. Los “unionistas” (joiners) tal vez nos ayuden más cuando necesitemos cooperar para lograr algo, pero los “solitarios” (loners) tal vez nos ayuden más cuando la cooperación nos hace empeorar. De hecho, los últimos resultados sugieren que la diversidad puede estar profundamente interiorizada, y personalmente no me parece buena idea retocar eso” V. entrevista a James Fowler en <http://www.tercera cultura.net/tc/?p=858>

contrario, es el reconocimiento de la diversidad y con ello la existencia de una pluralidad de estrategias con el mismo grado de “óptimo”, que aquella dada inicialmente como única, válida e incontestable, lo que realmente define la evolución de la especie humana.

El ejemplo utilizado James Fowler para explicarnos esta variabilidad en el comportamiento está asociado al escenario político y a explicar por qué en determinadas circunstancias optamos por enfoques más progresistas y en otras por caminos más conservadores, o simplemente la razón por la cual nos adherimos o no a movimientos políticos. Pero la tesis de la evolución basada en la diversidad de estrategias nos sirve para plantearnos como mínimo dos principios:

- La salud como representación está narrada en torno a comportamientos que describen estrategias plurales, las cuales no son necesariamente coherentes entre sí e incluso pueden llegar a ser antagónicas, pero cuyo objetivo es la adaptación al medio natural y social;
- Dicha pluralidad es intrínseca al desarrollo evolutivo, y las instituciones, desde las cuales se generan estrategias más formales, conviven con la realidad de ser resultado mismo de dicha evolución y condicionantes directas en la generación, promoción o descarte de unas estrategias a favor o menoscabo de otras.

En esta especie de lucha por la sobrevivencia que se establece en entre los distintos modelos estratégicos comportamentales es lo que caracteriza a la salud como representación en su dimensión estratégica. De tal manera, en la representación social de la salud no encontraremos “una” estrategia, sino varias en constante disputa por establecerse como hegemónicas; una es la

explícita, la que se expresa normalmente en concordancia con el modelo social dominante o el paradigma científico en boga, pero en la conducta, en la praxis real, el panteón de estrategias emerge y es ponderada cada una para ser elegida según las circunstancias, las necesidades o los objetivos que el sujeto tiene planteado. Tal como indica Nahón (1994), al convertir la salud en sujeto de políticas de Estado, y a los factores ambientales y el estilo de vida en causa directa no sólo del desarrollo de determinadas enfermedades sino también de la prolongación de un buen estado de salud, la incidencia preventiva se ha centrado en la modificación o potenciación de aquellos modelos que la ciencia médica institucionalizada daba como efectivos.

La representación social de la salud engloba la noción de *estilos de vida*, en tanto, es ésta la que viene a determinar el carácter valorativo de la primera. Una buena estrategia – buen estilo de vida – implicaría unas buenas condiciones de salud o lo que es lo mismo un perfecto equilibrio entre todas las variables que determinan la salud y a las cuales nos referimos en el epígrafe de la salud como estado. Pero, como también se indicaba en dicho epígrafe, el estado de salud y la percepción de ese estado, tanto por el individuo que se evalúa a sí mismo como por el grupo que evalúa a cada uno de sus miembros, está determinado por construcciones socioculturales: los buenos o malos estilos de vida – la estrategia acertada o no – también estarán determinados por el modelo cultural.

En las sociedades llamadas tradicionales un estilo de vida que proteja de elementos externos como espíritus malignos o dioses enfadados tendrá más peso que en las sociedades modernas donde el consumo se establece como regla determinante de dicho estilo. De tal manera, por ejemplo, en las sociedades occidentales son el ejercicio físico y la alimentación los dos campos en torno a los cuales giran dichas estrategias que además están

pautadas desde los medios institucionales sobre cómo deben desarrollarse las mismas.

Pero si ciertamente todos están de acuerdo con poner a los hábitos alimenticios y los de la práctica de ejercicio físico como los pilares de una estrategia en salud, no existe consenso en torno a cómo deben desarrollarse los mismos, amén de que aun existiendo unanimidad en ellos las prácticas reales varían enormemente del modelo ideal. Precisamente uno de los fenómenos con los que se encuentra el ciudadano actual es la abrumadora información sobre diversos tipos de dietas, modelos alimentarios, vinculados a “filosofías de vida”, que prometen en todos los casos ser la auténtica forma natural de alimentación humana, curiosamente utilizando los mismos argumentos con los que suelen desacreditar a las demás.

Las nuevas patologías del último siglo, también se corresponden con las modificaciones del estilo de vida. La salud se construye en torno a la competencia, descrito por Moscoso & Moyano (2009) como “circuito de adquisición de méritos” que fuerzan al individuo a entender el logro de determinados objetivos como forma de inclusión social. Este fenómeno, desata una “paranoia”, cuya manifestación patológica más extendida es el estrés y la ansiedad, enfermedades típicas de la era contemporánea, las cuales vienen a ser consustanciales a la rapidez de los acontecimiento que ocurren en la vida cotidiana moderna y a la incapacidad de adaptarnos a ella con la misma velocidad.

A ello ha de sumársele el *miedo*, como nueva forma de *dolor*, a la pérdida de determinados bienes materiales contruidos socialmente como vitales y sin cuya posesión el individuo siente que ha entrado en un estado de muerte civil. Es el materialismo contemporáneo, la ansiedad por tener más, mejor y sobre todo “a tiempo”, la causa principal de ciertas patologías típicas de la era actual. Es, en suma, la irrupción de lo que se ha dado en llamar *calidad*

*de vida*, y cuyo contenido ha servido como argumento de construcción de la sociedad moderna actual. De hecho, si hasta hace relativamente poco tiempo la función de la medicina era la cura de enfermedades y la creación de estrategias médicas para su prevención, hoy en día se le exigen “producto agregados”, un suplemento llamado *calidad de vida*. Vamos al médico no sólo a que nos cure, no sólo a que nos repare una funcionalidad perdida, sino a que nos devuelva una estética o incluso nos dirigimos a él o ella, para que nos corrija una estética que no es de nuestro agrado.

La salud como elemento constitutivo de la calidad de vida es representada desde dos perspectivas: por un lado como efecto que la primera tiene sobre la segunda y por otro como elemento optimizador de una *buena calidad de vida*. Si la primera tiene un carácter holístico condensado en el concepto de bienestar físico y mental – salud como estado – en el segundo se desarrollan prácticas – salud como estrategia – que buscan mejorar la calidad de vida personal y la percepción que de ella tenemos. Hay que tener en cuenta que la percepción de la calidad de vida personal es un indicador de salud: esto es, si objetivamente puede observarse que un individuo tiene todas las condiciones para ser evaluada su calidad de vida como positiva, lo cierto es que el individuo mismo puede percibir que ésta es mala, en lo fundamental porque no alcanza las expectativas que dentro de su marco referencial tiene.

El concepto de *calidad de vida* nace con el objetivo de hacer visible cierto grado de “inhumanidad” de los tratamientos médicos y de la importancia que para el sujeto cobra no sólo estar vivo, sino hacerlo en condiciones “aceptables”, estos es, con capacidad para poder moverse libremente, no padecer dolor, etc. Sin embargo, a ello se le ha agregado el indicador corporal: la calidad no sólo está en sentirnos bien – ausencia de dolor – sino transmitir a través de los signos corporales, que nos sentimos bien. La



aceptación social es uno de los inductores de dicha variable, pero teniendo en cuenta que la sociedad actual es por definición una sociedad que se alimenta de la apariencia de lo que somos, de un sofisma estético, la aceptación social vendrá determinada por ella y a su vez los gradientes de calidad se moverán más en valores positivos en la medida en que esa apariencia esté acorde con los referentes sociales, y más en negativo cuando no cumpla con dicho modelo. La autoestima, valor fundamental en la calidad, inevitablemente se moverá alrededor de estos argumentos.

La calidad de vida se mide por la posesión<sup>80</sup> de “cosas” sean éstas tangibles o intangibles. En la sociedad de consumo ésta noción de “poseer” pasa fundamentalmente por tener la cantidad de recursos suficientes para poder llevar el nivel de consumo<sup>81</sup> deseado sin abandonar las cuestiones de carácter afectivo. Porque el problema del concepto de calidad de vida radica en que, como otros, su contenido está socialmente determinado y dependerá mucho del nivel subjetivo, de la autopercepción del individuo sobre su estado.

Si, en la investigación de Moscoso & Moyano (2009), los participantes en el estudio otorgaban a la salud, el trabajo, el tiempo y el entorno social la clave para construir la noción de calidad de vida, es algo con lo que más o menos todos estaríamos de acuerdo. Sin embargo, el problema estriba en el contenido de cada una de estas dimensiones. Así por ejemplo la propia investigación destaca las diferencias intra-generacionales: mientras los más jóvenes otorgan una mayor importancia a la necesidad de tener un trabajo estable o el acceso a la vivienda<sup>82</sup> – signos de independencia de la familia de origen –, los mayores hacen más referencia a las condiciones de salud – símbolo de no dependencia de otros para poder llevar una vida normal.

---

<sup>80</sup> La salud se piensa como algo que se posee. V. Capítulo 5.

<sup>81</sup> En ello incluimos la implementación del tiempo libre

<sup>82</sup> V. Conde, F. & C. Santamarina, 1997, Conde, F., 1997, Piñon, 1999

Tal como indicábamos en el epígrafe anterior, la salud puede construirse desde una dimensión negativa – ausencia de enfermedad – o positiva – la práctica de conductas saludables –, esta última ligada al modelo de salud como estrategia. En su forma más simple este modelo se expresa en conductas específicas en torno a la alimentación y el ejercicio físico así como la gestión de determinados hábitos socialmente establecidos como el tabaco, el alcohol o las drogas, pero con demostradas incidencias negativas en el estado de salud a corto mediano y largo plazo. Tanto la alimentación como la práctica del ejercicio físico forman parte de esta mezcla de prácticas cotidianas cuya regularidad en el conjunto de la sociedad componen una manera específica de actuar en lo cotidiano.

### 3.03.3 *El ejercicio físico*

Todos los estudios de una manera más o menos explícita, coinciden en que la práctica de ejercicio, sea este físico o mental, es un factor inductor de salud<sup>83</sup>. Incluso ha llegado a afirmarse que el gasto público destinado a salud, podría llegar a disminuir (Romero, 2010), si la actividad física se convirtiera en una práctica habitual por parte de todos los individuos, alegando que esto contribuiría a la caída de la frecuencia de visitas a las consultas por parte de éstos. Y ello no sólo porque la práctica del deporte contribuye de manera objetiva al sentimiento de un buen estado de salud y la mejora de determinadas patologías, sino porque provoca una percepción subjetiva más positiva del estado de salud.

Los profesionales de la medicina y del deporte no sólo ven una relación directa entre la práctica del deporte y la mejoría del estado físico del cuerpo sino que también lo acompañan con argumentos de sus efectos positivos en

---

<sup>83</sup> “ (...) la relación entre práctica deportiva y nivel tangible de salud es una relación empíricamente demostrada” (Moscoso & Moyano, 2009: 37)

el bienestar psicológico. La propia percepción de un “sentirse bien físicamente” ya condiciona una mejora en la autoestima con su correspondiente reducción del estrés y el aumento del control emocional. Estos argumentos son tomados también dentro del contexto del pensamiento cotidiano, y el deporte es percibido como una catarsis emocional capaz de eliminar los estados negativos psíquicos que el sujeto posee.

El ejercicio físico, tal como indican Moscoso & Moyano (2009), es entendido como una inversión en todos los sentidos – tiempo, esfuerzo físico y dinero – con el objetivo de obtener y mantener un estado de salud aceptable y sobre todo prolongar este “beneficio” a lo largo del tiempo. El deporte se construye así desde dos perspectivas diferentes: primero como indicador de salud a partir de la percepción de que se posee capacidad para la realización del ejercicio físico que se desea, y por otro lado como estrategia para la mejora de la salud y como consecuencia de una buena calidad de vida. De esta manera el deporte se convierte en causa y efecto de la calidad de vida deseada.

La práctica del ejercicio físico, como estrategia en salud, va generalmente acompañada de un sistema estratégico más amplio de hábitos saludables, en la que cobra especial relevancia, en entre otros, la alimentación. Moscoso & Moyano (2009) advierten sobre la paradoja en la que se encuentra la sociedad española actual: si la práctica y difusión del deporte se ha tomado como uno de los logros del proceso de democratización del país, lo cierto es que el proceso de modernización ha traído aparejado un estilo de vida más sedentario. Ello hace que la práctica deportiva se construya como una necesidad, como una forma de contener un estilo de vida considerado no saludable. De hecho la práctica deportiva en muchos casos se ejerce con el objetivo de minimizar estas consecuencias del estilo de vida contemporáneo,

es decir, para conseguir desprenderse del estrés, la ansiedad, la depresión y paliar las secuelas de la escasez de actividad o movilidad física.

Se establece así una relación de tensión entre el modelo de vida cotidiana que favorece una vida sedentaria y una implementación del ocio asociada al consumo, el ocio nocturno, y el mismo modelo que exige unas prácticas saludables de vida a partir de normas en la alimentación, la práctica de ejercicio físico y la prohibición del consumo de drogas, alcohol, tabaco, etc. Es sintomático el hecho de ser, precisamente estas formas de ocio pasivo y la dinámica de las formas de vida actuales, los argumentos esgrimidos como escollos a la hora de incorporar a su vida cotidiana la práctica regular de algún deporte o el ejercicio físico en general. Quizás por ello se insista tanto, que es a través del ocio desde el espacio por el cual se puedan transformar las prácticas de grupos específicos a favor de hábitos más saludables.

	Actividad física intensa		Actividad física moderada		Actividad física ligera		No realiza ninguna actividad	
	H	M	H	M	H	M	H	M
De 16 a 24	58,48	25,7	20,21	35,31	15,76	30,36	5,55	8,63
De 25 a 34	49,52	22,57	22,86	42,01	18,39	24,54	9,23	10,88
De 35 a 44	38,82	19,27	28,4	47,13	22,78	24,67	9,99	8,93
De 45 a 54	28,9	15,77	28,82	49,3	30,77	25,29	11,51	9,64
De 55 a 64	20,89	11,74	28,58	47,54	39,69	30,65	10,83	10,07
De 65 a 74	12,86	6,77	32,23	42,67	45,25	35,05	9,66	15,51
De 75 y más	5,82	1,68	18,87	28,4	49,79	34,7	25,52	35,22

**Tabla 3.2 Actividad física realizada durante los últimos 7 días (%).**

*Fuente: INE. Encuesta Europea de Salud en España 2009.*

En España, el deporte y la práctica de ejercicio físico es muy valorada por todos los individuos (Tabla 3.2). El desarrollo de las prácticas deportivas y su popularización como actividad masiva, está estrechamente vinculado a las formas en que han venido evolucionando la implementación del ocio y el tiempo libre, unido a la aparición en la conciencia colectiva del modelo

estético deportivo como alegoría a la salud, a pesar de que como indica la siguiente tabla es el primer valor (la salud) el elemento más declarado ante la pregunta sobre la motivación de sus causas.

<b>Motivos vinculados a la salud</b>	<b>46,8</b>
<i>Por mantener y/o mejorar la salud</i>	20,3
<i>Por bienestar físico y psíquico</i>	11,7
<i>Por problemas de salud</i>	9,7
<i>Por mantener la línea</i>	5,1

**Tabla 3.3** *Motivos vinculados a la salud.*  
(Fuente: Moscoso & Moyano, 2009)

Esta motivación, según la encuesta (Moscoso & Moyano, 2009), tiene ciertos matices con respecto a la edad del encuestado. En efecto, los mayores expresan motivos más vinculados a la salud y el bienestar personal<sup>84</sup>, mientras que los más jóvenes argumentan cuestiones vinculadas al placer mismo de la práctica y a la estética física. Al mismo tiempo, también para el caso de los mayores el motivo de no practicar deporte está fuertemente relacionado con la edad y los efectos que ésta tiene en la salud. De tal manera la salud y la percepción subjetiva de su estado en sentido negativo se construyen como impedimento objetivo para la práctica del deporte.

Un punto interesante en el apartado del deporte relacionado con las personas mayores, es retomar la idea de la tradición como forma de continuidad de las prácticas en cualquier materia<sup>85</sup>. A no ser que exista un impedimento físico, las prácticas en materia deportiva y de implementación del ocio, no serán más que una continuidad de lo que ya se hacía.

<sup>84</sup> El 32 % declara como motivo el gusto por el deporte mientras que el 41% lo hace por temas vinculados a la salud.

<sup>85</sup> V. Teoría de la continuidad Capítulo 4.

La imagen corporal ha sido siempre una herramienta de comunicación desde la cual se ha transmitido una serie de signos que permiten la evaluación de la persona a partir de los referentes estéticos del momento histórico o la cultura de la cual se trate. Hay que tener en cuenta además que el modelo estético que actualmente predomina en torno a los gimnasios es relativamente reciente, por lo que cuando hablamos de actividad física relacionada con el deporte en el caso de las personas mayores, estamos introduciendo una variable nueva en el sistema representacional o ideológico de esa generación. Para éstos la práctica de actividad física está relacionada con el trabajo (físico) y no como parte de las “tareas” cotidianas, tal como cada vez se ve más representado por la generación más joven. Sobre todo para el caso de los hombres, la imagen estética es aún más novedosa, y el sentido del cuerpo *vigorético* es una cuestión que para la generación actual de mayores es totalmente desconocida y cuyas prácticas le son totalmente ajenas. El cuidado físico del hombre en el sentido estético, tal como lo hacen las mujeres, era un signo de falta de virilidad<sup>86</sup>, cuya construcción se relacionaba con la fuerza, adquirida ésta no en un gimnasio, sino en el “sacrificio” del trabajo. Si para los jóvenes el reto puede ser levantar en un press de banca determinados kilogramos de peso, para los mayores el signo estaba en ser capaz de resistir horas de trabajo interminables en labores con un alta carga de desgaste físico – agricultura, minería, construcción, etc. –.

Ambos modelos además constituyen una forma que denota las modificaciones en la representación social de la salud. Aunque en ambos casos hablamos de salud como estado, la iconografía varía por esa estética de lo corporal: antiguamente había que demostrar la fuerza física mientras que la estética o la forma del cuerpo era irrelevante; en la actualidad lo

---

<sup>86</sup> Esto es válido para el sector vinculado directamente al trabajo con alto desgaste energético como la minería, el campo, la construcción y otros sectores industriales.

secundario es la demostración de esa fuerza y lo esencial es la apariencia, de ahí que no tenga mayor importancia si tomando suplementos para aumentar la masa muscular, no se revierte en un verdadero aumento de resistencia física, porque lo importante es aparentar un cuerpo acorde a la estética actual y no lo que ese cuerpo pueda demostrar en tanto capacidad o fuerza, o incluso de salud. Esto es, la salud es representada por ese físico y es eso lo que importa: simular un buen estado de salud a través de la apariencia de un cuerpo físicamente acorde a los modelos estéticos actuales.<sup>87</sup>

La conceptualización del cuerpo, o lo que es lo mismo, su representación sólo puede ser comprendida dentro del contexto sociohistórico, en el cual se desarrolle. Si nos vamos un poco más atrás en el tiempo, la corporalidad masculina no estaba vinculada a la estética tal como la vemos ahora. Mientras más cicatrices en el cuerpo masculino, más muestra de orgullo podría tenerse, en las épocas en la que el ser guerrero constituía condición de status social en la pasarela de los desfiles y marchas triunfales tras las conquistas de ciudades y pueblos; el femenino, cubierto, escondido por ser portador irremediable del deseo, símbolo del hedonismo erótico del cual se espantaba el discurso moral dominante.

#### 3.03.4 *Alimentación*

Si la frugalidad en la alimentación y el encierro de las pasiones era una forma estratégica religiosa de control sobre sí mismo como forma de entrenamiento y purificación del alma, la ciencia médica retoma dichas trazas ascéticas como forma de distensión del tiempo de utilidad del cuerpo y su capacidad productiva o corrección de los defectos producidos por una

---

<sup>87</sup> Otra cosa es la apropiación de las estéticas alternativas, como código de pertenencia a un grupo, o forma cultural.

genética discordante o prácticas inapropiadas del cuerpo. La alimentación ha sufrido también el proceso de racionalización, a partir del cual no se espera del alimento la capacidad de satisfacer una necesidad fisiológica sino que ésta vaya acompañada de una buena práctica. Las estrategias en salud pasan por una buena gestión de la alimentación tanto en su contenido como en su forma. Hoy es tan importante saber qué comer – las características de los alimentos, sus propiedades funcionales, componentes, etc. –, como saber cuándo, cómo y con qué frecuencia se debe consumir cada alimento y la combinación de los mismos.

La problemática de la falta de comida ha dejado de ser constitutiva de la vida cotidiana de los españoles<sup>88</sup>. En efecto, tal como indica Díaz & Gómez (2008a), España ha pasado de una sociedad con carencias alimentarias a una donde la sobreabundancia no sólo ha modificado los hábitos alimentarios sino que ha convertido a la alimentación en un campo de problematización teórica, y a niveles cotidianos del sentido de la alimentación y su proyección en la salud individual y colectiva. Los alimentos se han convertido en objetos de valorización dentro de la estructura del discurso social.

Según la encuesta realizada por Contreras & García (2008), el 52,8 % de los entrevistados declararon ser la salud el factor fundamental que tenían en cuenta a la hora de elegir los alimentos; el 13,7% valoraba más el precio; mientras que el 1,9% la facilidad de su preparación.<sup>89</sup> A simple vista esto podría llevar a pensar que existe una conciencia clara sobre la trascendente

---

<sup>88</sup> Aunque en el último año el problema del acceso a la alimentación se está convirtiendo en un grave problema para muchas familias debido a la crisis.

<sup>89</sup> “Aunque las respuestas ofrecidas a los entrevistados no fueran las mismas, vale la pena comparar las respuestas obtenidas por nuestra encuesta con las del Pan-European Survey of Consumer Attitudes to Food, Nutrition and Health de 2004 (Food Today, 43 (1)). Para el conjunto de la población europea, los criterios de elección declarados serían, en orden decreciente, los siguientes: «Calidad-frescor», 74%; «precio», 43%; «gusto», 38%; «comer sano», 32%; y «lo que gusta a mi familia», 29%”. (Contreras & García, 2008: 157).



relación entre salud y hábitos alimentarios. Incluso se podría derivar un rechazo a la llamada comida rápida – “basura” – y prioridad de este aspecto en relación con otros al entenderse que el precio no es importante si la calidad – en salud – es buena. Pero tal como indican los autores citados, ciertamente hablamos de declaraciones en una encuesta y no de prácticas reales; a ello habría que agregar el hecho de que la propia noción de comida sana es una construcción cultural no siempre acertada al menos en relación con el modelo científico-nutricionista dominante. Este quizás sea uno de los ejemplos donde se muestra la forma en que en los discursos se reproduce el modelo hegemónico: se dice lo que se espera que digas, lo “políticamente correcto” o lo que de hecho quisiera hacerse y se reconoce que es lo ideal, pero que en la práctica no se realiza por motivos, que si se profundizara, se verían las formas justificativas y de disculpa que estos tienen.

Las instituciones sanitarias no solo se han constituido como garantes de la salud pública y la seguridad alimentaria, sino que se han convertido en fuente de recomendaciones sobre las formas y contenido de la alimentación. Son las instituciones las que proveen de modelos estratégicos sobre las prácticas alimentarias, sobre el “comer bien” o “comer sano”, pero son ellas también el reflejo de la variabilidad que ambos conceptos han venido sufriendo durante las últimas décadas.

Pero, ¿qué entienden las instituciones por “dieta saludable”? ¿A qué se debe la variabilidad en su contenido? ¿Hasta dónde dicho concepto tiene un carácter objetivo, entendiendo por ello un basamento científico real y cuya variabilidad sólo puede ser explicada por el desarrollo de las ciencias de la nutrición, sus avances técnicos y nuevos descubrimientos; y hasta dónde tiene un carácter meramente social, es decir, que está relacionado con el proceso de modernización social y por consiguiente con el proceso de modernización alimentaria? ¿Hasta dónde la variabilidad es resultado de

unos intereses más o menos explícitos o más o menos conscientes de grupos de poder de la industria alimentaria y su relación con las políticas agrarias? En el trabajo desarrollado por Díaz & Gómez (2008b) queda evidenciado que el desarrollo de lo que conocemos como “dieta saludable” y las recomendaciones que de ella se derivan no pueden ser explicadas exclusivamente por el desarrollo de las ciencias de la nutrición.

En efecto, existe un paralelismo histórico entre el desarrollo de la industria agroalimentaria y la difusión y expansión de los estándares alimentarios legitimados por las instituciones estatales y expresadas en forma de recomendación: “(...) lo que en estas épocas se consideró una alimentación racional posteriormente ha sido considerada como irracional” (Díaz & Gómez 2008b: 45). Lo que en su momento era atrasado, rural y propio de las clases bajas, hoy se asocia a recuperación de buenas costumbres, símbolo de racionalidad y elitismo.

No existen modelos referenciales en la sociedad contemporánea, sino es a través de la publicidad. Es ésta, el ejemplo fehaciente de la variabilidad de las recomendaciones y la forma en que éstas son utilizadas como reclamos para el consumo del producto publicitado. Seguir el desarrollo de los mensajes publicitarios es seguir el desarrollo de las representaciones que en el campo de la alimentación existen y en el momento en que éstas se asocian con salud, el modelo representacional del vínculo entre la alimentación y la salud. Siguiendo el desarrollo del producto publicitario relativo a la alimentación Díaz & González (2008) observan varios modelos sobre los cuales se han movido la relación entre industria agroalimentaria, las pautas de consumo y la salud:

- *La industria como garantía de seguridad:* La higiene y el correcto tratamiento de los alimentos centran las políticas y los mensajes del lobby industrial. En oposición al producto traído directamente de la

tierra, el producto industrial agrega el valor de ser “construido” a partir de procesos avalados por el desarrollo de la ciencia y la tecnología, constituyéndose éstos en garantes de la fiabilidad del producto en cuanto a su calidad y garantía de pureza. El saber popular tradicional es sustituido por el saber del “laboratorio” (Luque, 2008). Es la ciencia y la tecnología la que avala la existencia de productos más imperecederos, de mejor sabor, y rápidos y sencillos en su proceso de elaboración para su consumo en el hogar. La “modernización” de los alimentos es consustancial a todo el proceso de modernización social que se produce en España<sup>90</sup> y que entra también al espacio privado por una parte y a una nueva forma de consumir, en la cual el producto industrialmente elaborado es símbolo de estatus social, urbano, alejado de lo secular, de innovación y capacidad de consumo basado en el placer de los sentidos más que la de satisfacer una necesidad básica.

- *Las propiedades de los alimentos como garantía de crecimiento sano*: Los niños y los mayores se convierten en centro de atención de unos productos alimenticios que ofrecen la “energía” necesaria y suficiente para un desarrollo óptimo de las capacidades físicas del individuo y un crecimiento acorde a los estándares sanitarios mundiales. El tema auxológico es recurrente en la simbiosis entre una noción de sociedad desarrollada y moderna y una estética física que pone el acento en la altura media de los individuos<sup>91</sup>.

---

<sup>90</sup> “La situación es claramente dual; lo español se asocia al atraso, a la ruralidad y a la falta de libertad; lo extranjero, a la modernidad, a lo urbano y a la apertura” (Díaz & González, 2008: 110)

<sup>91</sup> “Los españoles crecimos, pues, a buen ritmo durante el siglo pasado, especialmente a partir de la revolución industrial de los sesenta, debido a una mejora radical en las condiciones de vida y de salud. (...). La nutrición, la salud y el ejercicio

- *Los alimentos y su compatibilidad con la estética de la delgadez:* El aporte calórico y energético de los productos comienza a entrar en contradicción con los modelos estéticos físicos centrados en la “esbeltez” del cuerpo. Se deriva de ello un interés en el conocimiento de la composición nutricional de los alimentos.<sup>92</sup> La industria agroalimentaria a la par que la ciencia ya no sólo es garantía de seguridad e higiene sino que hace ésta compatible con una serie de beneficios para la estética corporal dominante sin menoscabo de la calidad del producto en cuanto a sabor y poderes nutricionales. Al consumidor se le ofrece información sobre las características del producto y todo lo que gira alrededor de su proceso de producción – tratamiento, nuevas formas de embalaje y conservación –, creando así un sujeto que cree tener un poder electivo racional capaz de discernir entre un producto y otro en función de sus intereses.
  
- *La desconfianza en lo industrial:* Tendencia hacia a la “desconfianza” del producto industrial como alimento sano y su asociación con la llegada de determinados desequilibrios típicos de la sociedad industrializada como el aumento del colesterol, el sobrepeso, la diabetes, etc. La pérdida de propiedades en los procesos de transformación de los productos por una parte, y por otra, la

---

han contribuido, según el informe BBVA, a ese crecimiento, pero también la mejora en las condiciones de trabajo, de carácter medioambiental y la estabilidad política y social.”. (Ideal.es: 16 de julio de 2007). “Los hombres son cada vez más europeos que las mujeres en la estatura; uno de cada cinco varones mide más de 1,79 metros y sólo un 3,3% tiene una estatura inferior al 1,60 metros; mientras que entre las mujeres casi un 30% no alcanza el 1,60 metros.” (La Revista de El Mundo, 2006: [En línea <http://www.elmundo.es/magazine/num200/textos/asi1.html>])

<sup>92</sup> “En 1981 aparecen los primeros lácteos bajos en calorías, de la mano de Sveltesse. En 1985 Danone lanza el primer desnatado 0% materia grasa. Y, en 1987, Findus publica el libro Las recetas más apetitosas con menos de 300 calorías dentro de su campaña de Cocina Ligera.” (Díaz & González, 2008: 115).

presencia de aditivos, colorantes, conservantes, potenciadores del sabor, hormonas y antibióticos en los alimentos genera una tendencia de retorno a lo natural como signo de consumo sano. La ciencia en general y la medicina en particular, que en su día sirvió como aval de los beneficios de la nueva nutrición, se vuelve en contra de ese discurso inicial y es utilizada ahora con una doble intención. Primero, como arma de “descrédito” de unos productos alimentarios ya enraizados en los modelos sociales de consumo, pero poseedores de componentes nocivos a mediano y largo plazo para la salud, y segundo, como refrendos de una serie de productos, que sin dejar de ser provenientes de la industria, se presentan ante el consumidor como más cercanos a lo natural y sin los artificios típicos de los procesos industrializados. A ello se le suma la irrupción de lo ecológico y la emergencia de grupos que abiertamente rechazan el modelo hegemónico de producción y consumo de alimentos a favor de otro más solidario, sostenible, de protección de los animales y en conjunción con el medio ambiente.

- *La “medicalización” de los alimentos:* Los alimentos entran a formar parte indisoluble de la estrategia del consumidor en su afán por tener y mantener un buen estado de salud en el que la delgadez como modelo estético se esconde detrás del énfasis en los nutrientes de los alimentos. Por una parte se convierten en la “nueva medicina”, tanto para prevenir como para curar enfermedades, y por otra se les adjudican por parte de los aparatos de mercadotecnia propiedades químico-farmacéuticas como complementos de una dieta sana.

Las nociones de “prácticas saludables”, “vida saludable” “dieta saludable” y “salud” propiamente dicha, no son resultado exclusivo de aquello que la

ciencia misma concibe y recomienda como tal tras una supuesta objetividad de su contenido, sino que está determinado por un modelo, concepción o contexto social más amplio en el que determinados intereses de poder económico, político e ideológico construyen dichas pautas en muchos casos obviando o sublimando el modelo científico aunque disfrazado de éste. Tal es el caso del *lobby* farmacéutico o la industria agroalimentaria que se convierten en dramaturgos del archiconocido argumento sobre la medicalización de la sociedad occidental o la proliferación de la noción del consumo de los alimentos “sin”<sup>93</sup> y “con”<sup>94</sup>.

En el momento de elegir, el modelo estético también se impone en la alimentación. Si, tal como hemos visto, los criterios manifestados explícitamente en la respuesta a determinadas encuestas a la hora de optar por un producto alimenticio u otro, coloca al adjetivo “saludable” entre los primeros, lo cierto es que la presentación del producto es la que le ofrece al individuo la condicionalidad de su “estado”, a favor no sólo de una condición de placer de los sentidos – sabor, gusto – sino también, inconscientemente el de poseer mejores propiedades alimenticias. En los últimos años, esta necesidad estética o valor estético del producto comienza a variar con la irrupción de los modelos de agricultura ecológica. El alimento – piénsese en una manzana, un plátano o un calabacín – si tiene asociado el adjetivo ecológico, ya no se le exige cumplir determinados requisitos estéticos como brillo, tamaño, armonía del color, etcétera, sino que incluso, una condición de legitimidad es que no cumpla con estos modelos.

En definitiva, los alimentos y la alimentación, como la noción de *salud como estado*, se mueven en un eje valorativo de buenos y malos, y esta condición se legitima en los efectos que según la publicidad de la industria

---

<sup>93</sup> “sin azúcar, sin conservantes, sin colorantes.”

<sup>94</sup> “con vitaminas, con calcio, con antioxidantes...”

agroalimentaria avalada por un discurso científico, tiene sobre el cuerpo. Un cuerpo que está atrapado en una estética como modelo de salud centrado en un “sanismo” y en un “somatocentrismo” asociado al narcisismo de la sociedad actual (Díaz, J., 2010).

### 3.03.5 *Babalú Ayé, La Virgen de los Desamparados y “Sanitas Per Aqua”*

Los indígenas Embera Chamí<sup>95</sup> desarrollan un ritual conocido como Benecua cuyo objetivo es la búsqueda de una unidad de todos los sujetos participantes en ella para poder hacer frente a enfermedades presentes (cura) y futuras (prevención). El sentido de la ceremonia es servir de catalizador de todas las energías positivas cuya fuerza se hace mayor por la unidad establecida entre los miembros de la comunidad y se entrega y pone a disposición de aquellos cuyas necesidades sean más perentorias<sup>96</sup> (Calle & Carmona, 2006). Este modelo estratégico nos puede parecer anecdótico, curioso e incluso primitivo para los que miramos desde un estado y estrategias de salud, afianzado en el modelo moderno de racionalidad. Con ello, acaso olvidamos la trascendencia de las emociones en la configuración de nuestra imagen del mundo y sobre todo en las prácticas sociales.

Este espacio es independiente y no guarda relación directa con otras condiciones en las cuales el sujeto pueda encontrarse. En efecto, y tal como se indicaba anteriormente, las estrategias que componen los modelos representacionales de la salud, no son necesariamente coherentes entre sí, aunque incluso para el sujeto éstas puedan presentarse como tales. No ha

---

<sup>95</sup> Habitan en el Suroeste de Antioquia, Colombia y a lo largo de la costa Pacífica de Ecuador y Panamá.

<sup>96</sup> El interesante estudio realizado por Calle & Carmona (2006), explica como en dicha comunidad los enfermos mentales son tratados con sumo respeto. Al no ser éstos considerados como responsables de su afección sino como víctimas de un maleficio, no se les aparta ni restringe su participación comunitaria.

de olvidarse las falacias cognitivas que sistemáticamente cometemos al establecer relaciones lineales de causalidad entre hechos a partir de informaciones parciales o difícilmente demostrables empíricamente, pero con una carga afectiva y emocional que anula cualquier argumento en contra de la veracidad de dicha relación.

Pongamos como ejemplo las siguientes imágenes: ¿en qué convergen?



**Ilustración 3.6** *Peregrino de San Lázaro (Babalú Ayé), Rincón, Cuba.*<sup>97</sup>

**Ilustración 3.7** *Traslado de la Virgen de los Desamparados, Valencia, España.*<sup>98</sup>



**Ilustración 3.8** *Chamán peruano realizando un rito por la salud de la presidenta de Argentina*<sup>99</sup>.

**Ilustración 3.9** *“Respira, relájate y déjate mimar”.*<sup>100</sup>

<sup>97</sup> Fuente: <http://dcuba.net/religion/los-peregrinos-de-san-lazaro-en-cuba/>

<sup>98</sup> Fuente: [www.elmundo.es](http://www.elmundo.es)

<sup>99</sup> Fuente: [foro.seprin.com](http://foro.seprin.com)

<sup>100</sup> Fuente: [www.hola.com](http://www.hola.com)



Toda elección está de alguna manera “ritualizada”. Las formas del vestir de los profesionales de la salud, la iconografía dentro de una consulta, la distribución de los muebles y el aparataje médico, están relacionados con una estética que ya comunica una relación de legitimidad – poder – del “rito” que se va a desarrollar entre el sujeto padeciente y el profesional sanitario. Este en nada, o casi nada, difiere de los ritos, que se establecen entre el chamán y su tribu, el *orisha* y el creyente que le ha prometido un sacrificio, la “piedra” colocada en algún lugar de la espina dorsal del sujeto que siente el paso de la energía del cuerpo inanimado al suyo. Los fines de cualquiera de estos ritos son los mismos. Si nos adentramos en sus formas hayamos que la base axiomática sobre las que se sustentan es similar: la idea de la existencia de leyes universales y eternas que rigen el curso del universo<sup>101</sup> y que correctamente manipuladas pueden ser utilizada en nuestro beneficio, pero que su violación puede terminar causándonos un mal. La noción de equilibrio y armonía consustanciales a la salud, encuentra aquí un campo proyectivo.

La salud no es por tanto sólo representada como un objeto naturalizado en nuestro cuerpo sino que está también proyectada en una forma emotiva en el comportamiento de los individuos dentro de los espacios ritualizados para ejercer prácticas legitimadas en modelos místicos en torno a la salud. La salud está “mitologizada”<sup>102</sup> en su estructura representacional y en las prácticas que en torno a ella existen.

Hay que tener en cuenta que el mito, cualquiera sea su forma, expresa un visión sintética del mundo y no racional o analítica. Difere por tanto de las formas en que se estructura el pensamiento teórico y de sus reglas de

---

<sup>101</sup> Cassirer (1932) cita a Sir James Frazer, que ve en la magia la misma premisa basada en el orden y la uniformidad de la naturaleza y ésta misma en las formas modernas del pensamiento científico.

<sup>102</sup> “No existe fenómeno natural ni de la vida humana que no sea capaz de una interpretación mítica y que no reclame semejante interpretación”. (Cassirer, 1932: 65)

validez. Se distancia también del pensamiento cotidiano, práctico o de sentido común. Tal como indica Cassirer (1932), el pensamiento mítico establece una relación “simpática” entre el individuo y el mundo que le rodea y, si éste es más característico de las sociedades primitivas que de las “civilizadas”, donde el pensamiento dominante es el racional con un sentido práctico, lo cierto es que quedan reminiscencias de estas formas de aprehensión de la realidad en la era contemporánea. El poder de síntesis de las formas míticas, soluciona buena parte de las necesidades de intercambio de información de la sociedad actual donde precisamente lo predominante es el exceso de información.

La gestión de la salud transcurre necesariamente por ese establecimiento de ritos que canalizan las emociones internas, que dan seguridad y confianza no a través de una respuesta metódica y analítica de un pensamiento científico sino en relación a esa narrativa social que le otorga al rito el carácter de legitimidad. Un Hospital siempre está aferrado a la necesidad de tener una “organización científicas de sus procesos”, pero siempre parecen existir una serie de fuerzas que empujan hacia el éxito o al fracaso y que no parecen tener una explicación “lógica” o “científica”. La gestión de la salud a nivel personal o grupal, la elección de un modelo estratégico u otro no es una disyuntiva cuya solución parta sólo de una racionalidad inmanente, sino además, tomando en cuenta la correlación de una serie de emociones impregnadas dentro de la biografía individual y colectiva y que sólo puede explicarse dentro de una forma de construcción de la realidad que coincide con las formas del mito.

La aparente irracionalidad percibida por los no iniciados en prácticas como el sacrificio reflejado en un castigo al cuerpo o demostración de capacidad de resistencia como forma de agradecimiento a una deidad del panteón *yoruba*, el abandono de un bebé en el albedrío de una procesión con

el objeto de tocar el manto que cubre una figura alegórica a la Madre de Dios, o la mistificación de una serie de energías contenidas en una piedra de dudosa procedencia, no lo sería tal si la búsqueda no se dirigiera a encontrar el sentido de dichas prácticas sino a ver en ellas la experiencia misma de sentido. En el mito se concentran las emociones de amor y odio, miedo y esperanza, alegría y tristeza, etc. Las cosas nos llegan a través de las emociones y no sólo como objetos perceptibles en sus cualidades físicas, de tal manera que nos producen agrado o desagrado, paz o violencia, miedo o confianza, y éstas no le son innatas a los objetos mismos sino que son resultado de dicha experiencia de sentido.

Pero por mucho que nos afanemos en negarlo, en creer que esta forma de pensamiento es consustancial a las sociedades primitivas o de escaso desarrollo científico o tecnológicos, lo cierto es que la forma de apropiación de la realidad más “práctica” y “económica” es la de la síntesis que ofrece la forma mítica del pensamiento, y no la analítica de los métodos modernos de la ciencia o la inmediatez del pensamiento cotidiano. Por tanto, las prácticas o las estrategias de integración social, estarán irremediabilmente permeadas por esa forma mítica de aprehender la realidad y ésta quizás sea una de las razones por las cuales sea tan difícil modificar las mismas cuando racionalmente parece estar claro, por ejemplo, que fumar es causa directa del cáncer de pulmón o que la exposición a los rayos solares es nociva para la piel, y se llega incluso a crear un sistema artificial de bronceado en el cual el modelo estético sublima cualquier pensamiento lógico en torno al riesgo. La forma racional de explicación de los daños del hábito de fumar de las campañas por eliminar su consumo, e incluso en sus formas más agresivas de presentación de fotografías con órganos impregnados de células cancerígenas, fracasan porque la estructura o lógica de pensamiento que se

utiliza no se corresponde con la que enraíza en nuestra mente las nociones de enfermedad y sobre todo de muerte.

Si algo caracteriza al mito es su carácter narrativo: no hace referencia a una entidad u objeto empírico, sino a una acción y relación de fuerzas en lucha que va siempre dirigida a las emociones. Tal como indican Cassirer en el pensamiento mítico y religioso la muerte no existe, sino como sucesión, como paso de un estado a otro y retorno al inicial y esta forma arquetipo – en el sentido que le otorgara a este término Carl Gustav Jung –, se ha perpetuado en el pensamiento colectivo y aun estando en una sociedad en la cual la muerte cada vez se convierte en un acto menos religioso y más conforme a la materialidad, no se construye como finitud inequívoca de la vida sino como contingencia o posibilidad evasiva.<sup>103</sup>

La elección del sujeto no está basada en modelos estadístico-matemáticos. Lo importante, para él, no es si la estrategia es realmente efectiva o no dentro del marco de una validez científica sino que le sea emocionalmente legítima. La forma en que el individuo construye sensitivamente su relación con la salud/enfermedad condiciona las estrategias que tomará para gestionarla. En efecto, el sujeto será más o menos confiado en la efectividad de la terapia que le sea indicada, ya sea ésta proveniente de las instituciones científico-médicas legitimadas o de las llamadas medicinas alternativas o no tradicionales, o incluso la revelada por una deidad extranatural, no atendiendo a “verdades últimas” sino aquella con capacidad para encausar las emociones. Asimismo podrá asumir comportamientos de automedicación, o desviarse de las conductas preventivas necesarias para el mantenimiento de un buen estado de salud o la eliminación de una patología determinada. No sería, por tanto, del todo

---

<sup>103</sup> “Si algo necesita prueba no es el hecho de la inmortalidad sino el de la muerte y el mito y la religión primitiva nunca admiten estas pruebas, pues niegan enfáticamente la posibilidad real de la muerte”. (Cassirer, 1932: 74)

acertado, sobrecargar al sistema de salud con los fracasos en determinadas políticas y campañas de prevención, en tanto la efectividad o no efectividad de sus modelos depende en gran medida de la resistencia emotiva y la capacidad de trascender dicha emotividad por parte del individuo y los grupos de corregir sus prácticas, cuestión ésta muy conocida por parte de las grandes corporaciones que invierten grandes recursos para, a través de la publicidad, tocar esta área emotiva del “inconsciente colectivo”.<sup>104</sup>

Como todo mito, el que se construye en torno a la salud, sus prácticas, y los sujetos, existe un *héroe*, cuya condición de infalibilidad es consustancial a su misterio y a lo divino. Este héroe ha estado construido en torno al *poseedor del saber*, o a aquel que ha sido iluminado con la capacidad de poder ver la luz de la verdad después de haber sido liberado de las cadenas a las cuales estaba atado en “la morada subterránea en forma de caverna”<sup>105</sup>. Acaso, hoy en día, el héroe se esté trasladando hacia la tecnología, y la creencia de que es ésta capaz de todo – e incapaz de equivocarse. De hecho, si lo hiciera, “el error humano” parece siempre estar detrás de cualquier accidente o resultado no deseado.

La noción mágica, muy evidente en las prácticas más cercanas a lo religioso, tiene ahora su correlato en la tecnología y sobre todo en las medicinas. Si el médico sustituye al *Babalao* o Sacerdote de *Ifá*, los productos farmacéuticos asumen el papel de la pócima mágica que ahuyenta los malos espíritus o es contenedora de la eterna juventud y se simbolizan en ellos las propiedades curativas para cualquier mal.

---

<sup>104</sup> “La correlación de fuerzas en el terreno de la publicidad es descomunal: sólo la compañía PepsiCo destinó, durante el año 2004, 1.700 millones de dólares a publicitar productos como las patatas fritas Lay’s y los *snacks* de maíz Fritos. Al año siguiente, el Ministerio de Sanidad y Consumo español destinaba 1,2 millones de euros, aproximadamente el 0,08% de la cifra anterior, a su campaña de prevención de la obesidad infantil «Prevenir la obesidad infantil tiene premio: estar sano».” (Luque, 2008: 146)

<sup>105</sup> Platón, *La República*, (517b)

Tanto los poseedores del saber cómo la tecnología condensan el ideal racional moderno, no padecen las pasiones humanas, actúan como el ser objetivo y desideologizado que el positivismo tanto reclama a la ciencias humanas, no están bajo la influencia del inconsciente pernicioso, los deseos reprimidos, las pasiones contenidas en una histeria colectiva, o los arquetipos jungnianos. La tecnología representa el conocimiento eterno, el mismo que nos presenta La Biblia, el Corán o Hegel. Sabiduría y poder se concentran en ese *héroe*, cuya legitimidad se basa en el conocimiento y la habilidad para transferir estados de enfermedad a estados saludables, eliminar maleficios, controlar la mente y los estados de ánimo: en definitiva ayudar a los demás y es en ese gesto donde se afianza su ser como tal. Su fin último es librar a la sociedad y su forma se representa en la noción de *salud como institución*.

### **3.04 La salud como institución**

¿Quién dice que tenemos una “buena salud”? ¿Quién nos indica que estamos enfermos? ¿Quién está legitimado socialmente para ello? ¿Quién establece las pautas para una estrategia en salud?

Estamos abocados a un régimen al que Foucault (1978) llama “somatocracia”, del cual ya se veían los primeros síntomas en el siglo XVII y que constituye un cada vez mayor arbitraje estatal en las decisiones y configuración del cuidado del cuerpo como base para el cuidado de la salud. El Plan Beveridge, constituye una obra fundacional sobre la que se afianza la noción de salud como derecho y correlacionada dentro de un sistema institucional de seguridad social. Al decir de Foucault “en un momento en que la guerra causaba grandes estragos, una sociedad asume la tarea explícita de garantizar a sus miembros no solo la vida sino también la vida en buen estado de salud” (1978: 152).

La exhortación fundamental que desde las instituciones se realiza es la de la higiene, y sobre todo de la responsabilidad del individuo de comprometerse en el cuidado de su salud y la de su familia. Es la manera en que la sociedad puede y debe conservar los recursos humanos en un estado productivo óptimo, capaz de responder a las nuevas necesidades de alta productividad exigidas por las nuevas formas de producción capitalista. Ya en el siglo XIX, es posible encontrar abundante literatura orientativa cuyo énfasis estaba en la limpieza y la higiene como premisas básicas para poder tener y mantener un buen estado de salud. (Foucault, 1978).

Las políticas en salud son el resultado de llevar a nivel institucional la estrategias que nivel individual se han descrito en el epígrafe anterior. Estas políticas han basado su desarrollo en modelos de prevención, con un discurso que utiliza lo sanitario como “problema”, sobre todo en su vertiente económica. No en balde las políticas sanitarias siempre contienen un colofón sobre las implicaciones que a largo plazo puedan tener dichas políticas en el gasto económico. Siguiendo el modelo de Grossman citado en el epígrafe anterior la salud como institución le otorga un valor de bien de capital productivo y generador de crecimiento económico. Un cuerpo saludable es un cuerpo rentable en dos sentidos: genera riqueza y no produce gasto sanitario.

Si la salud como estado del cuerpo-mente se construye como el paradigma moderno de la salud, ello implica además una nueva forma de entender el cuerpo en su relación con el mercado. Marx señalaba que dentro del mercado, “dentro de la esfera de la circulación” existía una mercancía cuyo valor de uso poseía la peculiar propiedad de ser “fuente de valor”, esto es, la capacidad o “fuerza de trabajo”. Y dicha fuerza, objetivadora de trabajo y por tanto de creación de valor, la definía como “(...) el conjunto de las facultades físicas y mentales que existen en la corporeidad (...)” (Marx, K.,

1890: 166). Foucault (1978) reconoce en ello el primer momento en el que el cuerpo entra en el mercado; la segunda, añade, en cuanto lo hace por intermedio del consumo en el campo de la salud.

La salud se convierte en ente económico a través de su institucionalización por vía de la medicina y fundamentalmente en dos direcciones: primero como reproductora y salvaguarda de la fuerza de trabajo y segundo por la conversión de la salud en objeto de consumo. Tenemos por un lado una serie de sujetos e instituciones que monopolizan el conocimiento de la medicina no solo como conjunto de saberes y técnicas dirigidos a la curación del enfermo, sino como productores y poseedores de objetos de consumos médico-farmacéutico, y por otro una series de consumidores cuya preocupación no es sólo la curación de enfermedades específicas sino la preservación del cuerpo y la mente en un estado óptimo en correspondencia con el modelo de cuerpo estético-útil dominante. La salud produce riqueza – económicamente hablando – porque constituye un aspiración para algunos y un lucro para otros (Foucault, 1978).

#### *3.04.1 Los poseedores del saber*

El profesional de la salud se encuentra ante la tesitura de ser él mismo parte del objeto salud como representación y al mismo tiempo ser garante de la materia prima con la cual dicha construcción se realiza. Asimismo, el profesional participa de los modelos representacionales existentes, y en el ejercicio de su actividad profesional, aunque basada en los paradigmas científicos dominantes, no puede escaparse del contexto ideológico en cual se encuentra anclado.

Al profesional de la salud se le representa como objeto cognoscitivo, legitimado para ser orador de una narrativa de la verdad sobre la salud y la enfermedad, y se le exige como tal. En su praxis se ve abocado a contestar



de manera holística ante la demanda de respuestas y acciones en torno a un estado de salud / enfermedad. Es el sujeto dotado de legitimidad social para emitir una diagnosis sobre el estado de salud, para definir el estado de enfermedad y para orientar la verdad en torno a las estrategias individuales y colectivas en salud.

Pero, aunque en principio, la exigencia básica dirigida al profesional es la de detección de la enfermedad y su tratamiento, lo cierto es que también es objeto de réplicas sobre sus funciones y las formas en que las realiza. En términos más de orden social, al médico se le pide un conocimiento referente a la influencia de las conductas sociales sobre los estados de salud, y no sólo esto, sino que sea capaz de reconocer en determinadas prácticas sociales la influencia de la salud – por cierto como representación – y enfermedades específicas, en la conducta de los individuos

La medicina se construye a partir de una demanda del enfermo, de quien padece y sufre, del doliente, y su campo de acción se ha desarrollado en torno a una serie de objetos llamados enfermedades. Pero tal como indica Foucault (1978), la institución médica ha rebasado con creces esa funcionalidad primigenia y se ha adentrado en otros campos, o más bien, ha venido permeando todos los campos de la práctica humana, posicionándose como un ente con autoridad legitimada para discernir entre lo correcto y lo incorrecto, lo malo y lo bueno y configurar un ética y moral social como referente paradigmático de cualquier acción del individuo o los grupos sociales. La medicina termina imponiéndose al individuo, y no sólo a éste como sujeto separado, sino a todo el sistema de relaciones sociales que directa o indirectamente garantiza la salud del conjunto social.

A lo que se refiere Foucault es que si, por ejemplo, en el espíritu de la Revolución Francesa existía un anhelo por la autogestión consciente y espontánea del cuerpo, la higiene o la sexualidad, la medicina ha venido a

imponerse como el garante de autoridad reguladora de estos procesos. La medicalización y el saber médico sojuzgan el tejido social y resulta quimérico imaginar otro modelo en el cual dicho sometimiento no concorra como necesario para el sostenimiento del sistema.

La salud cobra sentido como ausencia de enfermedades y el saber médico ya no enmarca sus objetivos en la cura de las enfermedades y en el enfermo. Ya no está como sujeto al cual el enfermo demanda sino que se convierte en demandante de obligaciones tanto para el individuo en su responsabilidad del cuidado de la salud, como de las instituciones en tanto ordenadoras de una urbanística social saludable.

Los poseedores del saber médico son representados como sujeto de una posición especial dentro del espacio público a los cuales además se les otorga la licencia de invadir el espacio privado más íntimo. Son ellos el puente entre la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, porque son asimismo representados como sujetos de la salvación. Sin embargo en varios de los artículos consultados aparece una especie de opinión hostil hacia la ciencia médica y sus protagonistas, sobre todo dirigida al aura de infalibilidad y posición de poder de éstos en relación con el resto de los miembros de la sociedad que forzosamente dependen de ellos.<sup>106</sup>

Pero lo trascendental aquí es el paso que se ha dado en la transformación del lugar del sujeto en el diagnóstico de las enfermedades. Si Hipócrates y su escuela tomaban como base de su diagnóstico y terapia posterior la declaración del posible enfermo sobre sus sensaciones además de la propia observación de los síntomas, tal como indica Conde (2002), con el advenimiento de la modernidad y el paradigma de la ciencia médica en la que las pruebas de laboratorio y más recientemente el desarrollo de la

---

<sup>106</sup> “La medicina institucionalizada ha llegado a convertirse en una grave amenaza para la salud”: así comienza el libro *Némesis Médica* de Iván Illich (1975).

tecnología de diagnóstico por la imagen, el sujeto deja de ser tal para convertirse en objeto sobre el cual se realizan una serie de mediciones y de las cuales se extraen conclusiones sobre su estado bio-físico y las consecuencias que esto tiene o puede tener en su estado de salud. Con ello el sujeto se vuelve más pasivo frente a las instituciones médicas en tanto estructuras de tecnología, ciencia y conocimiento y aunque se diga que el sujeto actual es más activo frente al diagnóstico médico por la democratización del acceso a la información y el conocimiento, lo cierto es que al final se subyuga al sonambulismo tecnológico de la sociedad contemporánea y de la cual el campo de la salud no es una excepción<sup>107</sup>. Se dice que en la época hipocrática no se tenía acceso al cuerpo y había que confiar en la sagacidad de la intuición de los sujetos del saber médico. El diagnóstico tenía así un carácter más cualitativo; en la contemporaneidad son una serie de números, parámetros clínicos que vienen a indicar el estado de ese sujeto-objeto con independencia de su experiencia interior.

Pero continuando con la idea de Conde (2002), y amén de este sonambulismo frente a la tecnología, el sujeto, ya no es visto como ente individual enfermo sino como grupo o población, que se mueve en el ámbito de una doble paradoja: por una lado y tal como hemos indicado cada vez se convierte más en objeto y de hecho se representa así mismo como “indefenso” frente al saber médico institucional y al mismo tiempo cuenta con los recursos para subvertir los paradigmas sociales en la medicina, para cambiar la propia praxis médica y, sobre todo, la representación que el médico mismo tiene del enfermo. Esto tiene que ver, claro está, con las distintas revoluciones que en el campo de la epidemiología han venido ocurriendo en los últimos siglos y que son resultado precisamente de ese

---

<sup>107</sup> La gestión de la salud en cualquiera de sus dimensiones pasa necesariamente por la gestión del conocimiento. V. Artiles S., 2007.

desarrollo tecnológico ante el cual se siente indefenso, pero al cual se le debe por un lado el aumento de la esperanza de vida y por otro el desarrollo de enfermedades crónicas asociadas precisamente a ese cambio de la estructura etaria de la población y que provoca el envejecimiento del mismo.

Los paciente se convierten así en “actores” (Conde, 2002), capaces de modificar tanto la conducta médica en sí, como las propias políticas sanitarias, la construcción ética y moral de la sociedad, el discurso político mismo, y hasta los modelos de consumo de mercancía y servicios con las implicaciones que ello lleva en la estructura económica de la sociedad. El ejemplo más recurrente ha sido la aparición y desarrollo del VIH, cuyas implicaciones iban más allá de la resolución médico-científica misma, traspasando el umbral de tabúes ancestrales y subvirtiendo la base antropológica sobre la que se asentaban lo modelos de familia y las relaciones sexo-afectivas dominante durante siglos.<sup>108</sup>

El conocimiento siempre ha sido construido socialmente y sobre todo desde las instituciones del poder como un *riesgo*. El campo de la salud y la medicina no ha sido la excepción, pero acaso su peculiaridad radica en que hasta hace relativamente poco tiempo la amenaza estaba en el desconocimiento, en el *no saber*. Hoy se tiene el temor de la “apocalipsis de la especie” (Foucault, 1978), por el exceso de saber y se llega a observar incluso a la tecnología como una máquina capaz de volverse contra el propio individuo.<sup>109</sup> La euforia del avance tecnológico y los nuevos descubrimientos cada vez más sorprendentes y cada vez más dirigidos a la reposición de la funcionalidad del cuerpo, están reconfigurando el *imago mundis* y las respuestas a las preguntas fundamentales del ser humano sobre su ser y el

---

<sup>108</sup> En el campo de la intervención socio – médica se pasó de la consideración de *grupo de riesgo* a la de *conducta de riesgo*, de las *enfermedades de transmisión sexual* a las de *infecciones de transmisión sexual*, etc.

<sup>109</sup> Recuérdese que este temor a las máquinas fue consustancial al surgimiento del movimiento obrero que veía en éstas las causa de la pérdida de puestos de trabajo

sentido de su existencia; están incluso reconfigurando las propias preguntas. De cierta manera se percibe un espíritu de miedo reflejada en el discurso de apologías hacia el necesario retorno al vínculo que une al hombre con la naturaleza, a la potenciación de fuerzas interiores y a la redención de las formas primitivas, no sólo de curación o mantenimiento del cuerpo, sino de aquiescencia consigo mismo.

La representación social de la salud se nutre además de un campo que se desarrolla sobre todo a partir de la Revolución Francesa: la estadística. Es con este instrumento con el que cuenta el Estado para intervenir en la regulación social de la salud. Ha de tenerse en cuenta que en esa fecha no solo se promueve la institucionalización de la enseñanza universitaria de la medicina sino que se construyen las bases para el desarrollo de políticas públicas de higiene y salubridad como ejes centrales en la lucha contra la propagación de enfermedades infectocontagiosas.

La manera de legitimar la efectividad de dichas políticas era la misma con que contaba el espíritu de la modernidad y las bases del paradigma de la ciencia moderna. En efecto, los análisis a partir de las correlaciones estadísticas no solo van a servir como fuente de información para el desarrollo de políticas, sino también como formas ideológicas de intervención en los hábitos y costumbres de la población. La estadística, los números, sirven como ejemplo legitimador también para afianzar las representaciones que sobre determinadas estrategias en salud tiene los sujetos en su vida cotidiana. Es, dicho de otra manera, una forma en que el pensamiento de sentido común, adopta un modelo o metodología de validación científica para legitimar su propio paradigma o construcción social de la realidad, aunque como ya vimos anteriormente, no se adapte la percepción de la realidad al resultado estadístico sino que es éste el que se utiliza para, según

conveniencia, demostrar la “veracidad” de una representación que ya está anclada como objeto naturalizado en el imaginario colectivo.

### 3.04.2 *El miedo institucionalizado.*

La salud como catástrofe constituye otras de las nociones asociadas a la representación social de la salud, y que colocamos dentro del marco institucional, porque ella suele provenir sobre todo a partir de determinados intereses de las élites dominantes del mercado de salud, muchas veces escondidos detrás del parapeto institucional público. No se trata de demostrar la veracidad o no de muchas de estas “noticias catastróficas”, sino la de encontrar el sentido de dichos mensaje, y su significado en el contexto de una sociedad donde el “shock” forma parte de su ingeniería. Más allá de la teoría de la conspiración, lo cierto es que la sospecha de sobredeterminación de algunos fenómenos relacionados con la salud, ha puesto en duda la fiabilidad de las instituciones sanitarias incluso llevado al paroxismo de recelar de programas de prevención de enfermedades. En efecto, en el modelo medicalizado de la salud encontramos una contracorriente que niega – y en la práctica lo realiza – las bondades de la medicación a tal punto de negarse por ejemplo a participar en campañas de vacunación cuya legitimidad y eficacia se avalan con la prácticamente erradicación de las enfermedades que combaten<sup>110</sup>.

---

<sup>110</sup> “(...) el jefe del servicio de Pediatría del hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia (..) ha alertado de la llegada a España de las “Pox party” o “Measles party”, que es como se conoce a las fiestas de la varicela o el sarampión, una tendencia que se ha puesto de moda en los países anglosajones. Se trata de fiestas infantiles organizadas por los padres del niño enfermo para contagiar al resto de invitados con el objetivo de que así pasen el virus cuanto antes. Una actividad alimentada por la reticencia de muchos padres a vacunar a sus hijos. ‘Que los padres lleven a los niños a fiestas del sarampión o la varicela demuestra que son unos inconscientes, ya que son enfermedades que tienen riesgos’, explicó Sánchez-Solí.” *Fuente:* <http://www.diarioinformacion.com/alicante/2012/03/23/provincia-registra-ultima-semana-60-nuevos-casos-sarampion/1236663.html>

La canadiense Naomi Klein<sup>111</sup> habla del “shock”, como una pérdida de nuestra narrativa de la historia. Retrata una ingeniería social y de mercado basada en el palo y la zanahoria, sobre la cual se construye toda la sociedad. El “capitalismo del desastre”, toma como palo el “estado de shock”, como medio de ejercer la fuerza y que ésta sea legitimada y aceptada por la mayoría social como un bien o un mal necesario. Esta “doctrina del shock”, impregna ciertas “alarmas” sobre “inminentes catástrofes”, que repetidas de la forma adecuada y aun siendo singulares y estadísticamente insignificantes, se convierten en verdades objetivas generalizables en el marco del pensamiento cotidiano, y logran moldear las conductas a favor del consumo de determinados productos, la práctica de ciertas actividades o el apoyo de determinadas políticas.

Si las representaciones sociales, tal como se ha indicado, tienen su origen en la circulación de información, resulta básico suponer que son los poderes mediáticos los que hoy en día configuran el modelo representacional; y son éstos además los que apropiándose de esa narrativa de la cual hablaba Klein, reconstruyen la iconografía social en favor de determinados intereses de las élites económicas y políticas. En el caso de la salud, tomando como núcleo figurativo la noción de estado del cuerpo-mente y la construcción como valor positivo de la armonía, “el ataque” no va dirigido a subvertir dicha noción sino a utilizar el elemento del *miedo* a la destrucción de dicho modelo como recurso para modificar los elementos periféricos que están constituidos por las estrategias. El objetivo es por tanto favorecer y potenciar determinadas prácticas, conductas o estrategias en detrimento de otras utilizando el *miedo*.

---

<sup>111</sup> V. <http://www.youtube.com/watch?v=gP591bZNc0I>

Cuando se habla de calidad de vida<sup>112</sup> lo más complejo es precisamente su definición en términos prácticos, entre otras cosas por su alta carga subjetiva. La noción de salud como catástrofe viene a explicar, por qué en determinadas circunstancias somos capaces de valorar una situación personal como desfavorable y en otras como favorable: la cuestión justamente va a depender de esa noción de calidad de vida que tengamos que a su vez depende de la conjunción de los distintos factores del miedo a los hechos aún por venir y que pueden prometer una situación peor que la actual en la cual se encuentra el individuo.

Este modelo ¿cómo se construye? En un artículo publicado por Menéndez & Di Pardo (2010) basado en el análisis de 10 periódicos de circulación nacional en México<sup>113</sup>, encontramos algunas pistas que nos permitirán descifrar los entresijos de dicho proceso:

- Lo primero que encuentran estos autores es la exageración de la noticia en cuanto a su importancia y gravedad. El acto “extraordinario” se convierte en acto “significativo” en el imaginario social y su “representatividad estadística” deja de ser constitutiva de valor. Otra cuestión es la utilización de la estadística para legitimar o reforzar la noticia, donde lo que deja de tener valor es el origen o la fuente del dato así como la rigurosidad en el análisis de las cifras.
- La “exposición al riesgo” constituye uno de los cimientos sobre los cuales se edifica el miedo. Es un hecho latente, cuya potenciación puede favorecer los intereses de determinados sectores de la sociedad. Como indican Menéndez & Di Pardo, para la industria

---

<sup>112</sup> V. Cuevas, Francisco J., 2004

<sup>113</sup> El estudio, aunque desarrollado en México, advierte regularidades en la manera de tratar las noticias en salud y tiene constantes referencias a otros estudios realizados en otros países.



químico - farmacéutica resulta “beneficioso” una sociedad en constante estado de “enfermedad”, sea ésta real o potencial porque de ello depende la venta de sus productos.

- Perspectiva de “presentismo” y “futurismo”. Las representaciones sociales sobre la “catástrofe” son construidas sobre el supuesto de que las peores son las actuales y futuras, basada además en una característica del pensamiento cotidiano que corrige el pasado atenuando el valor negativo de los sucesos acaecidos y “dulcificando” su valor positivo y sobre el de armonía y equilibrio. El pasado es recurrente en muchos casos como modelo referencial, y como recurso del miedo a la pérdida de dichos valores sobredimensionados.
  
- Sentido unificador y holístico del *miedo*. El modelo de catástrofe ayuda a dar sentido a cuestiones cuya explicación va más allá de la comprensión del sentido común. Los poderes mediáticos le ofrecen al individuo las definiciones y los términos necesarios para nombrar aquello que le es ajeno o le infunde temor. Más que eso, le otorga el sentido, el contenido simbólico sobre el cual se genera la verosimilitud de armonía. A través de los medios se da la información catastrófica y la solución a la prevención de dicha catástrofe, otorgándose a sí mismo la condición de garantes de dicha solución. El acto catastrófico unifica todos los miedos, los condensa, lo cual otorga cierto grado de control por parte del individuo sobre sus consecuencias o más allá de eso, es capaz de transferir dicho control a los actores sociales que han generado a nivel representacional la propia noción de catástrofe. El *miedo* favorece a las redes del poder

coartar las libertades individuales, porque el *miedo* mismo ya constituye un elemento restrictivo de dicha libertad.

Tal como nos indican Menéndez & Di Pardo, la noción de salud como catástrofe es utilizado por todos los sectores de la sociedad con fines distintos, pero siempre con el objeto de llamar la atención sobredimensionando sus consecuencias negativas. El impacto mediático de una noticia ofreciendo una imagen aprensiva y de alarma puede ser el factor determinante para, por ejemplo, el logro de financiación por parte de ONGs, la puesta en el mercado de un producto por parte de la industria farmacéutica, o la difusión de programas de prevención contra el desarrollo de determinadas enfermedades.

Lo que nos desvelan estos autores es la conexión casi imperiosa que entre salud y catástrofe presentan los distintos actores difusores de información sobre salud. Independientemente de que los fines puedan ser más o menos nobles, y de la realidad o verdad misma que dicha información pueda contener, lo cierto es que la negatividad termina por imponerse como elemento consustancial del discurso del cual se apropian los modelos representacionales de la sociedad, “pero que en términos de hegemonía/subalternidad tienden a ser apropiados por aquellos que tienen los mecanismos ideológicos y económico-políticos para orientar dichas representaciones hacia la legitimación y desarrollo de sus intereses particulares” (Menéndez & Di Pardo, 2010)

Esta representación “catastrófica”, no sólo condensa nociones relacionadas con la salud física o mental de las personas, sino que es muy utilizada para promover una conciencia en torno al sistema institucional y su sostenibilidad. En efecto, el estudio citado de Menéndez & Di Pardo, revela que la salud en tanto sistema institucional como “problema económico”, es la

representación social que con mayor frecuencia aparece en la prensa escrita, detrás de las nociones de catástrofes sanitarias.

Otro aspecto de interés son los énfasis y silencios mediáticos en torno a determinados temas. Menéndez & Di Pardo (2010) ponen el ejemplo del caso de los accidentes del hogar y los asesinatos. Según estos autores en los países latinoamericanos mueren más niños por efecto de los accidentes ocurridos en el hogar que mujeres por violencia de género. Sin embargo los primeros están ausentes de los informativos a pesar – afirman los autores – de que muchos de ellos esconden detrás de la mampara del accidente, un asesinato del menor. Por el contrario, los feminicidios, son objeto de amplio debate y presencia en los medios noticiosos. Dato interesante, si tenemos en cuenta que las muertes de mujeres por violencia dentro del hogar han constituido un de los “silencios sociales”, más característico de las sociedades patriarcales. La cuestión es ver qué ha cambiado, y qué intereses de grupos de presión mediática favorecen la invisibilidad de determinados hechos a favor de otros o el maquillaje narrativo de la noticia con el objeto de hacer más “atractiva” la información que se quiere transmitir y anclar en el imaginario colectivo.

### 3.04.3 Género y salud

El enlace entre “lo social” y “lo sexual” condiciona una manera particular de ordenamiento de las prácticas sociales. A ello llamamos lo que se ha considerado en definición resumida como la construcción cultural del sexo o *género*, en supuesta oposición a una determinante biológica. Como forma de ordenamiento, influye determinadamente en la organización y comprensión de la vida cotidiana – la ajena y la propia – a partir de una representación del sentido y significado de ser hombre o de ser mujer en la sociedad.

El género da respuesta a las formas en que podemos y debemos utilizar los espacios físicos y sociales ya sean estos públicos o privados; cómo distribuir el tiempo; ante qué modelo resulta pertinente configurar nuestra identidad y saber cuánto nos toca de las estructuras y símbolos hegemónicos y cuánto de los subordinados; a qué roles nos adscribimos; y dónde nos ubicamos en la división social del trabajo. El género traduce en valor cada acto, hecho, objeto o espacio, exaltando unos y despreciando otros. Diferencia a unos y a otros, los omite y los disfraza, y supone la afectación de gestos, imágenes sobre el deber ser de hombres y mujeres, y sus vínculos al interior y exterior de sí mismos como individuos o como grupos. En tanto se funda en la diferencia, tiene la capacidad de generar además un impulso de acción política con el sentido de subversión de su propio orden. El mismo género entreteje un mosaico que pone en duda el juego binario de la determinación biológica, más aún hoy cuando las evidencias de una diferenciación pura y asimétrica de los sexos se hacen cada vez más confusa.

Las sociedades patriarcales operan reforzando similitudes entre los individuos de un mismo sexo, universalizando la idea de la existencia de un sujeto estrictamente masculino y uno estrictamente femenino y produciendo la ilusión de diferencias radicalmente opuestas entre uno y otro sexo. Sin embargo, la realidad demuestra que ni los hombres son tan similares unos a otros ni tan dispares a las mujeres – ni viceversa. No obstante, a pesar de no lograrse una reducción real de este modelo binario, la sociedad patriarcal trata a hombres y mujeres como tal: homogéneos al interior de su grupo y distintos a su “grupo opuesto”. Los estudios sobre la “construcción social del varón” han enfatizado mucho este aspecto y se ha criticado fuertemente el falocentrismo presente incluso en el desarrollo de las ciencias en nuestra era.

Por supuesto la salud no es ajena a todo ello. Las formas representacionales están fuertemente determinadas por las formas culturales de construcción del sexo y es fácil distinguir las diferencias en torno a las nociones de salud ya sea si éstas son generadas desde un discurso masculino o femenino, o ya sea si las formas representacionales tienen como objeto referencial el cuerpo biológicamente “varón” o “hembra”.

La consigna básica que define al varón en la sociedad patriarcal es “ser importante”. Marques (1992: 32) brinda dos interpretaciones a esta consigna: primero, el sólo hecho de ser “varón” ya implica ser importante; segundo, sólo se llega a ser “varón” si se logra ser importante. De igual manera al definirse la masculinidad como la no-feminidad, las mujeres dentro de esta arquitectura de dominio masculino son definidas como no-importantes. O dicho de otro modo, todo lo que hace referencia al valor masculino es importante, todo lo que hace referencia al valor femenino es no-importante: lo femenino es sencillamente un contravalor. De tal manera se organiza el sistema de género patriarcal y de tal forma se ordenan las prácticas sociales dentro de sí.

Un ejemplo claro de ello lo encontramos en el proyecto higienista. La mujer, se convirtió en el recurso por excelencia a través del cual se podían desarrollar todos los programas de intervención social, en el que la familia constituyera su centro de atención. En efecto, una de las premisas básicas de la estrategia de modificación de hábitos y costumbres en torno a la higiene estaba en el hecho de que dicha subversión necesariamente debía tener sus cimientos en la unidad básica familiar. Al estar la organización y administración de ese espacio privado en manos femeninas, fueron las mujeres el nexo ejecutor de ese modelo de puericultura en el cual la higiene y por extensión la salud, comenzaron a engrosar las nociones de cuidado y salvaguarda de los miembros de la familia. Nueva paradoja con la cual se

han encontrado ya investigaciones sobre el tema (Garma, 1998), al observar que dicha apropiación de los valores higienistas por parte de la mujer, se ha hecho en menoscabo de sí misma y de su propio cuidado en salud. Ellas pasan a estar en un segundo plano, y priorizan por encima de sí mismas la atención y vigilancia del resto de la familia, sean estos los hijos, los maridos o los mayores. Ellas establecen estrategias de cuidado en la que quedan desfavorecidas en el campo de la alimentación o la atención médica al construir su *yo* sobre la base del sacrificio en pro del resto de la familia.

Hoy en día esta forma aún continúa dominando en los modelos de intervención y es básico, por ejemplo, en las campañas publicitarias de bienes de consumo relacionados con la higiene. Si se quieren modificar hábitos y costumbres con el objeto de favorecer una conducta o prácticas más saludables, la manera más efectiva de llegar es a través de la mujer, amén de que cada vez más el hombre no sólo se viene incorporando a ese espacio de cuidado y ordenación al interior de la familia sino que la propia masculinidad cada vez se va construyendo más sobre la base de una estética de la higiene.

El discurso en torno al abuso en la utilización de los servicios médicos no es un tema reciente. La mujer, ha sido víctima de estos estereotipos y son varias las investigaciones que denuncian esta imagen adulterada sobre la relación entre cuerpo femenino y salud (Fuentes, 2002). La mujer ha sido relacionada en varias épocas con la imperfección en materia de salud, y no son pocos los diagnósticos que dictaban que éstas eran mentirosas, enfermas y temperamentales. Recuérdese, por ejemplo, la concepción falocéntrica freudiana, en la cual se definía la histeria femenina a partir del sentimiento de castración por la ausencia de pene: el deseo de conseguirlo para reparar ese daño biológico. Si en el hombre el complejo de Edipo explicaba buena parte de la psicología masculina infantil, la mujer era un ser

débil, abocada a la neurosis, a la histeria, por su condición de ser incompleto y biológicamente mutilado.

La mujer mantiene una relación directa con los estados corporales vinculados a la función reproductiva. Esta condición específica la hace objeto de “deseo epistemológico”, de curiosidad científica, por un lado, y por otro de estigmas sociales en torno a su necesidad y utilización de los servicios sanitarios. El cuerpo femenino ha sido el primero en sufrir la medicalización, lo que ha venido a reforzar el estereotipo de eternas enfermas. De esta manera la mujer se ha visto envuelta en una dualidad: por una parte han sido objeto de experimentación del mercado de medicamentos, y por otra se les acusa de ser sujetos medicalizados. Por eso, esa imagen de mujer generadora de gasto, además de constituir una falacia moral, política y machista, escondía una realidad totalmente opuesta: han sido las mujeres las que con el trabajo reproductivo han sustentado el espacio sanitario – no institucional – dentro de la sociedad.

Curiosa, la similitud de esta forma de pensar con la que actualmente se tiene de las personas mayores.





## CAPÍTULO 4. VEJEZ O LA ESTÉTICA DE LA MEMORIA

*(...) he llegado a la edad en que la vida, para cualquier hombre, es una derrota aceptada.*

*(...)*

Marguerite Yourcenar.  
*Memorias de Adriano*

Hans Ruesch, en su novela *El país de las sombras largas*, a través de la narración de una serie de aventuras en torno a una familia de esquimales, nos describe, no sin asombro, las formas de vida de estos habitantes tan cercanos al polo norte y las contradicciones que van apareciendo cuando éstos “tropiezan” con el hombre blanco a los que ven con extrañas costumbres, la rareza de adoración a un solo Dios y fascinantes instrumentos de caza. La novela, que transcurre en una apartada región de Siberia, tiene varios personajes de los cuales destaca Papik, de edad desconocida, pero ya mayor e incapaz de masticar las pieles, labor imprescindible para mantener a su familia. Sus dientes estaban consumidos hasta las encías y sus manos, endurecidas, ya no podían coser. Resultaba una carga para su familia y su destino era el de ser abandonada en el congelado océano para morir de frío o devorada por un oso polar. En ese mismo instante, su hija Asiak, da a luz un niño varón, pero al verlo se percatan de que no tiene dientes, y por lo cual no les queda otra alternativa que matarlo. Ante la disyuntiva, deciden consultar a la anciana madre y ésta les asegura tener el poder de convocar a los cuatro vientos y lograr hacer crecer los dientes al recién nacido. Con cierto escepticismo, la pareja confía en la palabra de la abuela y la rescata

del sitio en el que había sido abandonada. Pasado el tiempo, observan con sorpresa, la aparición de los apreciados dientes. Cumplida su misión, es la propia Papik la que decide suicidarse, saliendo a la intemperie y transpirando lo suficiente como para congelarse y dejar de ser una carga para su familia.

Para completar el estudio sobre las representaciones sociales de la salud nos hemos propuesto el objetivo de determinar cómo se construye y cuál es dicha representación en un grupo de personas mayores de Valencia<sup>114</sup>.

#### **4.01 Teorías sobre el envejecimiento**

En torno a la vejez se han desarrollado una serie de teorías más o menos diferenciadas que buscan definir un conjunto de indicadores en torno a los cuales poder describir el carácter específico de aquello que nominamos como *vejez*:

- *Teoría de la desvinculación*: Una de los desarrollos más populares y polémicos es la teoría conocida como “disengagement” propuesta por Cumming y Henry, en la que envejecer se define como un “inevitable desentendimiento mutuo, por cuya causa disminuye la interacción entre quien envejece y el resto de integrantes del sistema social al que pertenezca”<sup>115</sup>. Según estos autores, a partir del rebasamiento de determinada edad las personas van disminuyendo paulatinamente la participación en aquellas actividades sociales con mayor nivel de intensidad, reduciendo con ello la frecuencia y continuidad de las interacciones sociales en relación con los que podrían tener cuando

---

<sup>114</sup> Cuando decimos Valencia, nos referimos a aquellos mayores que por cualquier circunstancia, residen o pasan la mayor parte del tiempo, en la ciudad de Valencia

<sup>115</sup> Cumming, E. & Henry, W.E.: *Growing old*, Nueva York, Basic Books, 1961. Citado Rodríguez, I. (1979). En castellano la teoría es conocida como de la “desvinculación” o “teoría del desapego”.

eran jóvenes. La consecuencia inmediata es una “desvinculación” con el mundo más mediato y un gradual retorno a sí mismo, hacia un mundo cada vez más reducido a la inmediatez de su vida interior. La conexión hacia el espacio público – vinculado a lo productivo con grados más o menos elevados de competitividad – va cediendo terreno a actividades más relacionadas con el espacio privado, con un carácter social más reproductivo y hacia roles más centrados en lo familiar y en las relaciones extrafamiliares más cercanas, como el entorno vecinal o comunitario. Este proceso es bidireccional, en tanto la desvinculación no sólo se produce desde el sujeto hacia el resto de la sociedad, sino que ésta misma se desvincula de quien “envejece”. Tiene asimismo – dicho proceso – un marcado carácter adaptativo, y por tanto positivo tanto para la autodefinición del sujeto – imagen más positiva de sí – como para el conjunto de la sociedad. De ello se deriva que la “desvinculación” es una condición necesaria para el equilibrio psicológico de la persona lo cual hace de esta teoría no sólo una muestra empírico-descriptiva de lo que sucede – lo que es – sino, además, un axioma normativo del *deber ser*, como condicionante de un fin beneficioso y positivo tanto para el sujeto individual como para el sistema social en su conjunto. Dicho en otros términos, el presupuesto epistemológico sobre el que se basa la teoría de la desvinculación, es manifiestamente funcionalista y normativista, desde la cual se da cómo válidos – y positivos para el equilibrio social – las conductas más repetitivas, y dan como “inválidas” aquellas cuya singularidad suponen una anomia social. Ello trae consigo la tesis de ver una supuesta transgresión de las conductas “normalizadas” o “normales” por una minoría, denotando éstas no sólo una incapacidad de adaptación social – con su

correspondiente carga de “infelicidad” para el sujeto mismo – sino un peligro para la armonía de todo el sistema. El ajuste o desajuste a estos parámetros enmarca al individuo en una relación salud/enfermedad y/o adaptación/inadaptación donde el desvío de la media es una muestra de anormalidad susceptible de ser corregido por el bien mismo del sujeto y de la sociedad. Si bien es cierto que los padres de la teoría de la desvinculación pueden haber encontrado empíricamente una condición de norma social en la desvinculación del mayor al resto del sistema social, olvidan que tal norma está histórica y culturalmente determinada y por tanto no hay ninguna razón “natural” que la haga generalizable, eterna e inmutable, ni mucho menos positiva para el bienestar del mayor y su entorno.

- *Teoría de los roles*: Bajo esta denominación se engloban dos formas teóricas radicalmente opuestas, pero convergentes a la hora de interpretar el envejecimiento como una evolución progresiva hacia la “pérdida de roles” (Rodríguez, I. 1979: 88). El primer enfoque coincide con la base epistemológica del funcionalismo y afirma que tal pérdida de roles se produce por la inexistencia de un referente normativo capaz de reubicar al individuo en su nueva condición dentro del sistema social. Este punto de vista, también conocido como de la *discontinuidad* une los cambios producidos por el avance de la edad con la función que la sociedad le va otorgando al individuo. Cada momento en la historia del sujeto va asociado a una evolución hacia estados funcionales distintos y siempre en correlación con la edad y condicionado por un imperativo asociado al sostenimiento del equilibrio y a sortear la anomia. Ese desarrollo es continuo y progresivo, hasta que, llegado a determinada edad, se rompe. La vejez se define no sólo en torno a nociones de pérdida de

roles – el paso de una etapa a otra definida desde las edades también supone una condición de pérdida – sino de inexistencia de normas sustitutas – vacío normativo – y sistema de valores que funjan como guía de autoafirmación y modelos identitarios. El segundo enfoque, proviene del prisma interaccionista desde el cual se concede al sujeto la cualidad de construcción simbólica de su entorno a partir de los procesos interactivos comunicacionales entre sí.<sup>116</sup> La vejez es interpretada en términos de pérdida de elementos frente a los cuales el individuo puede actuar, y su propia anulación como instrumento de interacción para otras personas. El sujeto que envejece, lo hace en la misma medida en que observa una pérdida de “audiencia” y una situación de invisibilidad de sus “gestos” y acciones en favor de la del diseño arquitectónico del desarrollo social. Su “papel” activo en los procesos de interacción social dan paso a un modelo pasivo construido además desde los “otros” como *relentí* del progreso social y necesitado de sustitución. En ambos casos, para el logro de un sentido de bienestar personal ha de ofrecerse al individuo roles nuevos capaces de atenuar la ruptura producida por la pérdida de su condición anterior. El favorecer la actividad, hacer que se sientan activos, útiles, resultaría una herramienta consecuente con la intencionalidad de lograr mitigar la impresión de pérdida de roles.

- *Teoría de la continuidad*: La propuesta de este postulado basa su modelo en el supuesto de la unidad del sujeto a lo largo de su biografía en la cual el paso de una etapa a otra no supone rupturas, sino continuidades de los ejes vertebradores de la identidad del

---

<sup>116</sup> V. epig. 1.03

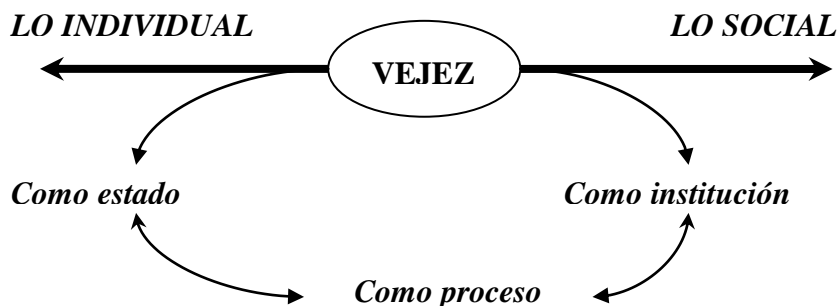
individuo. En el transcurso del tiempo, el individuo va construyendo, a partir de su experiencia individual y colectiva, así como desde su interacción con el entorno natural y social, una imagen de sí mismo que podrá ir moldeándose en la misma medida en que vayan apareciendo necesidades de adaptación a las propias modificaciones del entorno, pero que, en cualquier caso, busca un sentido de continuidad o coherencia interna. Es por ello que al llegar a la vejez, los posibles cambios percibidos constituyen una acentuación o atenuación de los valores mantenidos a lo largo de su vida y en ningún caso una transformación radical de los rasgos y características centrales de su personalidad. El individuo será lo que siempre ha sido y su “estilo de vida” al llegar a la vejez será una continuidad de la forma de integrar las prácticas cotidianas y patrones adaptativos a las nuevas circunstancias personales y contextuales. De todo ello se deriva que no todas las personas van a entender de la misma manera el concepto de “buena vejez” o condición excelsa al llegar a esta etapa de la vida por lo que no es procedente suponer la existencia de una norma única e ideal de comportamiento óptimo como garantía de éxito y felicidad. A diferencia de las teorías anteriores, no se da por hecho la necesidad de incrementar la actividad del sujeto o favorecer su “re-vinculación” como arma axiomática para aumentar su percepción de bienestar. Contrario a ello, afirma que favorecer uno u otro extremo dependerá de la historia individual de cada uno, y es el individuo mismo quien a través de la narración de su biografía, dará las pistas para comprender lo más conveniente en su caso o las preferencias de realización o no de determinadas prácticas. Lo pregunta no ha de ser si es necesario favorecer una situación de “más o menos actividad”

sino cuál es la preferente para un individuo en concreto. De hecho, en ciertas investigaciones desarrolladas en España sobre ocio y tiempo libre en mayores (Fernández, E., s/f) se ha demostrado la existencia de una continuidad en las formas y estilos de vida e incluso una intensificación de las actividades de ocio que venían realizándose antes, por ejemplo, de la jubilación. Lo que cambia son las condiciones en que dicha actividad se realiza.

- *Teoría de la subcultura:* Este modelo sitúa a los mayores como un grupo social específico basándose en la tesis que estructura la sociedad a partir de la división por estratos o grupos etarios y considerando que el hecho de pertenecer a uno u otro grupo condiciona las características y comportamientos de sus miembros. El término subcultura es utilizado para definir patrones de comportamiento, sistema de valores, códigos o sistemas de símbolos, imagen del mundo, etcétera, compartidos por un grupo y que lo diferencian de los modelos sociales hegemónicos. Si combinamos estructura por edades y subcultura se puede sostener la idea de que si varias personas con edades similares interactúan más entre sí que con otras de edades diferentes, éstas pueden ser susceptible de convertirse en una subcultura distinguible y condicionada por el hecho mismo de pertenecer a una categoría etaria. En efecto, según estas teorías, las personas mayores tienden a interactuar más entre sí en detrimento de otros grupos, fundamentalmente por el hecho de haber tomado parte de situaciones históricas y sociales afines y por compartir, en el presente, estados similares de exclusión/inclusión social y referentes comunes de construcción de la identidad. Coincidir en espacios físicos y socio-institucionales – clubes, residencias, centros de salud

etc. – los convierte en referentes mutuos de validación de sus condiciones actuales de existencia, reafirmación de sus formas y estilo de vida cotidiana y su imagen del “otro social” constituido por las generaciones más jóvenes coexistentes en su entorno.<sup>117</sup>

Las teorías explicadas vienen a elevar a niveles teóricos lo que a niveles cotidianos ya existe como problemática y argumento del envejecimiento. Existe mucha literatura en torno la representación social de la vejez. Quizás, junto a la salud, sea este uno de los temas más recurrentes en el desarrollo de esta teoría.



**Ilustración 4.1** Representaciones sociales de la vejez. Eje de construcción

Siguiendo nuestro esquema de análisis, podemos distinguir entre vejez como estado (momento de la vida humana en la que confluyen una serie de fenómenos de tipo bio-anatómico, psicológicos y sociales)<sup>118</sup>, y la vejez como

<sup>117</sup> En la literatura consultada se especifican otros modelos teóricos descriptivos sobre la vejez: *teoría del contexto social*, *teoría de la estratificación social* (Sáez, N., et. alt., 1993), *teoría de la dependencia estructurada*, *teoría del etiquetaje* (Brandolín, A., 2006). En Carbajo, M., 2008, se desarrolla un interesante tesis sobre la evolución en el estudio del envejecimiento y sus disciplina. V. además Hidalgo, Jorge G., 2001 y Moñivas, 1998.

<sup>118</sup> En este punto discrepamos de algunos autores que la definen como período de la vida humana que antecede a la muerte, en tanto la muerte es un hecho con causas no reductibles al acto de envejecer y en tanto un suceso a posteriori no puede ser



proceso que distingue un recorrido vital. Tal como ocurre con la salud, en torno a la vejez existe un tejido institucional sobre el cual se canalizan todos los discursos y prácticas que, ya sea directa o indirectamente, conectan a los mayores con el sistema social

#### **4.02 La edad de la vejez**

La sociedad ve a la vejez – al viejo – no como una fase sino como calificativo inmutable. Se es viejo igual que se es alto, moreno o zurdo: se es así y siempre se ha sido así. La vejez es sustantiva. Pero al *estado de vejez* se llega por una cronología de sucesos biológicos cuya manifestación más visible y experiencial es el desgaste funcional. Esta cronología se define por el avance en el tiempo, medido en años, y supone un consumo de expectativa de vida.

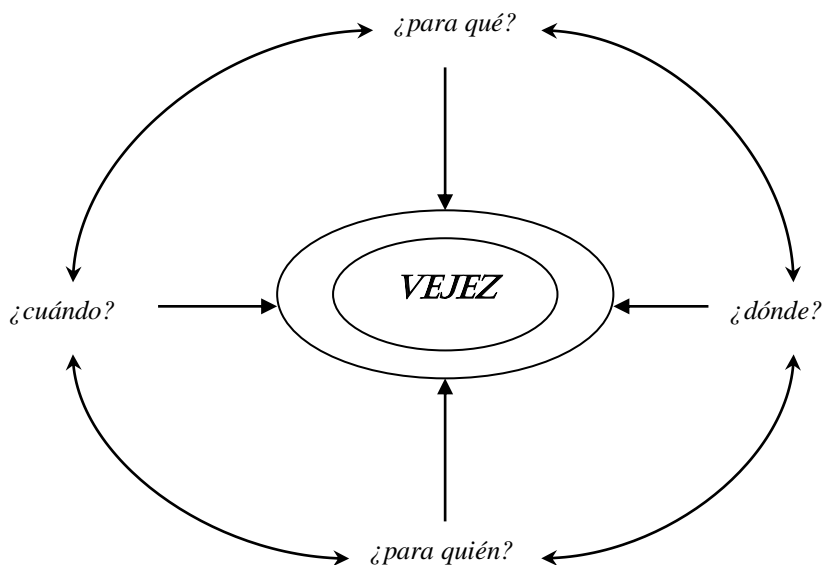
Es abundante la literatura en torno al tema de la construcción social de la vejez. Ello es sintomático de una de las, probablemente, características más singulares que la definen: su visibilidad. Si a nivel de conciencia cotidiana no queda muy claro la manera en que se “llega a viejo”, lo cierto es que es relativamente fácil identificar cuando ya se es, lo cual la hace mucho más fácil de objetivizar o naturalizar y generar por tanto un núcleo figurativo estable y con elementos distinguibles y compartidos socialmente.

La vejez es un síndrome en el que el conjunto de una serie de síntomas anuncian la llegada a un ciclo y estilo de vida cuya base sociológica se asocia a la estructura de edades y a la teoría de la subcultura. Tradicionalmente el principio de inicio de la vejez se ha establecido entre los

---

tomado como determinante definitoria de la vejez. Aunque existe una fuerte correlación entre ambas, no todo el que muere es anteriormente a ello, y por el hecho de morir, viejo o anciano; y se puede entrar dentro de un estado socialmente considerado como anciano, mayor o viejo sin que ello suponga una muerte inminente. El aumento de la esperanza de vida ha hecho que incluso aparezcan subdivisiones dentro del cohorte etario considerado como ancianidad o mayores.

60 y los 65 años (Conde & Marinas, 1997), otorgándole unos a los 75 y otros a los 80 como inicio del estado de muy viejos o muy mayores. La discusión de un punto de inicio asociado a un número o cantidad de años vividos puede convertirse en una discusión al estilo de definir qué es *lo alto*, *lo bajo*, y *lo de en medio*, al que interpela Sócrates en la República<sup>119</sup>, en su disertación sobre la difusa línea que separa el placer del dolor. Del mismo modo que en Platón las virtudes quedan definidas en su relación con la persona, la *vejez*, en tanto concepto, estará delimitada por un *¿cuándo?* – eje temporal – un *¿dónde?* – eje espacial – un *¿para qué?* – eje práctico – y un *¿para quién?* – eje referencial –. (Ilustración 4.2)



**Ilustración 4.2** *La vejez: campo referencial*

<sup>119</sup>– ¿Crees – dije – que existen en la naturaleza lo alto, lo bajo y lo de en medio?  
 – Lo creo.  
 – ¿Y crees que una persona llevada de lo bajo a lo de en medio puede pensar otra cosa sino que se la lleva a lo alto? Y, cuando esté en medio, contemplando el punto de donde ha sido traída, ¿supondrá que está en otro sitio sino en la altura no habiendo visto la altura verdadera?” (Platón, *Rep.*, 584d)

La representación social de la vejez pasa necesariamente por la construcción cultural de las edades. Todas las sociedades tienen como uno de sus elementos estructuradores el curso natural del tiempo que transcurre desde el nacimiento de un individuo hasta su muerte y como resultado ordenan éste en distintas etapas según su edad y le otorgan una serie de características y pautas de comportamiento a las cuales deberá ajustarse. Las personas a lo largo de toda su vida experimentan una serie de modificaciones biológicas – más o menos perceptibles – que le van indicando tanto a sí mismo como al resto de los individuos el momento *biográfico* en el cual se encuentra, lo que se espera de sí – muy diferenciado en función de su sexo – y se presumen los conflictos psico-sociales a los cuáles ha de enfrentarse ofreciendo además herramientas para su resolución y sobre todo para su adecuación a las patrones conductuales previstos para su edad biológica.

Pero la edad en tanto *estado natural* no tiene una relación causal, lineal y universal con la edad en tanto *estrato social*. El ejemplo más significativo que demuestra esta separación lo encontramos precisamente en la disparidad para distinguir la mayoría de edad y la condición de anciano según el momento histórico en el cual nos encontremos y el sistema socio-cultural al cual nos refiramos. En el primer caso –la determinación de la mayoría de edad – la variabilidad es altamente significativa: en la actualidad la mayoría de edad puede estar entre los 13 y los 21 años, según el país en el que nos encontremos. Lo es igualmente el *¿para qué?* en tanto la mayoría de edad también se define a partir de los derechos que se obtienen. Así, por ejemplo puede existir una edad mínima para votar, trabajar, mantener relaciones sexuales, contraer matrimonio, beber alcohol, tener derechos de propiedad, extinción de la patria potestad, conducir vehículos, ir a la guerra, ser juzgado como adulto, etc. Como tercer punto el *¿cómo?*, determinado, ya sea sólo

por la llegada a determinada edad o el paso de pruebas fijadas dentro de ciertos ritos de paso.

En el segundo caso – la determinación de la edad para ser considerado mayor – sucede de forma parecida. El corte en muchos países está determinado por la edad legal de jubilación, por la capacidad real de poder realizar determinadas actividades productivas, la condición de abuelos, etc. En todos los casos el ciclo vital está fuertemente relacionado con los ciclos productivos y la esperanza de vida. Carles Feixa (1996) advierte sobre la proliferación de diversas formas terminológicas para hacer referencia a procesos o fenómenos distintos y que en algunos casos pueden llevar a confusión. Tal es el caso del propio término de *edad*, *ciclo vital*, *generación*, *edad psicológica*, *edad estructural*, etc.<sup>120</sup> Esta variada terminología viene también a demostrar la dificultad de establecer la fases en las cuales se divide la vida del ser humano, de tal manera que incluso estas podrían comenzar antes o después del momento del nacimiento y concluir antes o después de la muerte.

La disparidad en torno a la definición de vejez, restringido a un perímetro etario, sobre todo en cuanto al punto de inicio, demuestra la inconsistencia de otorgarle a este atributo un carácter axiomático en la conceptualización de vejez. Asimismo, los distintos modelos en los cuales se coloca una edad determinada como inicio de la vejez están fuertemente determinados por los objetivos y el área dentro del campo del conocimiento científico del cual se trate (económico, psicológico, biológico, sociológico, etc.).

Una característica esencial de la interpretación de la estructura social a partir de su segmentación por edades, es que los miembros de los grupos que de tal segmentación se generan, no eligen su pertenencia al mismo. No

---

<sup>120</sup> Sáez, et. alt. (1993: 131), definen también varias formas terminológicas: edad cronológica, biológica, funcional, psicológica, social, tiempo social, etc.

somos adolescentes, jóvenes o adultos porque así lo queremos o elegimos, sino que inevitablemente pasamos de un estado a otro como un proceso de superación del estado anterior, en una línea continua y ascendente a través del tiempo, en la que la sociedad y sus instituciones marcan la línea del paso de una a otra. Pero si la definición y los límites de las distintas cohortes etarias, son profundamente borrosas, aún lo son más los contenidos simbólicos y pautas de comportamiento asignados a cada una de ellas.

### **4.03 Los paralogismos de la vejez.**

Establecer una edad para la vejez constituye ya en sí mismo una construcción social, un elemento simbólico de su representación. Como tal se identifica con características definidas por nociones biomédicas y/o psicológicas. Este está asociado al deterioro físico, como condensación representacional de un cambio en la estética corporal más visible (aparición de signos que indican el arribo a dicho estado cuyo caso más significativo son las arrugas en la piel<sup>121</sup>); a la aparición de enfermedades típicas cuyos efectos son atenuados, aunque se asocian a cierta irreversibilidad; a la disminución de la capacidad de realizar ciertas actividades físicas y la necesidad de valerse de medios externos para su consecución; y a la pérdida de habilidades mentales, memoria, reflejos etc. El acto de envejecer siempre está asociado al paso del tiempo. En la noción del cuerpo-máquina el paso del tiempo se condensa en las nociones de “uso” tras el cual se produce un desgaste que paulatinamente va mermando la capacidad o el “valor de uso” del cuerpo.

---

<sup>121</sup> En una investigación realizada en Mar del Plata sobre la representación social de la vejez en niños con edades entre 11 y 14 años, resultaron ser las arrugas la palabra más mencionada a la hora de definir a una persona vieja. (Monchietti & Sánchez, 2008). V. además Delgado, M., 2003, Kehl, S. & J. Fernández, M., 2001, Lehr, U., 2002, Nieto, E. et. alt., 2006.

Desde el punto de vista biológico destacan la visibilidad de un deterioro corporal, el detrimento de las funciones sensoriales reflejo de cambios en el sistema orgánico en general y del sistema nervioso central en particular – disminución de la agudeza visual y auditiva – así como alteraciones bioquímicas y funcionales de los sistemas respiratorio, cardiovascular, digestivo, endocrino, muscoesquelético, conjuntivo e inmunológico, entre otros.

Desde lo social – institucional, el punto más claro de inflexión es el paso a la jubilación que en algunos casos va acompañado de una disminución de ingresos económicos. Pero el impacto más significativo de este cambio es la transformación radical de los roles e identidad social que pasan de un valor positivo, reconocido socialmente en el ámbito público, a un valor subordinado de dichos nuevos roles enmarcado en el trabajo reproductivo del espacio privado.<sup>122</sup> Paulatinamente comienza una rotura de la red social y grupal, como consecuencia de la salida del espacio laboral – red socio-laboral – y de la pérdida de seres queridos – fallecimiento de familiares y amigos –<sup>123</sup>.

Otros indicadores asociados al paso a la vejez son los que ocurren al interior de la estructura familiar con, en unos casos, el abandono del hogar por parte de los hijos – síndrome del nido vacío –, y en otros, con la incorporación de nuevos miembros al mismo<sup>124</sup>.

La fusión de todas estas circunstancias supone el encapsulamiento del sujeto en estado de soledad y aislamiento favorecido por un sistema que deja al margen y excluye al mayor de su dinámica positiva. No obstante, la vejez en sí misma no es la que lleva aparejada dichas formas de exclusión, sino que es la proyección hacia lo social de una supuesta incapacidad para el

---

<sup>122</sup> Como veremos más adelante, este problema es más acusado en los hombres.

<sup>123</sup> La creación de los clubes de jubilados por ejemplo amortiza dicha fractura, al constituir en sí mismo una nueva forma de estructurar y canalizar los vacíos afectivos que la misma provoca.

<sup>124</sup> Parejas de los hijos, nietos, etc.

desempeño de las tareas que la sociedad exige. De hecho, y como ya hemos visto, la construcción social de la salud se basa en un modelo anclado en su *negación*, en el miedo a la exclusión social provocada por la incapacidad de realización de aquellas prácticas con valor positivo y de éxito dentro del marco de la relaciones sociales. Cualquier individuo ya sea con un deterioro de su aspecto físico – fuera por causas endógenas o exógenas – o con una disminución de capacidades motrices o sensoriales, independientemente de su edad, entra dentro de dicho marco de exclusión, y es construido desde lo social “*como un viejo*”.<sup>125</sup>

Por otro lado, el aislamiento o el estado “marginal” dentro del sistema social no se manifiesta sólo a nivel físico y/o social, sino – y ello probablemente sea lo más común – a nivel simbólico. En efecto, la situación de deterioro del mayor, sobre todo en el momento en el que comienza el proceso de cambio de sus condiciones bio-sociales, no es debido tanto a la limitación de sus capacidades físicas, mentales o a la ausencia de una actividad específica, sino a una situación de paso a un estado de subordinación social.

Una de las fuentes más importante desde donde se obtiene información que se esculpe en nuestra representación de la vejez lo encontramos en los medios masivos de comunicación, fundamentalmente el que procede de la televisión. En varias investigaciones (Brandolín, A., 2006: 1) se destacan dos características fundamentales de dicha imagen: la primera es la mayor importancia de lo que se excluye que de lo que se incluye; la segunda la ausencia de voz propia, la existencia siempre de un vocero desde el cual se dice lo que se supone que forma parte de su forma de ver la vida, sus expectativas y necesidades.

---

<sup>125</sup> V. análisis sobre vulnerabilidad en Aranibar, P., 2001.

En estudios realizados en Estados Unidos y en América Latina, se destaca la sub-representación de la población mayor en la televisión si consideramos su proporción en la estructura demográfica real<sup>126</sup> y la sobre-representación de los adultos entre 25 y 45 años (Brandolín, A., 2006: 9). El valor de este dato, no va más allá de una descripción de un modelo estético televisivo que se vale y necesita de estereotipos para hacer vendibles sus producciones. Ello se corrobora además, y siguiendo las investigaciones citadas, a observar una tendencia a ocultar aquellos aspectos visibles indicadores del estado de vejez de los que tienen la posibilidad de aparecer en los espacios televisivos (personajes de destacado renombre como actores, políticos, empresarios etc.) a través de la cosmética o la cirugía, reforzada con una imagen juvenil de éxito, actividad y consumo como asegurador de un modelo de calidad de vida. De esta forma la exclusión no es de las personas mayores sino de un tipo o modelo, aquel de la gente corriente cuya aparición en los medios se reduce a enfocarlos como un problema social, víctimas, curiosidad o rareza, y con toques de comicidad o burla. (Brandolín, A., 2006: 10)

Lo destacable en esos estudios es la diferencia tan significativa de la imagen ofrecida del mayor según su sexo. En efecto, los valores positivos suelen estar encarnado fundamentalmente en los representantes del sexo masculino (seguridad, poseedores del saber, activos y económicamente independientes); en contraste con la mujer, que suele aparecer como débil,

---

<sup>126</sup> No es lo que encuentra Laura Bosque, Licenciada en Psicología, Master en Gerontología Social de la Universidad Autónoma de Madrid en su tesis de maestría titulada "Imagen de Vejez en la Televisión Abierta Argentina": "Lo primero que observé – utilizando el método cuantitativo – es cuántos viejos había".(...) "Lejos de lo que yo suponía, la televisión abierta argentina muestra muchos cuerpos viejos, muchos, cantidades. Si uno compara la cantidad de cuerpos viejos en relación a las personas de otras categorías, es bastante similar (...)". V. <http://www.comminit.com/es/node/265274>.



insegura, dependiente, emocionalmente inestables, posesivas, estrictas con las reglas morales, obsesivas con el orden familiar y de cohabitación, etc.

Se ha destacado el valor sagrado con que son tratados los ancianos en sociedades más tradicionales o “poco complejas”, por ser poseedores de la sabiduría y por ser ésta la condición primaria de la autoridad. En contra, y a partir de los procesos de industrialización el valor de la experiencia<sup>127</sup> deja paso al de la productividad y todo aquello que no es útil dentro de ese marco, es marginado y excluido. Esta imagen que otorga al pasado tradicional un valor positivo en cuanto a su relación de armonía con las personas mayores y un presente que desbasta cualquier euritmia entre las generaciones más actuales y las mayores, se reproduce a niveles de pensamiento cotidiano aunque no es del todo exacto.

La imagen de prestigio de los ancianos en las sociedades preindustriales viene reforzada también por la profusión de muchas obras<sup>128</sup> que indicaban la existencia de un trato muy favorable a su condición. Ello ha contribuido a reforzar la idea del trato respetado con el que eran tratados y la acumulación de habilidades, sabiduría y experiencia como fuentes de prestigio, poder y legitimidad. En cualquier caso, tanto el prestigio como el respeto han estado siempre condicionados a la realización de actividades valoradas como necesarias o útiles para el mantenimiento y sobrevivencia de la comunidad.

Hay ejemplos que demuestran que la imagen del trato más adecuado y de respeto hacia “los viejos” en sociedades primitivas o preindustriales es una visión romántica de ese pasado. La situación de la persona mayor siempre ha estado balanceándose entre un epítome que dignificaba el valor

---

<sup>127</sup> En la investigación sobre las representaciones sociales de la vejez en niños (Monchietti & Sánchez, 2008), se destaca el hecho de no haberse hecho mención – únicamente en un caso – a ser poseedor de sabiduría y experiencia o a su posibilidad de ser consejeros, en la definición de anciano.

<sup>128</sup> Tal es el caso de Simmons, L. 1945.

de la sabiduría y la experiencia de la cual era portador el anciano y una noción en la que el valor productivo estaba por encima de cualquier otro cuyo destino final no fuera el progreso económico y la maximización de la ganancia dentro del sistema productivo, dentro del cual la personas con baja capacidad de producción, entre los cuales se incluyen los mayores, son excluidos, ocultados y/o eliminados y se les caracteriza como carga social.

La teoría de la modernización derivada de la obra de Cowgill & Holmes (1972) relaciona modernidad con proceso de pérdida de prestigio de los mayores en relación a lo que poseerían en sociedades premodernas. En efecto, el grado o nivel de industrialización o modernización sería inversamente proporcional a la autoridad, influencia y reputación que pudieran tener las personas mayores. La condición de “guardianes de la tradición” deja de tener un valor de alto rango frente a otros de carácter emergente como las capacidades de rápida adaptación a nuevas tecnología, que hace precisamente de lo tradicional una herramienta de escasa utilidad y es vista como reminiscencia de un pasado que pone freno al avance tecnológico. Como resultado los mayores son relegados y marginados del espacio productivo y también del familiar como consecuencia de otra de las características de los procesos de modernización: la concentración urbana y el paso de la forma tradicionales de familia extendida a la nuclear.

Sin embargo, como vimos en el pasaje de la novela *El país de las sombras largas*, la noción de utilidad como elemento segregador, no es exclusiva de las sociedades industriales. El respeto y admiración por las personas mayores tampoco es patrimonio exclusivo de las sociedades más alejadas en el tiempo y de estructura más comunal. Diariamente se nos ofrecen ejemplos de reconocimiento por parte de las instituciones a personas cuya edad les ha permitido aportar y aportan toda capacidad física o intelectual y que agrandan en la actualidad con el valor de la experiencia. La

noción de vejez no puede reducirse a la división entre sociedades tradicionales e industriales, a modelos positivos y benevolentes de un pasado y a modelos de agresividad, competencia y exclusión del presente.

Curiosamente muchos autores coinciden en que el advenimiento de la modernidad no sólo ha sido desfavorecedor para el estatus otorgado a los mayores sino también para el atribuido a los jóvenes. Lo que es escaso en uno lo es en exceso en el otro, y es esta la paradoja a la cual se enfrenta la sociedad actual. O se es demasiado joven, o se es demasiado viejo.

Como anécdota, podemos recordar la semana que antecedió al congreso socialista en la que le debate precisamente se centraba en la edad de los aspirantes al cargo de secretario general. Este es un ejemplo claro de cómo la cuestión de la edad se superpone al discurso y a la idea misma que se quiere transmitir. No importa lo que se dice sino quien lo dice, o para ser más exactos la edad de quien lo dice. La capacidad para realizar una actividad – en este caso liderar un partido político – se reduce a una cuestión de tiempo vivido. El mayor debe retirarse, debe irse para dar paso a la menor o más joven, y su función más positiva o de utilidad es la de aportar la experiencia acumulada, pero siempre desde atrás, desde un lugar oculto. Y es éste el problema de la representación del mayor, su valoración positiva en cuanto a un ser dotado de saberes, pero que debe entregarlo a la sociedad siempre a través de un tercero, más joven – pero nunca muy joven – y legitimado para desarrollar las actividades que el sistema productivo demanda, y quedarse oculto, invisible, sin molestar o poner trabas al continuo desarrollo ascendente que – y esto forma también parte de la representación – necesita la sociedad para su subsistencia.

#### 4.04 La Familia

Pero el primer vínculo institucional de la persona mayor – y de la persona en su dimensión social – es la familia. Independientemente de la forma o funciones que se le adjudiquen, todos coinciden, no sólo en situarla como parte de la estructura social, sino en legitimarla como elemento necesario para la existencia de cualquier sociedad. El discurso sobre la familia se ha dirigido tradicionalmente desde cualquier materia o espacio sociocultural a determinar las condiciones dentro de las cuales surge, su evolución estructural y funcional, sus características distintivas en el presente y posible proyección hacia el futuro, para terminar en la construcción a niveles institucionales y políticos sobre el ser o deber ser dentro de lo definido como FAMILIA.<sup>129</sup> Generalmente esta noción se fija o ya viene fijada en el campo de lo cotidiano como “lo natural” y por tanto moralmente legítimo.

Horacio Scaglia y Aída Mammana (s/f) clasifican los tipos de familia según su relación con los mayores en maduras e inmaduras. Las primeras tienen la capacidad de resolver los conflictos derivados de la vejez y las crisis que tal estado de uno o varios de sus miembros puede provocar. Los segundos convergen en una resolución de dicha crisis cuyas consecuencias hacen más agudo los elementos negativos que de por sí son intrínsecos a situaciones como la incapacidad de valerse por sí mismos o las atenciones necesarias por la presencia de determinadas enfermedades crónicas. Sobre este punto especifica los siguientes tipos:

- *Familias sobreprotectoras*: Un valor positivo, como puede ser la afectividad, llega a convertirse en un estado de asfixia para los mayores, cuando ésta alcanza grados extremos. La negación total a

---

<sup>129</sup> Las teorías que han tratado de explicar la *Familia* como institución social han sido en extremo variadas: teoría de sistemas, interaccionista, fenomenológica, del conflicto, psicoanálisis, etc. por sólo mencionar algunas.

realizar determinadas funcionalidades dentro de la marco familiar y la toma de decisiones, anula al individuo provocando una sensación de inutilidad, ausencia de espacios de necesaria privacidad, baja autoestima y un rechazo al espacio socioafectivo inmediato.

- *Familias distantes*: Aun manteniéndoles dentro del espacio familiar e incluso cohabitacional, los niveles de comunicación interpersonal y afectivo son prácticamente nulos provocando una situación de distanciamiento entre el mayor y el resto de los miembros de la familia.
- *Familias abandonicas*: Es el caso extremo del punto anterior en el cual se suele trasladar la responsabilidad del cuidado a instituciones creadas para ello como las residencias. Según estos autores puede coincidir además con el despojo de bienes y pertenencias.

Frente a éstos, destaca lo que da en llamar “familia normal”, cuyo rasgo esencial es la presencia en su interior de una dinámica facilitadora de la gestión común de los recursos necesarios para la resolución de los problemas o las crisis derivadas por una situación de demanda de cuidados permanentes o ayudas por circunstancias específicas en la condición del sujeto mayor. Sin embargo, si bien es cierto que esta clasificación representa contextos posibles en el marco de las relaciones familiares, resulta muy tendencioso el juicio de valor que subyace tras la descripción de las actitudes del resto de los miembros de la familia en relación a los mayores y más aún cuando se termina nombrando a un tipo como familia normal o modélica, dando por hecho que el resto constituirían familias disfuncionales o con actitudes moralmente reprobables.

#### **4.05 La sociedad envejecida**

Cuando la sociedad industrializada habla de sí, suele incluir en su discurso como valor identitario y fetiche de su condición, el hecho de estar estructural y demográficamente envejecida. Pero, es nuestra sociedad una sociedad demográficamente envejecida o sería más pertinente definirlo como “envejecimiento social? ¿Cuál ha sido el proceso seguido hasta llegar a una situación de “envejecimiento social”?

Los modelos estratégicos ya definidos cuando tratábamos el tema de la salud condicionan también el impacto que éstos han tenido en el aumento de la esperanza de vida y en el crecimiento absoluto de la población de edades superiores a las establecidas como inicio de la condición de mayor. Estas estrategias que, como ya vimos, forman parte y son resultado también de los discursos institucionales de promoción de la salud, sirven igualmente de argumento a éstas para, por una parte, explicar la modificación de la estructura etaria de las poblaciones, y por otra, validar y legitimar el propio modelo estratégico institucional

No es objetivo de esta tesis analizar en profundidad la tan asumida idea del “abismo” al cual nos vemos abocados por el envejecimiento de la población. Pero es importante tenerlo en cuenta toda vez que esta idea es cada vez más repetida por los medios de comunicación y por las fuerzas políticas, por lo que constituye un elemento que cada vez se está enraizando más en los modelos representacionales sobre la vejez y que ya se asumen como verdad objetiva e irrefutable.

El discurso institucional se modela alrededor del miedo a la insostenibilidad, arguyendo la incapacidad del sistema para asumir con una población activa cada vez más disminuida, el mantenimiento de la otra parte considerada improductiva e inútil, generadora de grandes gastos y

consumidora monstruosa del estado del bienestar.<sup>130</sup> Paralelamente las estrategias de adaptación a esta nueva estructura dominada por el envejecimiento aparece otro discurso que también supone un envejecimiento, una caducidad del sistema social mismo, de las instituciones que los componen y de las estrategias de mantenimiento del equilibrio social y su sostenimiento.

Sin embargo, algunos autores no están de acuerdo con esta manera de abordar el problema y ven como invención que no define la realidad de la situación actual, el concepto de envejecimiento demográfico. Según Julio Pérez (2010) las poblaciones no envejecen, porque no tienen edad y las teorías que anunciaban ya desde principios del siglo XX, una decadencia de la civilización debido a este fenómeno, se han quedado en meras especulaciones.

El cambio de la pirámide poblacional es reflejo de la transformación que también se produce en términos estructurales y de la que Julio Pérez (2010) destaca al menos tres consecuencias: la feminización, el sobreenvejecimiento y el aumento de la dependencia. La feminización es provocada por la diferencia de las esperanza de vida existente entre ambos sexos. El sobreenvejecimiento es producto de la cada vez mayor prevalencia de personas de edad muy avanzada producto de la generalización de la sobrevivencia de la población hasta edades habitualmente consideradas como de inicio de la vejez<sup>131</sup>. La dependencia se asocia al aumento de los

---

<sup>130</sup> Algunos investigadores ponen en cuestión tales afirmación y ven en ellas una clara manipulación de la opinión pública a través del miedo cuyo único objetivo es la de poder crear áreas de negocio altamente rentables como es el caso de las pensiones. Tal es el caso por ejemplo del profesor Juan Torres López, Catedrático de Economía Política y Hacienda Pública de la Universidad de Sevilla (Torres, J., s/f)

<sup>131</sup> La esperanza de vida a los 64 años, era en España en 1991 de 18 años. En el 2011, veinte años después, ésta había pasado a 21. (Fuente: INE)

problemas relacionados con la salud que aumentan en la misma medida en que lo hace la edad.

Esta modificación de la pirámide poblacional, augura situaciones a las cuales deberá enfrentarse la sociedad en las próximas décadas. En su mayoría estarán vinculados a la atención sanitaria, aunque también tendrá consecuencia en la estructura del mercado laboral, la competitividad y el sostenimiento del estado del bienestar sobre todo en cuanto al sistema de pensiones.

Sin embargo algunos estudiosos del tema consideran una falacia la argumentación sobre la sobrecarga del sistema sanitario producto del envejecimiento poblacional. La relación entre ambos se parece más a un proceso de retroalimentación constante que a una relación lineal de causa y efecto: el envejecimiento, en tanto que manifestación de un aumento de la población mayor como consecuencia del aumento de la esperanza de vida, es resultado de, entre otros factores, los avances en la tecnología sanitaria y la medicina general. Sin embargo estos avances están asimismo dinamizados por la existencia de una población cada vez más demandante de dicho sistema. El “colapso” del sistema está más vinculado a una gestión inadecuada de los recursos que un supuesto abuso por parte de la población, fundamentalmente mayor, del sistema.



# **CAPÍTULO 5. LA REPRESENTACIÓN SOCIAL SOBRE LA SALUD EN MAYORES DE VALENCIA**

*“- Por cierto, Céfalo, que me es grato dialogar con los más ancianos, pues me parece necesario enterarme por ellos, como gente que ya ha avanzado por un camino que también tal vez nosotros debamos recorrer, si es un camino escabroso y difícil, o bien fácil y transitable.”*

Platón, *Rep.*, 328e.

## **5.01 Análisis de los discursos.**

Para el análisis de los discursos generados en las discusiones grupales se transformó el texto generado en una tabla de contingencia en las cuales las columnas representarían las palabras y las filas cada una de las intervenciones realizadas en los grupos. A dicha tabla le aplicamos varios modelos y algoritmos estadísticos cuyos resultados nos permitieron extraer conocimiento contenido dentro del discurso y nos reveló la forma en que se estructura la representación que sobre la salud tienen los sujetos participantes en el estudio.

### *5.01.1 Preparación y edición del corpus*

A partir de las grabaciones, los grupos de discusión fueron transcritos en su totalidad siguiendo el criterio de que cada intervención constituye una unidad, independientemente de si ésta estaba constituida por una sola palabra o varias oraciones. Se respetó en todo momento las formas y

construcciones léxicas utilizadas por los intervinientes, de tal manera que el texto escrito se asemejara en lo más posible al discurso hablado. Aunque para el procesamiento estadístico no fue utilizado, sí se transcribieron las intervenciones del moderador y ciertas expresiones – como risas –, que pudieran dar pistas sobre el contexto en el que determinada opinión era emitida.

Los textos fueron clasificados según el grupo de discusión al que pertenecía, el lugar en el que fueron realizados (residencias o fuera de las residencias) y el sexo de la persona que intervenía. Tras la corrección ortográfica y de errores de transcripción se suprimieron partes del texto no relevantes y se llevó a minúsculas todas las palabras del texto. En todo momento se evitó la utilización de abreviaturas y símbolos. Dado que el orden alfabético de las palabras o lemas que tras el procesamiento serán utilizados no es relevante para este estudio, se decidió mantener los signos diacríticos<sup>132</sup>. Asimismo se unificaron formas gráficas poliformes<sup>133</sup> de aquellas que podrían aportar algún tipo de significado al análisis del tema en cuestión, obviándose aquellos no relevantes para el estudio. Todo este procedimiento se ha realizado de forma manual.

Tal como ya se ha indicado, el texto fue particionado según el grupo, el lugar en que se realizó la discusión y el sexo del interviniente. Siguiendo este criterio se creó un fichero base o tabla en Excel, en que cada fila constituye una intervención dentro del grupo, y cada columna se corresponde con las variables de clasificación descritas, siendo la última el texto en sí mismo o variable léxica.

---

<sup>132</sup>El orden lexicográfico de las palabras que devuelven los procesadores de texto binarios cuando se encuentran con letras como la “ñ”, al tener códigos ASCII más altos no se corresponde con el orden alfabético.

<sup>133</sup> Tal es el caso de “seguridad social” que se convirtió “seguridadesocial”

Donde LUG diferencia entre participantes que se encuentran en Residencias para mayores (1) y los que no (2); SEXO, Hombre (1), Mujer (2); GD hace referencia al grupo de discusión, del 1 al 8; y el CASO se corresponde con cada intervención (los primeros tres números se corresponden con LUG, GD y SEXO, y los siguientes el número de intervención – numeración consecutiva – dentro de cada grupo).

CASO	LUG	GD	SEXO	TEXT
11201	1	1	2	...Una cosa muy buena, si no tienes salud no tienes vida, qué vas a hacer
11102	1	1	1	La mayor parte estamos sordos o medio ciegos...
11203	1	1	2	¿Medio...?
122170	1	2	2	Las medicinas ahora son mejores...
122171	1	2	2	Antes la gente se moría antes
122172	1	2	2	Lo importante es tener bien la cabeza... con la edad la vas perdiendo
132173	1	3	2	Para mí la salud es la vida, es la alegría, es todo, el amor, todo se basa en la salud
131174	1	3	1	Hay una canción que decía... tres cosas hay en la vida, salud, dinero y amor
132175	1	3	2	Sí, pero el que tiene dinero y no tiene salud
241327	2	4	1	Yo antes no andaba
241328	2	4	1	Antes se comía más natural
241329	2	4	1	Ahora no hay ni tiempo para comer...
241330	2	4	1	Dicen que el gazpacho es muy bueno
241331	2	4	1	Yo, gazpacho todo los días... y mi mujer también
241332	2	4	1	A mí el pepino me repite
241333	2	4	1	No le pongas pepino

**Tabla 5.1 Tabla base. (Fragmento).**

### 5.01.2 Segmentación y elaboración de documentos lexicométricos.

Con esta operación se pretende descomponer el texto en unidades mínimas con el objetivo de identificar las palabras o segmentos repetidos, realizar un conteo de los mismos y enumerarlos por orden de frecuencia o

alfabéticamente. El resultado de este proceso es la obtención de un glosario de formas gráficas que ofrecen una primera información sobre las dimensiones del vocabulario y su riqueza. La forma más habitual para diferenciar las unidades es la identificación de las palabras o formas gráficas – secuencias de letras comprendidas entre dos espacios – así como los segmentos repetidos – secuencias de palabras con un significado particular y que matizan la palabra única o incluso llegan a subvertir su significado original –. De aquí se podrá extraer un valor de frecuencia a partir del número de ocurrencias de cada unidad base.

Este procesamiento se ha realizado en el programa SPAD.T. El resultado del análisis inicial se indica en la siguiente tabla:

TOTAL NUMBER OF ANSWERS	897
TOTAL NUMBER OF WORDS	21.851
NUMBER OF DISTINCT WORDS	2.913
PERCENTAGE OF DISTINCT WORDS	13,3

**Tabla 5.2 Características generales del texto (Resumen)**

Para las 897 intervenciones realizadas en los grupos, los participantes han empleado 21.851 palabras de las cuales 2.913 son distintas lo que supone un 13,3% del total del vocabulario empleado. A priori ya se manifiesta una unidad en cuanto al vocabulario utilizado que será aún más manifiesto cuando pasemos al proceso de lematización. La riqueza del vocabulario, aunque en este primer acercamiento puede parecer escasa – solo el 13,3% de las palabras utilizadas son diferentes –, además de ser ésta una característica del lenguaje cotidiano o de sentido común<sup>134</sup>, denota una centralidad temática y sociológica al estar circunscrito el estudio a un sector etario específico de la sociedad y a una región muy determinada. Asimismo demuestra la existencia de un lazo común que hace pertinente el estudio de

<sup>134</sup> En el lenguaje literario, por ejemplo, ocurre todo lo contrario.

las representaciones sociales sobre la salud en dicho grupo. A continuación se muestra un fragmento del vocabulario extraído:

LIST OF WORDS BY COUNTS ORDER		LIST OF WORDS	
NUMBER	USED WORDS	COUNTS	LENGTH
2235	que	1114	3
2883	y	873	1
1833	no	660	2
1491	la	654	2
736	de	568	2
43	a	491	1
1062	es	406	2
1660	me	399	2
2891	yo	347	2
1578	lo	308	2
2421	se	291	2
995	en	284	2
967	el	269	2
1582	los	251	3
2743	una	243	3
2124	por	219	3
2126	porque	216	6
2029	pero	205	4
2742	un	202	2
1494	las	192	3
1075	eso	189	3
2596	te	182	2
126	ahora	177	5
562	con	166	3
1706	ni	159	2
2472	si	159	2
1786	más	153	3
1933	para	148	4
2884	ya	128	2
2661	todo	126	4
1332	hay	125	3
543	como	117	4
1784	muy	106	3
198	antes	105	5
1864	o	101	1
688	cuando	99	6
2228	pues	98	4
2642	tiene	93	5
1287	ha	89	2
2404	salud	87	6
2618	tengo	87	6
311	años	86	4
1800	nada	84	4
434	casa	82	4
131	al	81	2
2644	tienes	77	6
2820	vida	76	4
1334	he	74	2
346	bien	68	4
1507	te	67	2
1306	hacer	67	6
1354	hijos	65	5
646	cosas	62	5
2584	también	61	7
939	día	59	3
1841	nos	59	3
1104	estoy	58	5
238	aquí	57	4
1120	está	56	4
2282	qué	54	3
1824	ni	53	2
1760	mucho	53	5
2612	tenemos	51	7
2528	son	48	3

Página 1

**Tabla 5.3** *Diccionario de palabras usadas por orden de frecuencia. (Fragmento).*

En la siguiente tabla se muestran los segmentos con un mayor número de frecuencias de repetición. Como se observa el segmento “la salud es” se encuentra entre los de mayor frecuencia, lo cual indica la unidad temática de las discusiones en torno a definir qué es la salud. Igualmente significativo es la frase “si no tienes salud”, la cual expresa una manera de definir el objeto a partir de su negación. Si se tiene, su existencia no es perceptible, pero

cuando no está o falta es cuando aparece con claridad su condición de objeto, se materializa o cosifica como algo cuya existencia es posible percibir. El segmento “hoy en día” refleja la constante comparación dentro del discurso con una experiencia pasada.

	FRECUENCIA	NO. DE CASOS	% DE CASOS	LONGITUD
HOY EN DÍA	16	14	1,60%	3
POR LA MAÑANA	9	9	1,00%	3
EN MI CASA	9	9	1,00%	3
POR LO MENOS	8	8	0,90%	3
LA SALUD ES	8	8	0,90%	3
ESO ES MUY	7	7	0,80%	3
SI NO TIENES	7	7	0,80%	3
LO QUE SEA	7	7	0,80%	3
ES QUE LA	7	7	0,80%	3
EN UNA RESIDENCIA	7	6	0,70%	3
TODA LA VIDA	7	5	0,60%	3
POR LA NOCHE	7	5	0,60%	3
GRACIAS A DIOS	7	5	0,60%	3
POR LA TARDE	6	6	0,70%	3
ES MUY IMPORTANTE	6	6	0,70%	3
EN LA VIDA	6	6	0,70%	3
TODO EL MUNDO	6	4	0,40%	3
SI NO TIENES SALUD	5	5	0,60%	4
IR AL MÉDICO	5	5	0,60%	3
EN UNA SILLA	5	5	0,60%	3
DE LA VIDA	5	5	0,60%	3
DE LOS HIJOS	5	5	0,60%	3
LO QUE HAY	5	5	0,60%	3
PARA MI ES	5	4	0,40%	3
SOY DE LAS	5	4	0,40%	3
ES LA VIDA	5	4	0,40%	3
ES QUE EL	5	4	0,40%	3
YO ME PONGO	5	4	0,40%	3

**Tabla 5.4 Diccionario de segmentos usados por orden de frecuencia. (Fragmento).**

### 5.01.3 Lematización y desambiguación.

Con este procedimiento se pretende simplificar el texto eliminando formas gráficas no relevantes y fusión de aquellas con igual raíz o significado. Lo primero que realizamos es la eliminación de palabras vacías o que no aportan información alguna fuera de su relación contextual con otras palabras. Tal es el caso de las palabras relacionales cuya función es auxiliar dentro de la lengua, como conjunciones, preposiciones y pronombres, y que tal como se observa en la tabla son las que tienen mayor frecuencia y solapan la verdadera importancia de las palabras principales. También se eliminan nombres propios, de ciudades o países, etc.

Seguidamente se procedió a la lematización del corpus. Este procedimiento consiste en transformar cada palabra en su raíz, y fusionar así palabras que en el texto aparecen como diferentes pero que su significado es el mismo. Tal es el caso de los verbos conjugados, la utilización de distinto género o el uso del plural. Finalmente se desarrolló un estudio de concordancias, con el objetivo de eliminar la ambigüedad de ciertas palabras y fusionarlas con otras. Se busca encontrar el sentido correcto de una palabra dentro del contexto en el que ha sido pronunciado.

	PALABRAS CLAVE	
s también había gimnasio... Antes es que nos movíamos mucho	mayor	. Hay que disfrutar de la vida ahora que se es joven. Creo que f
le en lugar de comer tres comidas que comas cinco. Comidas c	mayor	que yo y tuvo varios infartos... atascos de la sangre y desde haci
. Ejercitar la mente... El andar... Andar por la playa a pie... yo	mayores	. Antes los tenían en casa , pero es eso, el trabajo, es el tiempo
ia, porque sino qué es la familia... Pues la reunión de personas	mayores	Y cómo se quitan las penas? Pues se quitan con uno mismo. Si
sus hijos y por sus nietos Cuando llega una persona de joven a	mayor	es que uno se da cuenta de aquello que le Padre decía que se a
se atendía mejor en aquella época Antes se atendía más a los	mayores	Te trataban con cariño, porque estaban pendientes de ti, porque
todo lo aprisa que queráis vivir por ahí, siempre sin fastidiar al p	mayores	lo que mas importancia creo, es que a uno le den facultad para a
una crisis como ahora y te hundes. Muchos de los que tenían y v	mayores	estamos para corregir Ya... pero los padres no podemos hacer
... si me encuentro así que me empiezo a congelar... un par de tu	mayores	es muy difícil, aunque comas muy poco.. da igual Es que no es i
é ha hecho en el estomago pero tal como se ha hecho se ha cerr	mayores	y entonces tenemos que ir al médico que es el mecánico del coc
as y hablando siempre de lo mismo Lo mío es leer, me vuelve lo	mayor	. Ahora el egoísmo de las mujeres que tenemos, si es la madre c
que viene a ver aquí. Y me borré del seguro Ahora con los adela	mayores	Yo soy pesimista.. no soy de las que todo se lo echan a la espalc
nas de trabajar... mi marido trabaja aún Cuando te vas haciendo	mayor	te vas sintiendo los problemas Hay gente joven que también tier
trois, dolor por todos los sitios De todas formas cuando te hace	mayor	aunque estés bien de salud siempre tienes alguna cosita. Luego
mos Enfermedades todas tenemos Yo me creo que aún no soy	mayor	y que tengo ganas de trabajar... Alguna cosa u otra tienes ... pe
as tienes ... pero de momento Peor no es por el proceso de la ed	mayor	no s ele mancha Salud y vejez no tiene nada que ver Hay gente

Tabla 5.5 Ejemplo de estudio de concordancia. Palabra “mayor”.

Aunque las formas de los verbos tener, querer, hacer, y poder, suelen estar sobrerrepresentados en el lenguaje cotidiano, hemos preferido mantenerlos, dada su fuerte significatividad en el tema tratado y dentro de las características psicosociales de los sujetos objeto del estudio. Sí eliminamos otros como ha sido el caso del verbo “haber” y palabras cuya utilización es muy habitual y cuya permanencia para los posteriores cálculos podría desvirtuar el resultado de los mismos.

Dado lo extenso del número de palabras identificadas se decidió eliminar aquellas con muy baja frecuencia. Para ello se calculó el umbral de frecuencia y estableció como criterio para el filtrado de palabra aquellas con frecuencia igual o superior a 8, al ser éste un punto cercano al de inflexión de la curva

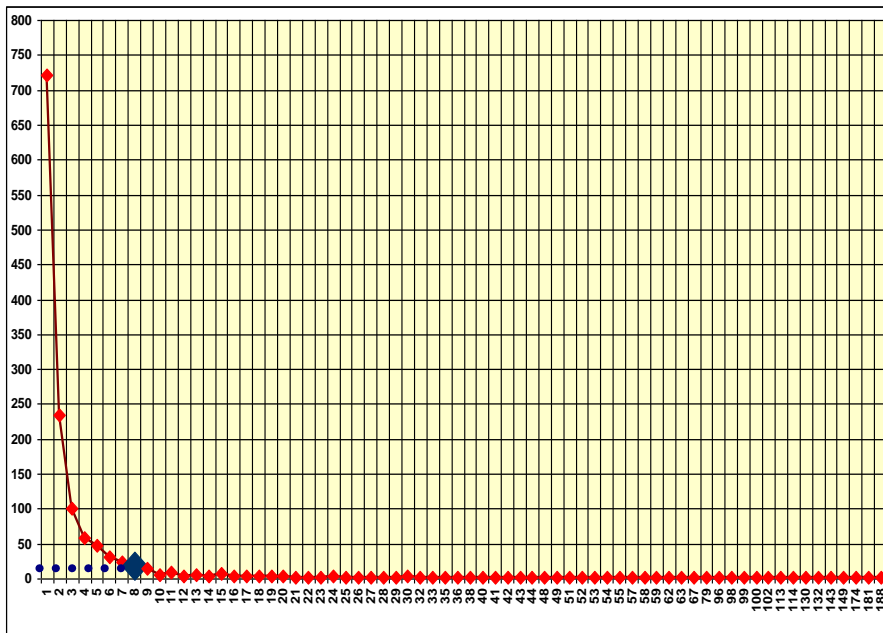


Gráfico 5.1 Gama de frecuencia



Con ello el tamaño del corpus seleccionado se reduce a 4.697 ocurrencias de las cuales 130 son formas distintas y con valor igual o superior a 8 ocurrencias. La lista de las palabras claves seleccionadas por orden de frecuencia es la siguiente:

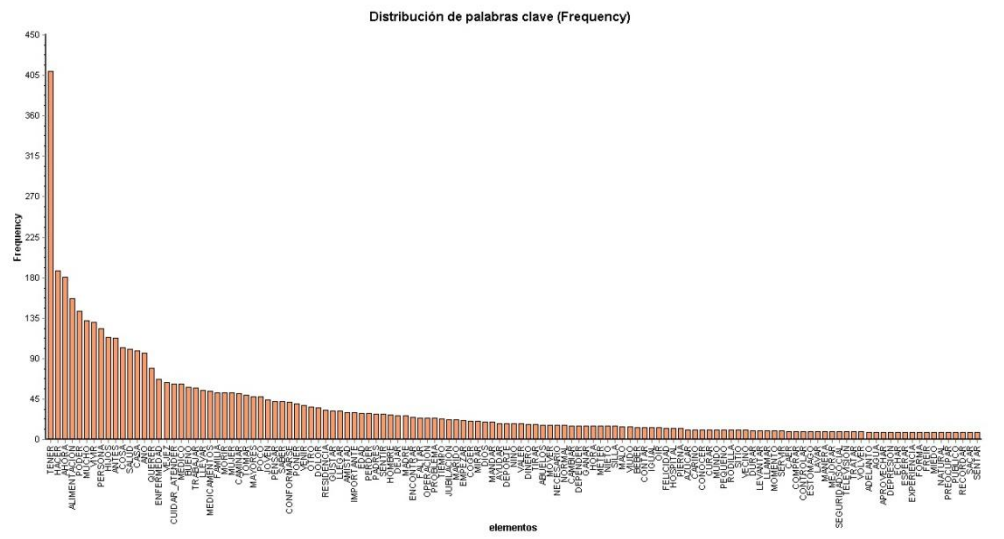
	FRECUENCIA	% TOTAL	NO. CASOS	% CASOS
TENER	410	1,90%	246	27,50%
HACER	188	0,90%	134	15,00%
AHORA	181	0,80%	140	15,60%
ALIMENTACIÓN	157	0,70%	97	10,80%
PODER	143	0,70%	108	12,10%
MUCHO	132	0,60%	109	12,20%
VIVIR	130	0,60%	99	11,10%
PERSONA	123	0,60%	94	10,50%
HIJOS	114	0,50%	71	7,90%
ANTES	113	0,50%	90	10,10%
COSA	102	0,50%	85	9,50%
SALUD	102	0,50%	80	8,90%
CASA	99	0,50%	73	8,20%
AÑO	96	0,40%	81	9,10%
QUERER	79	0,40%	58	6,50%
ENFERMEDAD	67	0,30%	50	5,60%
VEJEZ	63	0,30%	38	4,20%
CUIDAR_ATENDER	62	0,30%	48	5,40%
MÉDICO	62	0,30%	47	5,30%
BUENO	58	0,30%	49	5,50%
TRABAJAR	57	0,30%	46	5,10%
LLEVAR	55	0,30%	44	4,90%
MEDICAMENTOS	54	0,20%	42	4,70%
FAMILIA	52	0,20%	39	4,40%
MORIR	52	0,20%	36	4,00%
MUJER	52	0,20%	45	5,00%
CAMINAR	51	0,20%	35	3,90%
TOMAR	49	0,20%	32	3,60%
MAYORES	48	0,20%	44	4,90%
POCO	48	0,20%	39	4,40%
JOVEN	44	0,20%	37	4,10%
PENSAR	42	0,20%	30	3,40%

SABER	42	0,20%	35	3,90%
CONFORMARSE	41	0,20%	28	3,10%
PONER	40	0,20%	34	3,80%
VENIR	38	0,20%	32	3,60%
OTRO	36	0,20%	31	3,50%
DOLOR	35	0,20%	27	3,00%
RESIDENCIA	33	0,20%	25	2,80%
GUSTAR	32	0,10%	22	2,50%
LLEGAR	32	0,10%	25	2,80%
AMISTAD	30	0,10%	22	2,50%
IMPORTANTE	30	0,10%	25	2,80%
EDAD	29	0,10%	26	2,90%
PERDER	29	0,10%	21	2,30%
PADRES	28	0,10%	24	2,70%
SENTIR	28	0,10%	25	2,80%
HOMBRE	27	0,10%	24	2,70%
DEJAR	26	0,10%	23	2,60%
MADRE	26	0,10%	24	2,70%
ENCONTRAR	25	0,10%	22	2,50%
FALTAR	24	0,10%	19	2,10%
OPERACIÓN	24	0,10%	16	1,80%
PROBLEMA	24	0,10%	19	2,10%
TIEMPO	23	0,10%	21	2,30%
JUBILACIÓN	22	0,10%	17	1,90%
MARIDO	22	0,10%	20	2,20%
EMPEZAR	21	0,10%	19	2,10%
COGER	20	0,10%	20	2,20%
MIRAR	20	0,10%	19	2,10%
DIOS	19	0,10%	15	1,70%
MANDAR	19	0,10%	12	1,30%
AYUDAR	18	0,10%	13	1,50%
DEPORTE	18	0,10%	15	1,70%
NIÑO	18	0,10%	15	1,70%
VALER	18	0,10%	14	1,60%
DINERO	17	0,10%	14	1,60%
TIRAR	17	0,10%	15	1,70%
ABUELOS	16	0,10%	11	1,20%
MOVER	16	0,10%	13	1,50%
NECESARIO	16	0,10%	15	1,70%
NORMAL	16	0,10%	13	1,50%

CAMBIAR	15	0,10%	13	1,50%
DEPENDER	15	0,10%	13	1,50%
GANAR	15	0,10%	12	1,30%
HORA	15	0,10%	13	1,50%
METER	15	0,10%	14	1,60%
NIETO	15	0,10%	14	1,60%
SILLA	15	0,10%	13	1,50%
MALO	14	0,10%	13	1,50%
VIUDO	14	0,10%	10	1,10%
BEBER	13	0,10%	13	1,50%
CONTAR	13	0,10%	13	1,50%
IGUAL	13	0,10%	10	1,10%
OÍR	13	0,10%	13	1,50%
FELICIDAD	12	0,10%	8	0,90%
HOSPITAL	12	0,10%	12	1,30%
PIERNA	12	0,10%	8	0,90%
AZÚCAR	11	0,10%	10	1,10%
CARIÑO	11	0,10%	9	1,00%
CONOCER	11	0,10%	11	1,20%
CURAR	11	0,10%	10	1,10%
MUNDO	11	0,10%	8	0,90%
PEQUEÑO	11	0,10%	10	1,10%
RODILLA	11	0,10%	10	1,10%
SITIO	11	0,10%	11	1,20%
VECINO	11	0,10%	7	0,80%
DURAR	10	0,00%	9	1,00%
LEVANTAR	10	0,00%	10	1,10%
LLAMAR	10	0,00%	8	0,90%
MOMENTO	10	0,00%	10	1,10%
SERVIR	10	0,00%	8	0,90%
CAER	9	0,00%	8	0,90%
COMPRAR	9	0,00%	8	0,90%
CONTROLAR	9	0,00%	5	0,60%
ESTÓMAGO	9	0,00%	5	0,60%
LAVAR	9	0,00%	6	0,70%
MANERA	9	0,00%	8	0,90%
MEJORAR	9	0,00%	9	1,00%
SEGURIDAD_SOCIAL	9	0,00%	8	0,90%
TELEVISIÓN	9	0,00%	9	1,00%
TRATAR	9	0,00%	8	0,90%

VOLVER	9	0,00%	9	1,00%
ADELANTO	8	0,00%	8	0,90%
AGUA	8	0,00%	5	0,60%
APROVECHAR	8	0,00%	6	0,70%
DEPRESIÓN	8	0,00%	7	0,80%
ECHAR	8	0,00%	8	0,90%
ESPERAR	8	0,00%	6	0,70%
EXPERIENCIA	8	0,00%	5	0,60%
FORMA	8	0,00%	6	0,70%
FREÍR	8	0,00%	8	0,90%
MIEDO	8	0,00%	6	0,70%
NATURAL	8	0,00%	8	0,90%
PREOCUPAR	8	0,00%	7	0,80%
PÚBLICO	8	0,00%	6	0,70%
RECORDAR	8	0,00%	8	0,90%
SACAR	8	0,00%	6	0,70%
SENTAR	8	0,00%	6	0,70%

**Tabla 5.6** *Relación de palabras claves.*



**Gráfico 5.2** *Distribución de palabras clave (Frecuencia)*

#### 5.01.4 Creación de la tabla léxica base (intervención\*vocabulario).

Elaboramos la tabla léxica base a partir de la distribución de las formas (columnas) por cada una de las intervenciones (filas). El objetivo fundamental en los estudios lexicométricos es el de, a partir de un análisis factorial de correspondencias, agrupar las unidades de observación según el lenguaje utilizado. En nuestro caso, buscamos determinar la unidad del discurso en torno a un núcleo central, lo que corroboraría la existencia de una representación social de la salud, y la pertinencia de su estudio.

#### 5.01.5 Clasificación (clustering).

Definidas las palabras claves, construimos, con la ayuda del software QDA Miner, un mapa conceptual que nos ayudó a comprender la forma en que se relacionan cada una de las partes del discurso y nos permita determinar cómo se mezclan las distintas formas o palabras claves para conformar una iconografía sobre la salud. El primer paso es la clasificación de las palabras claves que representaremos en forma de dendograma. El software utilizado (QDA Miner) utiliza un método de clasificación jerárquica enlace-promedio (average-linkage hierarchical clustering method) para crear conglomerados (clústeres) desde una matriz de similitud. Para la creación de los conglomerados hemos usado el coeficiente de afinidad o similitud de Jaccard. Este coeficiente se calcula desde una tabla de doble entrada como:

$$a/(a+b+c),$$

donde  $a$  representa casos en los que ambos elementos ocurren, y  $b$  y  $c$  representa casos en los que se encuentra un elemento pero no el otro. En este coeficiente se da igual peso a las coincidencias y a las no coincidencias y su valor oscila entre 0 y 1.



1	6	10	11	12	17	23
abuelos cambiar manera	Agua Lavar Meter Hora	controlar operación Público seguridadsocial enfermedad faltar mandar médico medicamentos tomar	ahora antes cosa mucho año tener hacer poder persona casa hijos trabajar llevar joven vivir mayores vejez alimentación <b>salud</b> bueno cuidar_atender padres familia edad llegar morir querer pensar miedo silla poco	conformarse dios pequeño residencia depender echar jubilación sacar hombre mujer	normal sentir amistad gustar conocer vecino	durar sitio necesario oír
2	7				18	24
Caer hospital	Tirar Igual estómago				depresión preocupar	caminar rodilla deporte mover
3	8				19	
aprovechar momento tiempo Dejar levantar	llamar beber venir coger saber				esperar sentar	
4	9				20	
ayudar experiencia forma	curar malo				freír poner televisión	
5	10				21	
contar marido dinero ganar	azúcar empezar otro dolor pierna encontrar mirar				adelanto mejorar	
	11				22	
	12				23	
	13				24	
	14				25	
	15				26	
	16				27	
	17				28	
	18				29	
	19				30	
	20				31	
	21				32	
	22				33	
	23				34	
	24				35	
	25				36	
	26				37	
	27				38	
	28				39	
	29				40	
	30				41	
	31				42	
	32				43	
	33				44	
	34				45	
	35				46	
	36				47	
	37				48	
	38				49	
	39				50	
	40				51	
	41				52	
	42				53	
	43				54	
	44				55	
	45				56	
	46				57	
	47				58	
	48				59	
	49				60	
	50				61	
	51				62	
	52				63	
	53				64	
	54				65	
	55				66	
	56				67	
	57				68	
	58				69	
	59				70	
	60				71	
	61				72	
	62				73	
	63				74	
	64				75	
	65				76	
	66				77	
	67				78	
	68				79	
	69				80	
	70				81	
	71				82	
	72				83	
	73				84	
	74				85	
	75				86	
	76				87	
	77				88	
	78				89	
	79				90	
	80				91	
	81				92	
	82				93	
	83				94	
	84				95	
	85				96	
	86				97	
	87				98	
	88				99	
	89				100	
	90				101	
	91				102	
	92				103	
	93				104	
	94				105	
	95				106	
	96				107	
	97				108	
	98				109	
	99				110	
	100				111	
	101				112	
	102				113	
	103				114	
	104				115	
	105				116	
	106				117	
	107				118	
	108				119	
	109				120	
	110				121	
	111				122	
	112				123	
	113				124	
	114				125	
	115				126	
	116				127	
	117				128	
	118				129	
	119				130	
	120				131	
	121				132	
	122				133	
	123				134	
	124				135	
	125				136	
	126				137	
	127				138	
	128				139	
	129				140	
	130				141	
	131				142	
	132				143	
	133				144	
	134				145	
	135				146	
	136				147	
	137				148	
	138				149	
	139				150	
	140				151	
	141				152	
	142				153	
	143				154	
	144				155	
	145				156	
	146				157	
	147				158	
	148				159	
	149				160	
	150				161	
	151				162	
	152				163	
	153				164	
	154				165	
	155				166	
	156				167	
	157				168	
	158				169	
	159				170	
	160				171	
	161				172	
	162				173	
	163				174	
	164				175	
	165				176	
	166				177	
	167				178	
	168				179	
	169				180	
	170				181	
	171				182	
	172				183	
	173				184	
	174				185	
	175				186	
	176				187	
	177				188	
	178				189	
	179				190	
	180				191	
	181				192	
	182				193	
	183				194	
	184				195	
	185				196	
	186				197	
	187				198	
	188				199	
	189				200	
	190				201	
	191				202	
	192				203	
	193				204	
	194				205	
	195				206	
	196				207	
	197				208	
	198				209	
	199				210	
	200				211	
	201				212	
	202				213	
	203				214	
	204				215	
	205				216	
	206				217	
	207				218	
	208				219	
	209				220	
	210				221	
	211				222	
	212				223	
	213				224	
	214				225	
	215				226	
	216				227	
	217				228	
	218				229	
	219				230	
	220				231	
	221				232	
	222				233	
	223				234	
	224				235	
	225				236	
	226				237	
	227				238	
	228				239	
	229				240	
	230				241	
	231				242	
	232				243	
	233				244	
	234				245	
	235				246	
	236				247	
	237				248	
	238				249	
	239				250	
	240				251	
	241				252	

temprana, mientras que aquellos que son independientes uno del otro o que no aparecen juntos tienden a estar combinados al final del proceso de aglomeración. En la Tabla 5.7 se enumeran los distintos elementos que componen cada uno de los clústeres.

Hemos marcado en color azul el clúster donde se concentran los elementos constituyentes del núcleo figurativo de la representación social sobre la salud – en el dendograma lo encontramos justo en el centro que coincide con el de mayor tamaño por número de elementos que lo integran. Por su parte, los grupos adyacente son los componentes del área periférica de la representación – en color verde en la tabla. Sin embargo, aún resulta escasamente ilustrativa la estructura de dicha representación.

#### *5.01.6 Escalamiento multidimensional. Mapa conceptual.*

Para completar la construcción del modelo representacional de la salud aplicamos la metodología de escalamiento multidimensional (MDS) a partir del valor de proximidad entre cada uno de los elementos o palabras claves (Linares, G., 2001). Este método, proveniente de la psicología y más específicamente del área de la psicofísica, surgió con el objetivo de medir la relación entre los estímulos físicos y la intensidad con que éstos son traducidos a nivel subjetivo. Sin embargo, sus aplicaciones abarcan un campo mucho más amplio y en la actualidad es común su uso en estudios de mercadotecnia, sociología, etnografía, antropología, lingüística, economía, etc.

La técnica del MDS, busca representar de forma geométrica, en un plano o mapa, la posición relativa de un conjunto de estímulos a partir de la transformación de los juicios de similitud o preferencia emitidos por un grupo de individuos sobre un objeto o hecho determinado, en distancias apropiadas para ser dibujadas en un espacio bidimensional (Guerrero, F. & Ramírez, M.,



s/f). En efecto, a partir de una variedad de datos que pueden estar recogidos en tablas de contingencias o matrices, esta técnica compara la cercanía o lejanía en la que un individuo valora varios objetos – estímulos – entre sí y los ubica luego en un gráfico de tal manera que visualmente puedan ser perceptibles las distancias y similitudes entre los objetos valorados. El resultado permite describir de forma muy directa, la relación perceptual entre los objetos representados, las dimensiones utilizadas para dicha representación y la importancia relativa de cada una de ellas.

La forma básica de entrada de datos en MDS es la matriz de similaridad entre todos los pares de  $n$  objetos. Habitualmente la forma de obtención de los datos para el desarrollo de esta técnica es la de solicitarle directamente al individuo que valore en una escala una serie de objetos a partir de una relación de semejanza entre los mismos. Otra forma es la evaluación a partir de ciertos adjetivos – apoyándose también en una escala, aunque no necesariamente – de los estímulos objeto de evaluación y derivar, a partir de las respuestas dadas, las distancias o similitudes entre éstos. En nuestro caso no se busca evaluar las distancias o cercanías entre objetos o estímulos preestablecidos por el investigador, sino que la propia dinámica del discurso fuera generando una serie de dimensiones expresadas en unidades léxicas que fueran describiendo y adjetivando un objeto único: la salud. Después de realizar el proceso de lematización y aplicando el índice de Jaccard obtuvimos una matriz de entrada de datos cuadrada con una misma entidad representada en las filas y en las columnas – las palabras claves elegidas en el proceso de lematización y desambiguación y que luego serán representadas en el espacio geométrico. Los valores representan la distancia o similitud entre todos los pares de palabras claves:

	RESIDENCIA	RODILLA	SABER	SALUD	SEGURIDADSOCIAL	SENTAR	SENTIR	SERVIR	SILLA	TELEVISIÓN	TENER	TIEMPO	TIRAR
RESIDENCIA	1												
RODILLA	0	1											
SABER	0,02	0	1										
SALUD	0,03	0	0,04	1									
SEGURIDADSOCIAL	0	0	0	0,01	1								
SENTAR	0	0	0	0	0	1							
SENTIR	0	0	0,03	0,01	0	0,07	1						
SERVIR	0	0	0,02	0	0	0	0,03	1					
SILLA	0	0	0	0	0	0,06	0,06	0,05	1				
TELEVISIÓN	0	0	0,02	0	0	0,07	0,03	0	0,05	1			
TENER	0,03	0,02	0,06	0,12	0,02	0,01	0,03	0	0,02	0,02	1		
TIEMPO	0	0	0	0,01	0	0,04	0,02	0	0	0	0,04	1	
TIRAR	0	0	0,04	0	0	0,05	0,03	0	0,04	0	0,03	0,06	1
TOMAR	0	0	0,05	0,02	0	0,03	0,08	0	0	0,03	0,04	0,04	0,09
TRABAJAR	0,03	0	0,04	0	0	0,02	0	0,02	0	0,02	0,09	0,06	0,03
TRATAR	0,03	0	0,02	0	0,14	0	0	0	0	0	0,01	0	0
VALER	0,05	0	0,04	0,03	0	0	0	0	0	0	0,03	0	0,04
VEJEZ	0,03	0	0,04	0,05	0	0	0,05	0,07	0,02	0	0,06	0,02	0,06
VENIR	0	0,02	0,02	0	0,08	0	0,02	0	0	0	0,04	0,04	0,04
VIUDO	0,03	0	0,02	0,02	0	0	0,03	0	0	0	0,01	0	0
VIVIR	0,04	0	0,05	0,09	0	0	0,03	0,02	0,02	0,03	0,11	0,01	0

**Tabla 5.8 Matriz de similitud. (Fragmento).**

Como norma general en los métodos de escalamiento multidimensional es preciso efectuar un proceso de optimización en relación a una medida de ajuste. La medida más comúnmente utilizada es el índice de esfuerzo o stress, propuesta por Kruskal y en la que según el valor obtenido puede considerarse:

VALOR	INTERPRETACION
0,2	Pobre
0,1	Regular
0,05	Bueno
0,025	Excelente
0,00	Perfecto

Siguiendo el procesamiento con el sistema QDA Miner obtuvimos un índice de stress de 0,06, lo que puede ser considerado como bueno. El siguiente mapa resume el resultado obtenido por los clúster, y por el escalamiento multidimensional. Cada circunferencia representa una palabra clave, el tamaño indica la frecuencia de aparición y el color el clúster al que pertenecen. Para su mejor visualización hemos optado por la opción de mantener la estructura de los conglomerados en su representación.





OBJETIVO	PALABRAS CLAVE	CO-OCURRE	NO	AUSENTE	Coefficiente	FUERZA
SALUD	COSA	18	67	62	0,122	*****
SALUD	TENER	34	212	46	0,116	*****
SALUD	ALIMENTACIÓN	17	80	63	0,106	****
SALUD	PERDER	8	13	72	0,086	****
SALUD	VIVIR	14	85	66	0,085	****
SALUD	PODER	14	94	66	0,08	****
SALUD	ENFERMEDAD	9	41	71	0,074	****
SALUD	IMPORTANTE	7	18	73	0,071	****
SALUD	CONFORMARSE	7	21	73	0,069	***
SALUD	AHORA	14	126	66	0,068	***
SALUD	DINERO	6	8	74	0,068	***
SALUD	AÑO	10	71	70	0,066	***
SALUD	FALTAR	6	13	74	0,065	***
SALUD	MUCHO	11	98	69	0,062	***
SALUD	CUIDAR ATENDER	7	41	73	0,058	***
SALUD	BUENO	7	42	73	0,057	***
SALUD	VEJEZ	6	32	74	0,054	***
SALUD	PROBLEMA	5	14	75	0,053	***
SALUD	EDAD	5	21	75	0,05	**
SALUD	PERSONA	8	86	72	0,048	**
SALUD	PENSAR	5	25	75	0,048	**
SALUD	JOVEN	5	32	75	0,045	**
SALUD	QUERER	6	52	74	0,045	**
SALUD	DIOS	4	11	76	0,044	**
SALUD	HACER	9	125	71	0,044	**
SALUD	POCO	5	34	75	0,044	**
SALUD	FAMILIA	5	34	75	0,044	**
SALUD	LLEVAR	5	39	75	0,042	**
SALUD	DOLOR	4	23	76	0,039	**
SALUD	ANTES	6	84	74	0,037	**
SALUD	SABER	4	31	76	0,036	**
SALUD	FELICIDAD	3	5	77	0,035	**
SALUD	NORMAL	3	10	77	0,033	**
SALUD	MALO	3	10	77	0,033	**
SALUD	MÉDICO	4	43	76	0,033	**
SALUD	MAYORES	4	40	76	0,033	**
SALUD	VALER	3	11	77	0,033	**
SALUD	EMPEZAR	3	16	77	0,031	**
SALUD	RESIDENCIA	3	22	77	0,029	•
SALUD	OTRO	3	28	77	0,028	•
SALUD	NATURAL	2	6	78	0,023	•
SALUD	MUNDO	2	6	78	0,023	•

SALUD	MANERA	2	6	78	0,023	•
SALUD	VIUDO	2	8	78	0,023	•
SALUD	CAER	2	6	78	0,023	•
SALUD	MOMENTO	2	8	78	0,023	•
SALUD	PIERNA	2	6	78	0,023	•
SALUD	PEQUEÑO	2	8	78	0,023	•
SALUD	DEPENDER	2	11	78	0,022	•
SALUD	GANAR	2	10	78	0,022	•
SALUD	AYUDAR	2	11	78	0,022	•
SALUD	MANDAR	2	10	78	0,022	•
SALUD	HOMBRE	2	22	78	0,02	•
SALUD	LLEGAR	2	23	78	0,019	•
SALUD	CAMINAR	2	33	78	0,018	•
SALUD	TOMAR	2	30	78	0,018	•
SALUD	MORIR	2	34	78	0,018	•
SALUD	PONER	2	32	78	0,018	•
SALUD	MUJER	2	43	78	0,016	•
SALUD	PREOCUPAR	1	6	79	0,012	•
SALUD	APROVECHAR	1	5	79	0,012	•
SALUD	OÍR	1	12	79	0,011	•
SALUD	DEPORTE	1	14	79	0,011	•
SALUD	NIÑO	1	14	79	0,011	•
SALUD	NECESARIO	1	14	79	0,011	•
SALUD	CONTAR	1	12	79	0,011	•
SALUD	MOVER	1	12	79	0,011	•
SALUD	MEJORAR	1	8	79	0,011	•
SALUD	SEGURIDADSOCIAL	1	7	79	0,011	•
SALUD	BEBER	1	12	79	0,011	•
SALUD	HOSPITAL	1	11	79	0,011	•
SALUD	LEVANTAR	1	9	79	0,011	•
SALUD	AZÚCAR	1	9	79	0,011	•
SALUD	MARIDO	1	19	79	0,01	•
SALUD	SENTIR	1	24	79	0,01	
SALUD	AMISTAD	1	21	79	0,01	
SALUD	TIEMPO	1	20	79	0,01	
SALUD	ENCONTRAR	1	21	79	0,01	
SALUD	PÁDRES	1	23	79	0,01	
SALUD	GUSTAR	1	21	79	0,01	
SALUD	CASA	1	72	79	0,007	
SALUD	HIJOS	1	70	79	0,007	

**Tabla 5.9** *Tabla de proximidad (“salud”).*

En efecto, tomando la palabra estímulo *salud* se fue ramificando un árbol discursivo en torno a cual se mueven otra serie de conceptos cuya combinación final nos acercan al modelo subjetivo de dicho término. Tal como se observa en el Gráfico 5.6 y como ya se ve en el mapa conceptual, la salud es tomada como “cosa” que se “tiene” y se “pierde”. El “tenerla” o “perderla” está muy asociada a los hábitos de vida dentro de los cuales la “alimentación” cobra, entre las demás, la mayor fuerza:

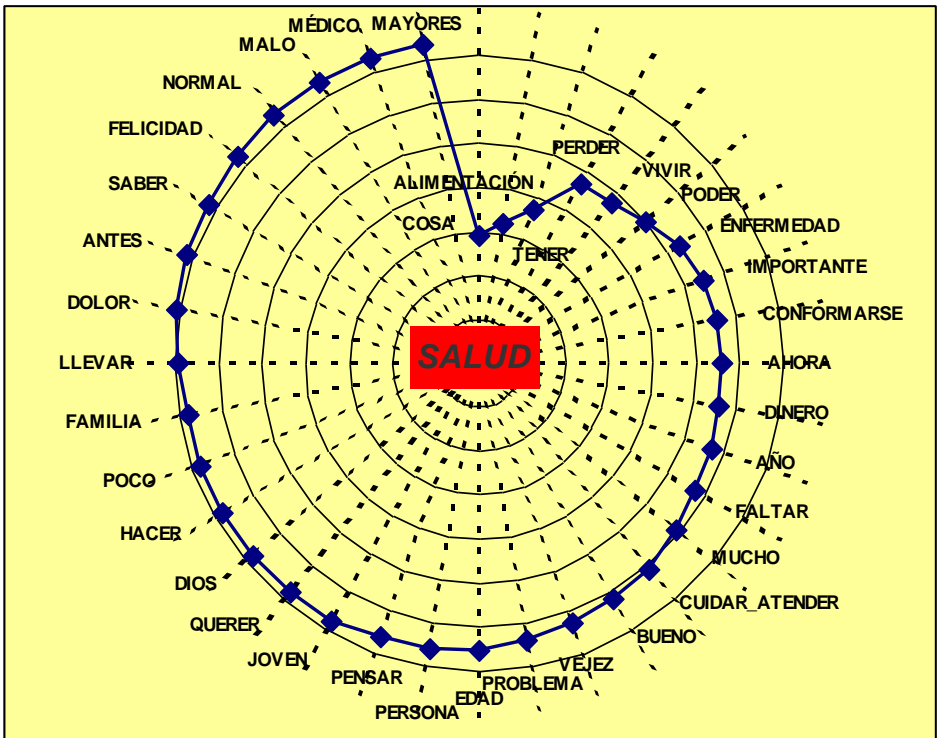


Gráfico 5.6 Gráfico de Proximidad (“salud”).

La presencia de la palabra “poder”, denota el fuerte vínculo que establecen los mayores con la capacidad física y mental de poder realizar cualquier tipo de actividad de forma independiente. La presencia de “enfermedades” expresa la noción de pérdida de la salud. La “conformidad”



por su parte aparece intensamente asociada a la imposibilidad de cambio de las condiciones de salud en la medida en que la edad avanza.

### **5.02 La vejez representada. La forma del discurso**

El carácter fundamental del discurso de los mayores radica en estar fundamentado en una experiencia vivida, en una historia personal y colectiva reflejada de una manera muy particular de ver el mundo en la que el tiempo pasado y presente se confabulan en un contrapunteo sobre el ser y el deber ser, sobre la reconstrucción de una identidad enraizada en una genealogía de la ética, la verdad y lo posible, difícil de encajar en una era donde lo relativo, la apariencia, el exceso de verdades y lo secular configura y domina el pensamiento y las prácticas cotidianas.

Los mayores participantes en los grupos de discusión narran su experiencia en salud como el argumentario de toda su vida. Una vida vivida al compás de hechos históricos compartidos por toda la nación, pero también muy enfocada a su experiencia individual, a un mundo que no va más allá de su espacio físico comunitario y familiar. Son hombres y mujeres a los que la globalización ha sorprendido como algo nuevo y cuya influencia solo es posible percibir por determinadas formas sublimadas dentro del lenguaje que de manera inconsciente permean sus argumentos y conductas ante determinados hechos.

Si en el año 97 (Conde, F.& Miguel M., 1997), el envejecimiento demográfico constituía una novedad histórica, en el presente ya puede hablarse de un asentamiento de la noción de sociedad envejecida. Existe ya una experiencia social, aunque corta, en torno al hecho mismo de contar con una creciente población con edades superiores a los 65 años por lo que los discursos ya no evalúan una situación desconocida y posible sino que tienen elementos referenciales para hacerlo. El colectivo de personas mayores que

en el 97 constituía una novedad ahora tiene un sustrato social con una red institucional arraigada. El vivir más tiempo se ha normalizado en el imaginario colectivo y la problemática se ha desviado hacia las nociones de calidad de vida: no sólo vivir más sino vivir en condiciones aceptables. De ahí que la jubilación sea vista como un paso a un estado de independencia, de posibilidad de “hacer cosas”, sobre todo de implementación del ocio, cuestión esta última inimaginable para las generaciones de mayores anteriores. Este elemento es consustancial a los discursos de los mayores: si en otros estratos vivir más años es un indicador de salud, la calidad de vida de esos años “extras” constituye para los mayores el verdadero sentido de la salud – y de la vida.

Las formas que adopta el discurso de los mayores pasan necesariamente por la manera en que estos se perciben a sí mismos y cómo construyen su propia noción de vejez. Para ello el primer punto a analizar son las formas en que se nombran y seguidamente determinar cuáles son los indicadores sobre los cuales se basa su noción de ser persona mayor o vieja buscando la comparación con otros colectivos sociales definidos por la edad. Asimismo resulta imprescindible explicar las diferencias de género en cuanto a las formas de asumir y expresar la vejez, cuestión ésta que es determinante en la distinta noción de salud que tienen hombres y mujeres tanto al evaluarse a sí mismos como al emitir criterios sobre el otro sexo.

Tal como hemos indicado trabajamos con dos tipos de mayores. Unos viven actualmente en residencia de mayores y todos tiene más de 80 años; los otros viven en casas propias y tiene edades comprendidas entre los 65 y los 80. Esta diferencia, como no podía ser de otro modo, genera una forma distinta de explicar las experiencias en salud. Éstas irán siendo explicadas en la medida que vayamos analizando los resultados.

### 5.02.1 El nombre

Aunque en ningún caso se pidió a los participantes en los grupos de discusión un debate en torno a la vejez en sí misma, obviamente fue un tema recurrente en cada uno de ellos. Los estudios sobre representación social de la salud en mayores (Conde & Marinas, 1997; Peinado & Alcázar, 2006) comienzan describiendo la forma en que los entrevistados se nombran a sí mismos como sujetos individuales y como colectivo, en tanto en ello se condensa el significado primario del sentido de construcción de su identidad y todas las emociones que a nivel afectivo y conductual se disparan.

En este estudio no introdujimos nosotros mismos el término de vejez, porque queríamos determinar si dicho término era utilizado, con qué frecuencia y el sentido en que era empleado en relación con otras formas de nominar la etapa de la vida en la que se encontraban.<sup>135</sup> Así, por ejemplo, en ambos estudios citados, se reconoce la reticencia a utilizar el término viejo o anciano por su fuerte carga peyorativa desde el punto de vista del discurso social. Los fragmentos que se ponen como ejemplo denotan la construcción de la palabra viejo al sentido de “trasto que se tira” reforzando la idea de exclusión en los espacios físicos y afectivos más inmediatos para el sujeto.

La “indenominación”, de este sector de la sociedad y que estuvimos tratando en el CAPÍTULO 4, ya era señalada en el estudio de 1997 (Conde, F. & Miguel M., 1997), lo cual era reflejo según los citados investigadores de la propia situación en la que se encontraba este colectivo social y a la incapacidad del conjunto social de asimilar el proceso de cambio que venía produciéndose en su estructura de edades. De los años en los cuales se realizó dicha investigación ya dejaban de estar en desuso los términos de

---

<sup>135</sup> En las investigaciones que hemos tomado como referencia sí se ha introducido: “(...) el uso por nuestra parte de vejez tenía un cierto carácter provocador en el doble sentido de la palabra: trataba de promover una discusión en torno al campo semántico que el término pudiese abrir (...)” (Peinado & Alcázar, 2006: 17)

“anciano”, “viejo” o “tercera edad” y cobraba cierta fuerza el uso del término “mayores”. En los últimos años no parecen haber cambiado muchas las cosas y se afianza el término “mayores” como forma eufemística de nombrar al colectivo de personas cuyos rasgos están tan poco definidos como el propio término en cuestión.

Sin embargo tras analizar el uso del vocabulario por parte de los mayores, se observa que en su caso no existe ninguna reticencia a usar el término “viejo” o “vejez” y en ningún caso se hizo referencia a un desagrado porque este término fuera usado para identificarlos (Tabla 5.100).

<b>Palabra</b>	<b>Frecuencia</b>
mayor / es	48
vejez	29
viejo / a / s	35

**Tabla 5.10 Frecuencia de utilización de palabras.**

No hubo presencia en el lenguaje del uso de términos como “tercera” o “cuarta edad”, ni de “anciano”.

- *Claro somos viejas... los huesos.*
- *Somos mayores.*
- *Cuando nos hacemos mayores lo que más importancia creo, es que a uno le den facultad para asimilar que se es viejo. Que no se ponga el ser viejo como una cosa mala. Lo que la vida da de sí... si me dan facultad para asimilar la vida esa, es una medicina, pero esa medicina no la manda nadie, la manda la providencia.*
- *Hay que conformarse.*
- *Conformarse ya viene de natural de lo que te mandan.*

Valga señalar que la utilización del término viejo en algunos países de América Latina lejos de constituir una forma peyorativa, manifiesta un acercamiento afectivo sobre todo hacia los progenitores. En España, sin embargo, este término parece contener cierto carácter de descortesía hacia la persona a la cual se le identifica. En cualquier caso, lo cierto es que el resto de eufemismos con los cuales se ha tratado de disfrazar un hecho objetivo innegable que es el decursar del tiempo y sus efectos en el ser humano a partir de determinada edad, ha calado poco en el imaginario colectivo. Llegar a nombrar a los mayores incluso con el calificativo de “adulto mayor” es un ejemplo más de la estética dominante actual. Reutilizando parte del título de esta tesis no es más que un sofisma cuyo objeto sólo busca enmascarar una realidad social y una creencia de carácter nominalista que confunde el objeto o hecho real con el nombre.

#### *5.02.2 Los signos de la vejez*

La representación de la salud en los mayores participantes en los grupos de discusión gira inevitablemente en torno al objeto “vejez” y a la actitud de “conformidad” necesaria para poder afrontar los signos del deterioro que en salud se presentan en dicha etapa de la vida. En efecto, la vejez se asocia ineluctablemente a la “pérdida de estados saludables”, vistas éstas como capacidad del cuerpo y la mente para desarrollar sus funcionalidades de manera satisfactoria.

- *De todas formas cuando te haces mayor aunque estés bien de salud siempre tienes alguna cosita.*
- *Esto es como un piano, el que no tiene una tecla tiene todas.*
- *A partir de los cuarenta...*

- *Lo malo es cuando empezamos a ser viejos que ya nos falta toda la salud, pierdes el oído, pierdes vista...*
- *pero una cosa... estamos aquí hablando de dos cosas, una cosa es la salud y otra es la vejez. La vejez es normal que se pierda salud, facultades, mentalidad, es normal, eso es la vejez. Ahora la salud uno la puede perder aun siendo niño o siendo niña y eso ya es más importante.*

Más allá de expresar el sentido peyorativo de la palabra “viejo”, se encadenan una serie de adjetivos que denotan las características de esta etapa de la vida, a la cual se llega irremediamente y en torno a la cual conviven valoraciones positivas y negativas. Lejos de expresar siempre y en todo los casos una valoración negativa lo cierto es que éstas en su mayor parte se refieren al estado físico, sobre todo a la imposibilidad de realizar ciertas actividades que antes podían realizarse sin dificultad, y al estado anímico, vinculado a una serie de acontecimientos personales como la lejanía de los hijos o la pérdida de seres queridos.

- *Cuanto más vieja, siempre aquí o allá tienes algún dolorcillo.*
- *Y pierdes el humor porque te levantas por la mañana y dices ya no puedo poner los pies en tierra que me duelen y ese día ya sales del dormitorio diciendo que mal es perder la salud.*
- *Yo soy pesimista... no soy de las que todo se lo echan a la espalda... soy de las personas que le doy muchas vueltas a las cosas y eso me perjudica*
- *Lo que pasa es que muchas nos lo tragamos y no lo demostramos...*

- *Le ponemos buena cara al mal tiempo.*
- *Hay que adaptarse a todo... coger lo positivo e ir para adelante.*
- *Pero eso es muy difícil.*

La vejez en sí misma se entiende como un estado al cual se arriba inevitablemente y del cual no es posible ignorar sus consecuencias para el estado físico y mental. En efecto, y tal como hemos visto, la vejez se construye como un proceso. Los mayores entrevistados reconocen “la suerte” de poder llegar a vivir este momento de la vida y sobre el cual hay que mantener un espíritu de conformidad por su inevitabilidad, pero al mismo tiempo una actitud positiva y de aprendizaje de lo que esta etapa de la vida puede aportar.

Llama la atención el uso de la palabra “conformarse” en repetidas ocasiones (41) lo cual denota la significatividad de este término en su asociación con la vejez. Pero más llamativo aún es la ausencia de la palabra “resignación”. En efecto, aún en los momentos más “pesimistas” de las reflexiones que sobre la vejez se realizaban, ésta se asumía como algo inevitable y ante lo cual era imprescindible mantener una actitud que no negara la realidad que se estaba viviendo, pero al mismo tiempo absorber lo que de positivo tenía la experiencia que habían vivido.

- *La verdad es que es un cambio de vida que no se puede explicar... no puedes pedir ni puedes exigir ni puedes nada, nada más que conformarte y gracias que puedes estar en un sitio de éstos, muchas gracias.*
- *Todo va viniendo poco, y te vas amoldando y vas cogiendo costumbres.*

- *La vejez yo la acepto... yo ahora tengo ochenta y nueve años y acepto muy bien la vejez, estoy contenta de haber llegado a esa edad, pero hubiera querido llegar con... así como de joven he tenido que sufrir intervenciones y calamidades de salud. Pero la vejez es natural, que me duelan un poco las piernas... que tengo que estar más no tan en contacto con las cosas, pero la vejez es una cosa y la salud es otra.*
- *Yo he tenido mucha suerte en eso porque me he caído dos veces y no me ha pasado nada.*
- *Para mí es una suerte, porque yo afortunadamente tengo 91 años y aún me conservo sobre todo de mente, la tengo bastante lúcida y de lo demás me puedo aún valer. Así que para mí es una suerte haber llegado a esta edad con la salud que tengo, y que Dios me la conserve muchos años.*
- *...y de todo pues vives una vida catastrófica y el que está conformado con lo que tiene vive mejor porque de otra manera se vive rabiando.*
- *Pero es lo que decíamos antes que aunque pierdas la salud está conformada con lo que tienes y has de aguantar lo que te venga.*

Existe un fuerte contraste en torno a la forma de representar y expresar la vejez de los dos grandes grupos objeto de estudio.<sup>136</sup> Las diferencias de discurso en torno a la vejez, más allá de su obviedad, engarzan con la construcción problemática del concepto en sí y su elaboración alrededor de un otredad que no se corresponde con el individuo hablante – para el caso de los no residente – y una condición de identidad para los residentes. Si en los primeros la problematización de la vejez es prácticamente nula – no se menciona como tal –, para los segundos aparece como centralidad del discurso. Para los no residentes los discursos giran en torno a una biografía

---

<sup>136</sup> Para facilitar la redacción del texto, llamaremos residentes a los que en el momento del desarrollo de la investigación vivían en residencia para personas mayores, mientras que para resto utilizaremos el de no residentes



del cuerpo, a una serie de “defectos” corporales que han venido siendo corregidos por las instituciones médicas, pero que si bien se relacionan con procesos que tienden a la vejez, esta última no se explicita como tal. Sin embargo los residentes, teniendo asumido su condición de “viejos”, el cuerpo y sus “defectos” pasan a ser asumidos como un acto de normalidad y enfatizan más en la problemática afectiva – psico-social – como es el caso de la soledad, la falta de atención de los hijos o la pérdida de seres queridos.

- *La vejez no existe... nos hacemos mayores y entonces tenemos que ir al médico que es el mecánico del coche. ¿Cómo cuidamos la salud? Pues bien, haciendo muchas cosas... no comiendo picantes, no comiendo salsas fuertes... Teniendo una vida sana en general.*

(no residentes)

- *Porque cuando puedes hacer muchas cosas todo va bien pero cuando no las puedes hacer eres como un mueble que lo apartas. Si sirves, bien, si no sirves pues ya te ponen en un rincón... cuando la otra persona ha dado la vida por sus hijos y por sus nietos.*

(residentes)

En los primeros la pregunta en torno a la vejez no existe; en los segundos es el eje del discurso, es la pregunta sobre el por qué se ha llegado a una situación que para ellos es de desamparo. Si en los primeros la “conformidad” no se plantea, en los segundos el estar conforme con la situación en la que se encuentran constituye la manera de dar respuesta a la pregunta, en tanto no existe ninguna otra capaz de reconstruir su “yo-afectivo”, destrozado tras la sensación de abandono.

### 5.02.3 La vejez como biografía: “antes” vs “ahora”

Vejez no es un término que se utilice sólo para designar un período de la vida, sino más bien una actitud ante ella, no sólo de quien la vive, sino además de cómo la sociedad te trata o te ubica en el sistema socio-productivo. Los mayores objeto de este estudio tienen una representación del objeto “vejez” y de sí mismos, pero se da la circunstancia de que el objeto al que hacen referencia no constituye una otredad sino un elemento constitutivo de su propia construcción identitaria.

En efecto, los discursos no hablan solo de lo que suponen que es la “vejez” como una imagen ajena, sino como una imagen de sí mismos, de su propia experiencia personal que además los construye como sujetos. En esa construcción, se establece inevitablemente una contradicción entre la representación social dominante en la sociedad en cuestión y su propia experiencia personal. Por eso, una persona puede ser considerada como viejo o vieja en un sentido metafórico, independiente de su edad. En cambio, ser mayor implica una trayectoria, una biografía particular. Si la vejez es un estado del cuerpo, el ser mayor se corresponde con un proceso, con un decursar de acontecimientos impregnados en su historia de vida.

La narrativa de los mayores es siempre biográfica y se constituye a partir de la narración de hechos pasados, pero siempre expresados por una comparación con el presente. No es extraño, por tanto, encontrar una frecuencia tan alta de los términos “antes” (113) y “ahora” (181).

- *Nosotros hemos tenido menos sueldo, más hijos y ahora no tienen, ahora tienen uno por familia, antes se cargaban de hijos.*
- *No había los medios que hay hoy en día.*
- *Hay televisión y las parejas se ponen a ver la televisión. Antes no había televisión y tenían cama y por eso había más hijos que ahora...*

- *ahora saben que pueden o no pueden...*
- *y ahora las chicas se van por la madrugada, y hacen y después aborto...*
- *por lo moderno... la vida que cada uno hace lo que le da la gana*
- *Antes a los 14 años ya estaban trabajando... y más pronto.*
- *Antes un trabajo... un trabajo, no una carrera... habían aprendices y ponías a un chiquillo ya a trabajar en una tienda de ultramarinos y se formaban en ese trabajo...*
  
- *Antes la mujer no trabajaba y tenía más hijos y estaba en casa y eso... y yo a las seis a dormir... y ahora entre que está la tele... se acuestan a las tantas.*
- *Es que ese mundo no lo podemos concebir... ese mundo comparado con lo que hemos vivido.*
  
- *Mira si han cambiado las comunicaciones.*
- *La vida ha cambiado muchísimo.*
- *Yo desde luego no me cambiaba por la de antes... porque ahora tengo lavadora y antes me pasaba toda la mañana lavando.*
- *Ahora se está mejor.*

Un elemento cuya condición es intrínseca a la vejez es la acumulación de experiencia y conocimiento o saber de sentido común. La vejez, lo viejo, lo antiguo habla de un tiempo pasado, deja de ser un objeto en sí, para convertirse en un objeto experiencial. Desde la vejez se emite un discurso sobre el pasado y de hecho toda fase de la vida de un individuo siempre tiene la posibilidad de tener una narración de la fase que le sucede. La vejez carece de dicha narración. De ella sólo pueden hablar los que son o se sienten como tales, y aquellos que reconstruyen el discurso desde la suposición, reproduciendo los distintos modelos representacionales que

existen como referentes contruidos también desde las propias narraciones de los mayores.

La segmentación del discurso en un antes y un ahora, se mueve en la paradoja de ver un avance social en cuanto a sus condiciones de vida no sólo en ellos mismos sino comparadas con generaciones anteriores de mayores – padres y abuelos – y la sensación de pérdida de los beneficios de la vida anterior más anclada en la relaciones emocionales y afectivas. En efecto, tal como veremos más adelante, si bien es cierto que existe una apología de los avances en el campo de la ciencia y en particular de la medicina y se ven en ellos la causa del aumento de la esperanza y la calidad de vida, existe una extrañeza muchas veces convertida en rechazo sobre los modelos actuales de vida. Esta “sospecha” se dirige en lo fundamental hacia dos ámbitos: la alimentación y las nuevas relaciones paternos filiales que suponen una ruptura radical en las nociones de cuidados dentro de la familia.

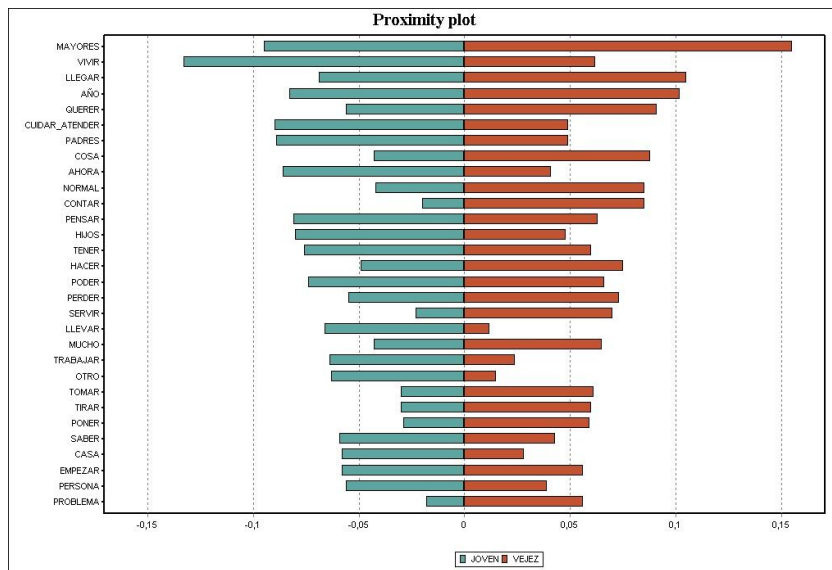
#### *5.02.4 Jóvenes y Mayores: la nueva estética social*

Tal como se indica en la investigación del 97 (Conde, F.& Miguel M., 1997), la diferencia más significativa entre los discursos de los mayores y las del resto de grupos etarios lo constituye sobre todo la forma en que éstos se representan el cuerpo. Si en las edades más jóvenes el cuerpo siempre está en relación con un cuerpo ideal y se construye física y simbólicamente en relación a ese modelo referencial, en los mayores el cuerpo es un constructo real contenedor de la experiencia y sin mayor referente ideal en cuanto a su construcción estética que el cuerpo mismo. Esto no es en menoscabo de los procesos de autocuidado que buscan precisamente la prolongación de una estética y funcionalidad del cuerpo. A lo que nos referimos es al discurso de “conformidad” con un cuerpo cuyo valor radica no en seguir una pauta estética – tal como ocurre en el caso de los jóvenes – en su funcionalidad,

aunque dicha funcionalidad también suponga una forma estética de construir la noción de vejez.

Si tal como indicamos en el análisis de la salud como estado, una de las dimensiones que configura su representación es la estética, en el caso de la vejez nos encontramos que dicha estética se convierte también en representación misma de la vejez. Los indicadores que en el orden corporal advierten su proximidad es la del modelo de “sujeto enfermo”, que a su vez se aleja del modelo de éxito en las sociedades de consumo: el joven. La tendencia es entonces a corregir ese defecto como una manera de retrasar el deterioro, de cubrir o tapar los defectos que señalan un alejamiento de ese referente negativo. Tendencia que busca disfrazar la estética propia de la vejez corrigiendo el aspecto disfuncional y con ello solventar otro tipo de disfuncionalidad, la social, aquella que le impide al individuo acceder a espacios de integración, por no corresponder su estética corporal con la demandante por parte del conjunto social como modelo de éxito y capacitado para el progreso del conjunto de la sociedad.

Nos encontramos, no obstante, frente a una paradoja: si en el 97, existía una ausencia de un modelo de cuerpo ideal para los mayores, la irrupción de las clases medias ya en este grupo etario y su definición como colectivo de consumo ha hecho que aparezcan modelos ideales de cuerpos en los que las arrugas y las canas, si bien buscan disimularse, pueden constituir también símbolo de elegancia cuando éstas van acompañadas de una determinada forma de vestir y sobre todo, de una determinada forma de consumir.



**Gráfico 5.7 Gráfico de Proximidad (‘joven’ / ‘vejez’).**

En la comparación entre *juventud* y *vejez* en cuanto a su relación de proximidad con el resto de palabras clave, se observan algunas cuestiones de interés. Una de ellas es la cercanía de *juventud* – mayor incluso que *vejez* – a “cuidar\_atender”. Ello es resultado de la referencia casi constante en las distintas intervenciones de la importancia del cuidado de la salud en la época joven, la de saber que todos los hábitos que durante la juventud se mantienen tendrán consecuencias positivas o negativas en el futuro y sobre todo prevalecerán en la medida en que aumente la edad.

- *El que disfruta mucho de joven... ese es un recuerdo muy bonito*
- *Aprovechar el tiempo... cuando se pueda hay que aprovecharlo...no dejar nada para mañana, el presente*
- *Ahora ya uno no puede hacer nada*
- *Según la vida que uno lleva de joven, termina siendo mayor.*

- *Hay que disfrutar de la vida ahora que se es joven. Creo que hay que cuidarse desde joven, porque si no aparecen cosas que no tendría uno si las hubiese cuidado*
- *El otro día vi yo a unas chavalas y les dije: quieren que les dé un consejo de hombre viejo, daos prisa a vivir todo lo aprisa que podáis vivir por ahí, siempre sin fastidiar al prójimo, y cuanto más os podáis divertir, mejor para vosotras, y habrá quien de veros le dará ponzoña de ver lo a gusto que vivís, porque el secreto de la juventud es el más noble de todos los secretos, pero cuando lo tenemos no le ponemos el valor real.*

El discurso de los mayores valora de forma positiva la juventud en su sentido abstracto, en lo que significa como capacidad, fuerza y vitalidad. Sin embargo, en su referencia concreta a los jóvenes y a sus prácticas, existe una crítica a un modelo de vida “desordenado”, y en muchos casos moralmente reprochable.

- *Y ahora con la dichosa droga y los dichosos estupefacientes y cosas que han inventado ahora...*
- *Borrachos siempre ha habido y drogas siempre ha habido*
- *Ahora lo que impera es el botellón y todo los fines de semana la festividad es emborracharse y bailar dando saltos*
- *Y molestar a los vecinos que no dejan dormir*

#### 5.02.5 Mujeres y Hombres: el signo del género

En contraste con la idea generalizada de que los hombres cuidan menos su salud y por tanto envejecen y mueren más rápido, la autopercepción que tienen unos y otros de sí mismos y de su estado difiere de dicho patrón. En efecto, según se deriva de las encuestas de salud (Tabla 5.11 y Tabla 5.12),

lo hombres se valoran a sí mismos de forma más positiva su estado de salud que las mujeres.<sup>137</sup>

	Hombres	Mujeres	Total
Muy buena	16,2	11,6	13,8
Buena	64,6	59,6	62,1
Regular	15,9	23,2	19,6
Mala	2,8	4,8	3,8
Muy mala	0,5	0,6	0,5
NS/NC	0	0,2	0,1

**Tabla 5.11 Autopercepción del estado de salud según sexo.**  
Fuente: Encuesta de Salud de la Comunitat Valenciana (año 2010).

Cuestión ésta que se hace más acusada en los mayores de 65 años:

	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo
<b>Hombres</b>	<b>14,6</b>	<b>81,39</b>	<b>68,97</b>	<b>27,4</b>	<b>7,64</b>
De 65 a 74 años	8,97	46,69	32,52	10,01	1,81
De 75 y más años	5,63	34,7	36,45	17,39	5,83
<b>Mujeres</b>	<b>9,6</b>	<b>59,61</b>	<b>78,99</b>	<b>35,88</b>	<b>15,93</b>
De 65 a 74 años	5,88	33,51	39,96	13,49	7,17
De 75 y más años	3,72	26,1	39,03	22,39	8,76

**Tabla 5.12 Autopercepción del estado de salud según sexo y edad.**  
Fuente: INE. Encuesta Europea de Salud en España 2009.

Lo cual se corresponde con la incidencia del dolor. Según las encuestas citadas el 65% de los hombres entre 65 y 75 de edad manifiestan no haber sentido dolor en los últimos 4 meses, mientras que las mujeres del mismo

<sup>137</sup> Esta diferencia está presente también en la Escala Visual Analógica del cuestionario EuroQol-5D, en la que en una escala de 0 a 100 (0 el peor imaginable y 100 el mejor imaginable) los hombres y mujeres se evaluaban en 74,9 y 72 respectivamente. (Fuente: Encuesta de Salud de la Comunitat Valenciana (año 2010)).



grupo de edad reconocen haber sufrido dolor en un 62% siendo este de moderado a severo en un 49%:

	Sin dolor	Leve	Moderado	Severo	Extremo
<b>Hombres</b>					
De 55 a 64 años	64,13	11,54	16,42	7,17	0,74
De 65 a 74 años	<b>65,54</b>	10,59	14,54	8,12	1,21
De 75 y más años	49,6	9,68	24,76	13,46	2,5
<b>Mujeres</b>					
De 55 a 64 años	46,19	11,2	22,71	17,39	2,51
De 65 a 74 años	37,58	<b>9,82</b>	<b>26,15</b>	<b>22,55</b>	<b>3,89</b>
De 75 y más años	36,43	7,43	27,84	24,23	4,07

**Tabla 5.13** Grado de dolor o molestia física durante las últimas 4 semanas según sexo y grupo de edad.

*Fuente: INE. Encuesta Europea de Salud en España 2009.*

Sin embargo estos datos hay que tomarlos con cierta cautela. Las diferencias entre las representaciones sociales del envejecimiento, atendiendo al género, pasan por la noción de una diferente forma de envejecer de ambos sexos. Esta percepción es válida, independiente del sexo del emisor del discurso.

Existe cierto consenso en el pensamiento cotidiano en torno a que el hombre envejece antes que la mujer y esto se asocia también a la diferencia entre la cantidad de años que viven unos y otros.

- Las mujeres tiene más vida...
- Es por naturaleza
- Se cuidan más

La explicación sobre el porqué de esta situación se ciñe al modo o estilo de vida de unos y otros. De hecho existe la certeza de que estas diferencias irán disminuyendo por el cada vez más acercamiento entre los estilos de vida

de ambos sexos. Se argumenta además, la existencia de un cuerpo más resistente en el de la mujer que en el hombre.

- *La mujeres yo creo que tenemos un poco más de salud que los hombres porque nos hemos cuidado más*
- *Porque nos estamos cuidando más*
- *En esta mesa misma estamos casi todas viudas*
- *Pero dentro de 30 años las mujeres no serán como nosotras...*
- *Estarán mejor...*
- *... tendrán los mismos problemas porque hacen lo mismo que ellos...*
- *Beben y fuman...*
- *... el trabajar fuera de casa, para arriba para abajo*
- *El tabaco, la bebida... luego tienes el carácter del hombre...*

Pero si algo no ha resultado especialmente llamativo ha sido la reticencia de los mayores hombres a participar en el estudio muy especialmente para el caso de los que vivían en las residencias. Fue sintomático además el hecho de su escasa participación incluso de aquellos que habiendo participado, sencillamente estaban ausentes: no existían y se solapaban detrás del discurso femenino.

El silencio masculino parece ser un dato que viene a confirmar los ya advertido en otras investigaciones (Peinado & Alcázar, 2006), esto es, por un lado la capacidad femenina de recomponer su red social tras la pérdida de los seres que componen su marco afectivo, y por otro, la falta de herramientas con que cuenta el sujeto masculino frente a estas situaciones de pérdida.

Esta condición del hombre desvela una modificación del modelo de masculinidad. Los sujetos masculinos han sido educados en torno a un patriarca familiar, cuyo cuidado constituía un deber para el resto de los

miembros de la familia y cuyas funciones, en ese cuidado, estaban perfectamente diferenciadas por el género. Así, los jóvenes o adultos masculinos seguían la “tradición” de proveer los recursos de sostenimiento económico familiar, mientras que las féminas administraban dichos recursos dentro del marco del hogar y se encargaban del cuidado de los miembros de la misma, con especial atención a aquellos más vulnerables. Sin embargo, este modelo ha sufrido una ruptura importante. La figura femenina ha salido del hogar y aunque el concepto de cuidado familiar no ha desaparecido del todo, el factor tiempo dedicado a los cuidados se disgrega en otras funcionalidades en el espacio público antes reservadas al género masculino

En efecto, el gran problema de la revolución de la relación entre géneros es que la masculinidad no ha sido capaz de adaptarse a estos cambios. El hombre mayor se encuentra con que, ya no es lo que esperaba ser: el cabeza de familia y se enfrenta por tanto a un vacío de identidad y sin referentes para poder recomponerla.

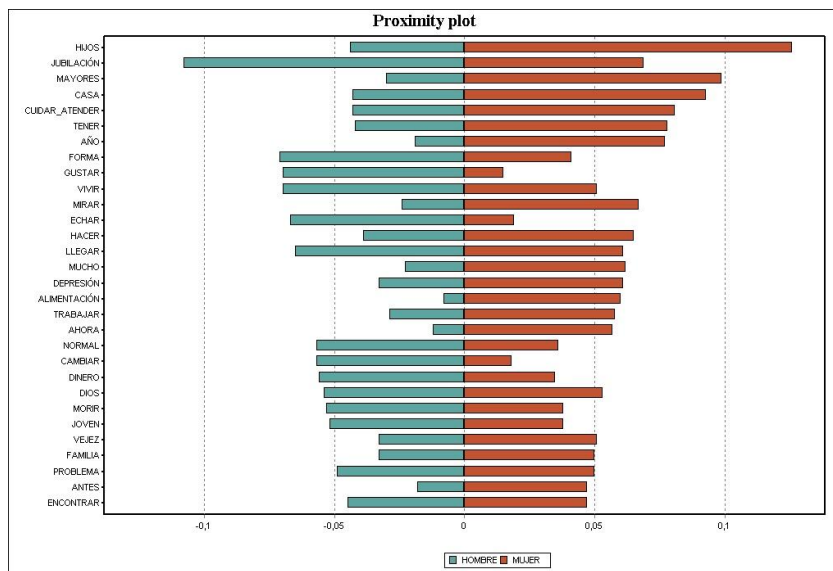
- *Mi hijos son muy distintos a mi marido porque mi marido ni un pañal les ha cambiado a mis hijos y en cambio mis hijos después de trabajar vienen y bañan a sus hijos si es preciso, cocina si es preciso... el poco tiempo que pasan con ellos lo aprovechan muy bien.*
- *Antes la mujer estaba en casa y se encargaba de todo... de los hijos, de la comida, pero hoy no tiene tiempo.*
- *los hombres cuando se jubilan parece que ya no sirvan para nada...*
- *y la mujer cuando se jubila...*
- *Pero es que la mujer nunca se jubila...*

- *No sé porque yo no he tenido hijos, pero yo... hemos sido como amigos...*
- *Sí como amigos, pero siempre sobresale la opinión del marido*
- *Y la opinión de la mujer también*
- *El cambio de generación a la otra... de nuestras abuelas a ahora a nosotras... porque los hijos nuestros viven de diferente forma. La mujer tiene más libertad que el hombre... gana más dinero que gana el hombre*
- *Ahora sí...*
- *Le está venciendo la mujer en muchos estudios al hombre*
- *Yo veo a mis hijos que trabajan tanto o más ellas como ellos... las mujeres de mis hijos... con tanta responsabilidad*

En el estudio del 97 (Conde, F.& Miguel M., 1997) se adelanta una hipótesis sobre la convergencia de género en el colectivo de mayores de 65 años, en el que el hombre comienza a asumir roles que hasta ese momento desempeñaba la mujer. En nuestra investigación dicha convergencia se hace aún más evidente. Convergencia reforzada por el arribo a este grupo de edades de sujetos ya educados en un proceso de liberación femenina, que aun arrastrando los valores patriarcales no ven con tanto asombro o no se sienten simbólicamente violentados al tener que asumir dichos roles. Se habla en esta investigación de una mayor similitud en las tareas a realizar y una similar distribución de los usos del tiempo.

En este caso el discurso de los mayores tiende hacia un mayor reforzamiento de lo relacional tal como se construye la identidad femenina. En los estudios de género el concepto de "yo relacional" (Conde, F.& Miguel M., 1997) describe los ejes sobre los cuales los géneros construyen su identidad. Así, lo femenino hará más hincapié en lo relacional, mientras que la identidad masculina se centrará más en el "yo". Lo que ocurre en el discurso de los mayores es una inclinación de la balanza por parte del

discurso masculino hacia el modelo relacional y de hecho los silencios a los cuales hemos hecho referencia, indican precisamente la deconstrucción de ese “yo”, la ausencia de un modelo personal de relación.<sup>138</sup>



**Gráfico 5.8 Gráfico de Proximidad (“hombre” / “mujer”).**

Si observamos el gráfico de proximidad resulta evidente la fuerte asociación de “mujer” con todo lo relativo a la familia (proyectada en los hijos), los mayores, la casa y el cuidado; mientras que “hombre” tiene una conexión marcadamente menor con dichas palabras. En su caso el tema de la jubilación tiene el mayor peso dentro del discurso.

<sup>138</sup> El género y su relación con el tema que tratamos necesitaría de una profundización más acusada teniendo en cuenta la gran cantidad de matices que de ello se deriva.

### 5.03 *Las nociones de salud como estado*

La representación social de la salud en mayores tiene un fuerte contenido empírico. En efecto, el imaginario del mayor si bien se nutre del conjunto de informaciones circulantes y de los modelos hegemónicos más o menos institucionalizados presentes en la sociedad, su fuente principal de elaboración del discurso es la experiencia vivida. Las nociones sobre el hacer en salud están basadas en un constante devenir de ensayos y errores que sirven de criterio de validez a su representación. Si en otros grupos etarios la representación está fuertemente impregnada por el discurso dominante, incluso por oposición a éste, en lo mayores se genera una tensión entre el discurso institucionalizado sobre el ser y el deber ser en salud, las estrategias en torno a ésta y la experiencia personal y colectiva.

El primer problema con el que nos encontramos es con la indefinición de salud. En la repuesta a la pregunta ¿qué es la salud? siempre se ofrece un visión holística, de cierta manera indeterminada y que sólo puede ser expresadas a través de metáforas o metonimias

- *La salud es algo muy amplio, porque es... abarca muchas cosas.*
- *La salud lo es todo.*
- *La salud es felicidad.*
  
- *Para mí la salud es la vida, es la alegría, es todo, el amor, todo se basa en la salud.*
- *Hay una canción que decía... tres cosas hay en la vida, salud, dinero y amor.*
  
- *Una fuente de vida.*
- *Una fuente inapreciable.*

En la escala de valores la salud se encuentra en la cúspide. Sin embargo y precisamente por esa forma biográfica de narrar, los mayores reconocen

que la salud toma valor en el momento en el que aparecen síntomas de su deterioro. Para ello utilizan la comparación con otros períodos de la vida como es el caso de la juventud en la cual la salud tiene una dimensión valorativa diferente y se sublima en otras áreas de la vida como puede ser el acceso al consumo, placer o el éxito personal. Pero sobre todo se establece una construcción de identidad en la cual juventud es sinónimo de salud y vejez lo es de enfermedad.

- *Como regla general, cuando eres joven tienes salud, no piensas que la puedes perder y desde luego perder la salud es la catástrofe más fuerte que puede haber en el mundo, porque ni vale el dinero ni vale nada de lo que pueda haber en la tierra si no tienes salud.*
- *Hace falta de todo...*
- *Hace falta de todo, pero lo principal es la salud... la salud en primer término y de ahí ya puedes derivar en más cosas.*
- *Yo creo que es una de las cosas más importantes, y cuando uno la ha perdido la valoras más, porque es que la salud te da opción a todo. Sin salud no hay nada, o sea yo creo que es tan importante que es todo.*
  
- *El gran secreto de la vida está en la juventud. Lo único es que yo, a mi manera, nunca he podido concebir el valor que tiene eso que cuando lo tenemos no lo sabemos...*
- *No lo apreciamos...*
- *... lo sabemos cuándo lo perdemos. Cuando las tienes generalmente no sabes valorarla... solo una vez se tiene la juventud... una... cuando la tienes no sabes lo que vale...*
- *No sabes lo que vale...*
- *Sólo lo sabes cuando la pierdes*

En su forma más concreta suele definirse como ausencia de dolor o ausencia de enfermedades específicas. Dolor y enfermedad que forman parte de la noción somático-fisiológica de la salud, en la que el cuerpo y su funcionalidad constituyen el eje del discurso.

- *Si no te duele nada, y no tienes problemas de otra cosa es distinto, estas alegre porque tienes salud, pero si no tienes salud, si no te puedes mover o eso, pues aunque no quieras, los años van pesando mucho.*
- *La salud, pues es normalmente eso, que no tienes... no te duele nada, no tienes ningún problema... que sepas, porque luego... es sentirse bien en general... tú no tienes problemas de nada.*
- *Que no te duela nada, que tengas ganas de trabajar... mi marido trabaja aún.*
- *Luego aunque no te duela no quiere decir que estés bien.*
- *Eso es imposible.*
- *Cuando no duele la rodilla, pues te duele un brazo, cuando no la cabeza.*
- *La salud asociada a la enfermedad... si tú tienes buena salud, no estás enfermo... si estás enfermo... No tienes salud...*
- *.... pues tienes mala salud o menos salud, según el grado de enfermedades que tengas, pero en el momento que tienes una ya no tienes salud completa.*

En la investigación desarrollada en Madrid en el año 97 (Conde, F.& Miguel M., 1997) se hace referencia de la diversidad de trayectorias que nos encontramos entre los mayores y que hace a este grupo sólo semejante en cuanto a su coexistencia temporal e histórica, pero diferente en cuanto al sentido y apropiación del mismo. Si la forma en que éstos se representan la



salud en su dimensión somático-fisiológica se corresponde con la noción iatromecánica del cuerpo y la noción de dolor como impedimento funcional, la manera de vivirlo, la experiencia de sentido es tan dispar como lo son la diversidad de trayectorias de cada uno de estos sujetos. También lo es la situación actual del mayor. En efecto, si la vejez, tal como vimos se vive de forma muy diferente si ésta es explicada por los mayores que no están en residencia, de los que sí lo están, la noción de salud también estará condicionada por esta variable. Para los primeros la noción de cuerpo máquina impera sobre el resto, para los segundos el modelo anímico ante similares situaciones de estado del cuerpo, determinará una percepción u otra de la salud.

- *Vas al médico y te reparan... me arreglaron el corazón... me metieron una válvula ahí, un marcapasos y arriando.*

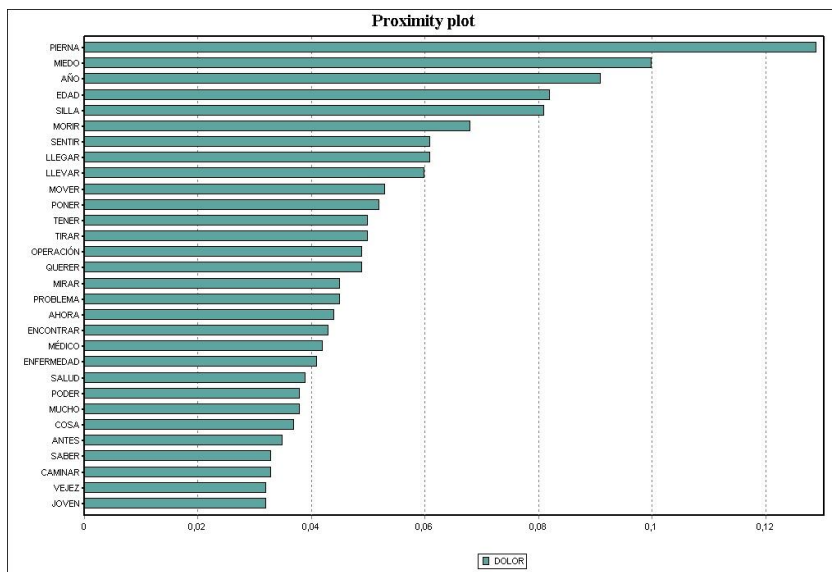
(no residentes)

- *La salud es algo imprevisible... porque no hay unas reglas... la persona por ejemplo con los mismos años y a lo mejor con las mismas enfermedades está mejor. No sé si es la actitud de la persona en positivo o la fuerza de la persona que te hace reaccionar diferente*
- *Es que aquí estamos así en esa situación. Hay personas que tienen la misma edad y tienen más actividad, ayuda más al compañero, es la misma edad el mismo corazón, la misma voluntad, pero su cuerpo retrocede...*

(residentes)

### 5.03.1 *El cuerpo útil: la dependencia*

La noción de “dolor” se construye en torno al miedo y sobre todo a la pérdida de movilidad condensado en la palabra “pierna”, tal como se refleja en el gráfico de proximidad.



**Gráfico 5.9 Gráfico de Proximidad (“dolor”).**

El aumento de la presencia de dolencias cuya consecuencia inmediata es la incapacidad y limitaciones físicas para el desarrollo de actividades de la vida cotidiana en la misma medida en que aumenta la edad es un hecho objetivo y ello queda reflejado en las encuestas de salud:

	Gravemente limitado/a	Limitado/a pero no gravemente	Nada limitado/a
De 16 a 24 años	1,28	5,92	92,8
De 25 a 34 años	1,75	9,51	88,74
De 35 a 44 años	2,5	12,51	84,99
De 45 a 54 años	3,84	17,4	78,76
De 55 a 64 años	6,07	<b>26,79</b>	67,14
De 65 a 74 años	8,79	<b>34,62</b>	56,59
De 75 y más años	<b>22,2</b>	<b>42,14</b>	35,66

**Tabla 5.14 Limitación para las actividades de la vida cotidiana en los últimos 6 meses debido a un problema de salud**  
**Fuente: INE. Encuesta Europea de Salud en España 2009.**

Para los mayores, la movilidad y la capacidad para poder realizar cualquier tipo de tareas es quizás el signo más evidente de estar sano. Ello es consustancial al hecho mismo de ser la movilidad uno de los signos consustanciales al proceso de envejecimiento:

	Sin limitación	Moderadamente limitado/a	Severamente limitado/a	No puede hacerlo
De 65 a 74 años	34,94	22,15	10,72	32,19
De 75 y más años	11,72	17,17	13,79	57,33

**Tabla 5.15 Limitaciones funcionales de la movilidad**

**Fuente: INE. Encuesta Europea de Salud en España 2009.**

Esta noción está presente de forma constante en todos los discursos sobre vejez que encontramos en las investigaciones que sobre el tema hemos consultado. Nuestro estudio no ha sido una excepción:

- *Pero se va perdiendo... se va perdiendo como yo que he perdido a mi marido y es una experiencia muy buena para uno mismo que haga lo que pueda que al final que no se dejen que lo ayuden... yo lo hago así... ¿quiere que le ayude...? no, mientras yo pueda quiero yo hacer. Porque en el momento que dejas una cosa, es que no se hace, ya no la haces. Aprovechar muy bien el tiempo.*
- *La doctora nada más quiere que ande. Yo todavía hago por ducharme yo, peinarme yo, hacerme la cama yo, poco a poco. No me quiero dejar porque si me dejo en una silla, estoy apañada. Hay que esforzarse. Me levanto a las ocho y hago todo lo mío, hago mi cama, hago todo, me ducho, me arreglo. Ahora me voy a andar un ratico.*

La independencia y la autonomía conforman la noción de utilidad en los discursos y la representación social sobre la salud en los mayores. El miedo

a la pérdida de la autonomía se da en dos áreas: la provocada por el deterioro físico y la dependencia económica.

La dependencia económica tiene un papel ambivalente: por una lado parece existir en algunos cierta incomodidad por tener siempre que recurrir – pedir – recursos a sus hijos para poder sobrellevar las necesidades de la vida cotidiana; por otro, son ellos mismos los que sirven de sustento a los hijos, haciendo de sus recursos – ahorrados durante algún tiempo o provenientes de la jubilación – un aporte al sostenimiento de la familia.

Para el caso de los residentes, el hecho de ser personas que a lo largo de su vida han contado con ciertos recursos económicos más o menos holgados, pero suficientes para llevar una vida alejada de la escasez, la situación de falta de recursos no es un tema recurrente, sino más bien el control que pueden ejercer sobre ellos.

Si bien es cierto que el aspecto económico es esencial en la noción de independencia personal, este cada vez ha ido desplazándose a un segundo plano debido al desarrollo del sistema de pensiones. En efecto, los ingresos de los mayores ya no sólo constituyen la base de su independencia sino que en la situación en la que actualmente vive el país, las pensiones llegan constituirse en el único ingreso del núcleo familiar en su modelo extendido y por tanto en la base económica de la misma. La independencia por tanto se describe más en términos de funcionalidad, de capacidad física y mental y sobre todo de movilidad.

La relación marginación-utilidad aparece perfectamente diferenciada en los discursos de los mayores de las residencia y los que no lo están. La diferencia de edad denota esa especie de reproche a los hijos por apartar aquello que ya no le es útil.

Tal como indican Peinado & Alcázar (2006), resulta imposible imaginar la sociedad actual sin la función que los mayores realizan en el cuidado y

atención de la familia, y cuando hablamos de cuidado no sólo nos referimos al tiempo dedicado a los nietos cuando los padres cumplen otras funciones en el ámbito del trabajo productivo, sino su determinante apoyo en materia de recursos materiales y experiencia.

### 5.03.2 Las enfermedades y su origen

Si comparamos ambos términos, *salud* y *enfermedad*, con sus respectivos índices de proximidad con respecto al restos de palabras claves destacan similitudes como la cercanía a los términos “tener”, “perder”, “conformarse”, público”, “ahora”, “mucho”, “madre”, “tratar”, “hacer”, “vejez” y “edad”. Las mayores diferencias las encontramos en la prevalencia de términos como “operación”, “tomar”, “hospital”, “coger”, “morir” para el caso de *enfermedad*; y “cosa”, “alimentación”, “importante”, “faltar”, “cuidar\_atender” y “problema” para el caso de *salud*.

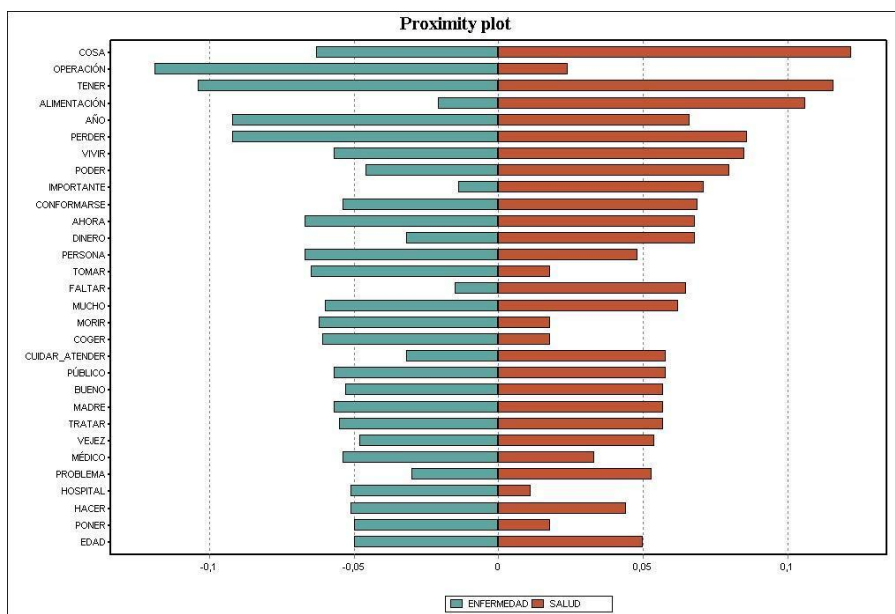


Gráfico 5.10 Gráfico de Proximidad (“enfermedad” / “salud”).

La relación entre salud y enfermedad se establece en el discurso de los mayores a partir de una narrativa en torno a la pérdida de la primera como consecuencia de la aparición de la segunda. Prevalece en este punto el discurso biomédico, caracterizado por la presencia de dolencias específicas como los problemas de sordera, artritis, digestivos, cáncer y del corazón.

En el siguiente gráfico se muestra como siempre que nos encontramos con la mención a enfermedades prevalece la presencia de términos asociados a la institucionalización de la salud, como es el caso de “seguridad social”, “medicamentos”, “médico”, y a procesos quirúrgicos – “operación” –. También muy cercano a una adjetivación negativa – “malo” – y al resultado que de ello se espera: “curar”:

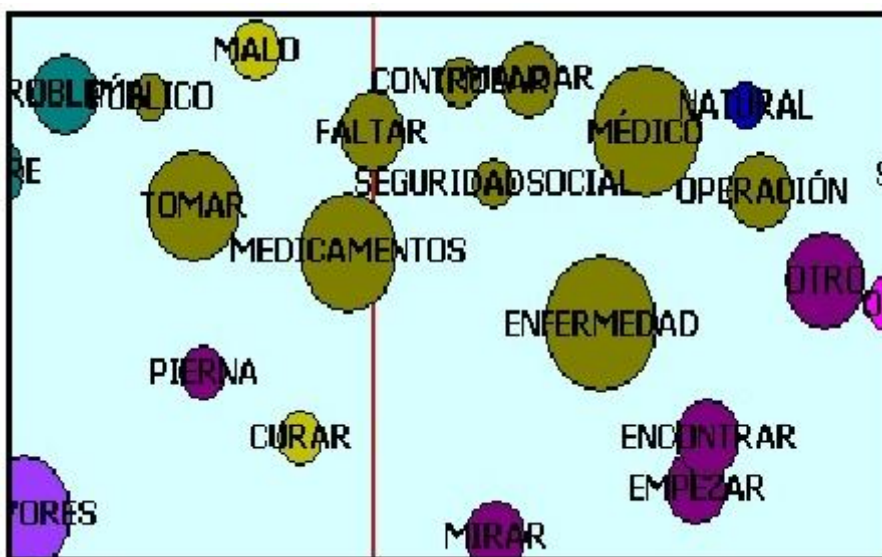


Gráfico 5.11 *Mapa conceptual (fragmento): “enfermedad”*

La enfermedad para los mayores es consustancial a la construcción de su yo, a su propia identidad. En efecto y tal como indican las investigaciones citadas, más que “estar enfermos” los mayores hablan de “tener una

enfermedad” y esto se refleja en eufemismos que utilizan para hacer referencias a indicadores más o menos objetivos que pueden señalar desde el punto de vista bio-médico una irregularidad en su sistema fisiológico incluso si éstas tienen un carácter crónico. Dolencias que se presentan en sujetos pertenecientes a otros grupos de edad se considerarían enfermedades y el propio discurso social encerraría en un “discapacidad” funcional no acorde al momento de su vida.

- *La enfermedad, es tener alguna enfermedad ya crónica*
- *Todas aquí, si nos haces una encuesta todas tenemos una enfermedad, o varias, pero por lo menos una o dos tenemos*
- *Enfermedades todas tenemos.*

Si la salud se asocia a la ausencia de dolor, la presencia de éste es el síntoma más evidente y perceptible para la definición de enfermedad:

- *Cuando tenemos dolores.*
- *Cuando tienes cierta edad te duele la espalda... pero son dolores que van pasando.*
- *El dolor no se ve... los dolores no se ven.*

No obstante, y siguiendo una lógica sobre la propia noción de salud, para los mayores la noción *animica*, el *sentirse bien* es tan importante como la ausencia de patología concretas.

- *La enfermedad es la falta de salud...*
- *La tristeza.*
- *La depresión...*
- *es como un vacío... depende del temperamento de cada persona...*
- *es muy importante ser positivo*

Si bien es cierto que en los mayores objeto de este estudio, existe un claro origen natural de las enfermedades – ya sea este dada por la genética, la biografía del sujeto, o el hecho mismo de haber entrado en la vejez – no deja de existir cierta sujeción emocional a la voluntad de Dios como recurso último de lo que se siente y está por venir.

- *Todos nos conformamos, porque si tuviéramos salud no estaríamos aquí en la residencia. Estamos aquí porque todos tenemos teclas y nos tenemos que conformar a lo que Dios nos manda y decir Señor dame la salud que puedas para poder resistir los años que me quedan*
- *y conformidad porque si no te conformas con lo que Dios te ha dado de salud y de vida.*
- *si pero hay quien se rebela contra el destino que tiene, que tiene enfermedades que no tienen remedio... se revelan. Una de las cosas principales es amoldarse y conformarse a lo que Dios te ha dado...*
- *es lo único que no hay que ser, conformarse.*

Pero el origen de las enfermedades está muy asociado a dos ideas fundamentales: la herencia recibida de los ascendientes – padres y abuelos – y el estilo de vida. Este último se utiliza sobre todo para evaluar las consecuencias que en el futuro puede tener para los jóvenes actuales sus prácticas cotidianas, y en mayor medida aquellas relacionadas con el ocio.

#### **5.04 Las estrategias**

Si algo diferencia el “antes” y el “ahora” es la cantidad de información circulante que existe y la posibilidad de acceder a ella. No sólo ha ocurrido un proceso de alfabetización en su sentido más restrictivo de conocimiento del



alfabeto y ciertas reglas gramaticales, sino que asistimos a un proceso de democratización y popularización del conocimiento, también por la facilidad con la cual puede accederse al mismo. Esta información circulante se conjuga con el saber práctico, el de la experiencia propia y la transmitida por sus antepasados, que se conjuga para construir una estrategia de autocuidado dirigida a la estética personal y a la extensión de las capacidades funcionales del cuerpo y la mente. La alimentación y el ejercicio físico, tal como vimos en capítulos precedentes forma parte de esa estrategia personal y colectiva de autocuidado.

En tanto estrategias, los mayores dividen sus discursos en dos sentidos. El primero habla de lo que hay que hacer para tener “buena salud” y su forma es más general y narrada como un “consejo” o recomendación hacia el resto de grupos etarios, sobre todo los jóvenes. El segundo se refiere a sí mismos y a la manera de, por una parte, retardar la presencia de los defectos producidos por el transcurso del tiempo y por otro, la posibilidad de “reparar” dichos defectos corporales cuando éstos ya se han establecido irremediablemente como parte de su vida cotidiana.

Para comprender las estrategias que en torno la salud desarrollaban los participantes en los grupos le sugerimos que nos hicieran recomendaciones y consejos sobre qué hacer para mantener una vida sana:

- *Que no fumes.*
- *No hacer botellón.*
- *Hacer una vida sana.*
- *Hacer mucho deporte, caminar por el campo.*
  
- *Comer sano, no beber alcohol ni fumar.*
- *Y andar.*
- *Comer sano.*
- *Comida mediterránea, pescado, ensalada y fruta.*
- *Nada frito.*
- *Hay que comer de todo.*

- *Y fruta y verdura.*
- *No fumar, hacer deporte*
- *Mantenerse, comer mucha fruta*
- *No beber en exceso*
  
- *Hacer ejercicio*
- *No beber*
- *No comer grasas*

Los hábitos y conductas saludables se mueven en el campo semántico de la prohibición<sup>139</sup> – no comer determinados alimentos, no realizar determinados actividades –, y la “disciplina” en el control del cuerpo – comer determinados alimentos como garantía de salud y la realización de ejercicio físico.

#### 5.04.1 “Dicen que eres lo que comes...”

Tal como quedó representado en el gráfico de proximidad (Gráfico 5.6), la alimentación constituye uno de los elementos más significativos que componen el núcleo figurativo de la representación social que sobre la salud tienen los mayores objeto de este estudio. Los alimentos y la forma en que los consumimos forman parte esencial del modelo estratégico de los mayores como forma de mantener un buen estado de salud. Las estrategias en torno a la alimentación, ya sea como parte de sus necesidades personales o como recomendaciones para otros, giran alrededor de dos puntos:

- a. Las limitaciones en el consumo de determinados productos, sobre todo aquellos con alto contenido clórico
- b. Las limitaciones en las cantidades a ingerir

---

<sup>139</sup> Ya señalado en Peinado & Alcázar, 2006

Sus expresiones forman parte del saber popular, pero sobre todo de las recomendaciones que el personal médico les indica.

- *Dicen que eres lo que comes*
- *La comida es la base de todo... y más cuando te vas haciendo mayor... los médicos te lo dicen*
- *Y tienes que caminar*
- *Comer fruta*
- *Verdura y fruta*
  
- *Si no tienes salud no tienes nada, lo que hace falta es conservarla. Porque yo quiero salud sí, pero hay que conservarla. Hay que decir qué tenemos que hacer, qué tenemos que comer. Yo he comido de todo, pero poco, y ahora estoy comiendo bien poquito. Como no tengo ningún desgaste de nada tampoco tengo necesidad de comer. No gastamos energía.*
  
- *Yo recuerdo cuando era joven que tendría catorce años o quince y me comía una cortada de solomillo, una chuleta de cordero, pero ahora no...*
- *Es que los jóvenes lo encuentran bueno todo, pero nosotros...*

El “antes” y el “ahora”, también forma parte del discurso en torno a los hábitos alimentarios y sobre todo a la “artificialidad” de los productos que actualmente existen en el mercado de alimentos. La “ruralidad” como imagen de estilo de vida sana forma parte del modelo alimentario.

- *Yo te recomendaría comer con moderación. Mucho no, porque por comer mucho no se está más fuerte. Ahora, comer también de calidad. Antes no comíamos tanto congelado, tantos productos tan alterados en todo. Antes todo lo que se ponía en la mesa era de la huerta y eso era normal. Ahora no*

comes nada normal. Hasta el agua está contaminada.

- *Más natural*
- *Ahora es más artificial.*
- *dicen que tienen las mismas cualidades, pero yo como en otra época era del campo a guisar, de recién cogida, guisar. Tenemos que acoplarnos a las circunstancias, no tenemos más remedio. La verdad es que la alimentación para mi es importantísima... importantísima para muchas cosas.*
  
- *Ahora todo es prefabricado y antes lo hacíamos...*
- *Ha cambiado mucho*
- *Se hacía todo en casa*
- *se hacían guisos, herviditos... y ahora viene todo prefabricado*
- *antes se comía mejor*
- *antes se hacía todo en casa y ahora no hay tiempo*
  
- *Antes las cosas eran mucho más sanas que ahora*
- *Antes no se echaban fertilizantes*
- *Lo que ahora es especial, antes era normal*
- *De todo hay todo el año, bajocas, pimiento... antes había bajocas en la época que tocaba, pimientos en la época que tocaba, la fruta en verano cuando tocaba, había fertilizantes, lo de los animales, por lo tanto eran naturales. Si pensamos por ejemplo en un tubérculo absorbe el agua que tú le metes, absorbe los nutrientes, pero también los productos químicos...*
- *Los animales se criaban en casa, se mataban en casa*
- *Ahora tú compras 1 kilo de patatas y las ponen con unos polvos rosa y las patatas no se estropean. Yo recuerdo que mi madre al final las patatas en el pueblo había que dárselas a comer a los cerdos porque empezaban a ponerse malas*
- *Era por ejemplo lo que le poníamos a los tomates para las conservas luego lo prohibieron durante*

*muchos años. Para hacer el tomate y las conservas, sobre todo el tomate que se hacía en casa para que no fermentara y no reventara se le echaban unos polvillos blancos que luego se dieron cuenta que era malo...*

- *Ahora hay más adelantos que antes, desde luego porque tenemos cosas buenas y cosas menos buenas*
- *Ahora hay muchas cosas que antes ni lo soñabas comprar*

Se reconocen determinados alimentos que son dañinos para la salud y algunos incluso se ven como nada recomendables para mantener una buena estética. Tal es el caso de la grasa.

- *Grasa y eso ahora nada*
- *Ahora nada*
- *Nunca ha sido bueno, no nos conviene eso*
- *Eso engorda que no veas*
- *A algunos le engorda más y otros menos*
  
- *Entonces nos decían que el tocino, por ejemplo, era malo para la salud, y había quien comía tocino y no pasaba nada... y ahora no puedo comer. Las grasas animales son prohibidas, la mayoría.*
- *La grasa siempre es mala. Ahora es eso, comer sin abusar.*

Al mismo tiempo no sólo se reconoce las limitaciones a la hora de comer en cuanto tipo de productos sino también en cuanto a cantidad y frecuencia

- *Comer a deshoras es malo. Si comes a tus horas yo creo que todo te sienta bien.*
- *Eso siempre ha sido... siempre ha sido. Y si es posible en lugar de comer tres comidas que comas cinco.*
- *Comidas copiosas no.*

- *Hay quien come un día dos veces al día, otro uno y eso es muy malo.*
- *Por comer lo que nos dicen que comas porque tienes azúcar, cuidarse un poco y no comer muchas cantidad*
- *yo no tengo azúcar...*
- *El que no tiene azúcar tiene a lo mejor el estómago*
- *A mí me dicen que como no tengo azúcar pues que coma...*
- *Pero engordas y estás más pesado*
- *Antes se comía más natural*
- *Ahora no hay ni tiempo para comer.*
- *Dicen que el gazpacho es muy bueno*
- *Yo gazpacho todo los días... y mi mujer también*
- *A mí el pepino me repite*
- *No le pongas pepino*
- *A mí no me sienta nada, nada, nada bien, por eso cuando me cogió eso... si es que no me he quejado en la vida del estómago*
- *Ahora ni comer mucho y comer sano*
- *Todo me repite... me repite hasta el melón, el apio no puedo ni probarlo*

Aparece en el discurso la importancia de la alimentación y no sólo de ésta, sino de cualquier forma estratégica que ayude a alargar su estado positivo. Sin embargo, como en toda forma de pensamiento de sentido común aparece la excepción derivada de la experiencia personal – más aguzada aún en los mayores – que vienen a poner el matiz de duda sobre la verdadera influencia del estilo de vida en la cantidad de años vividos.

- *Claro... mi padre es que no se preocupaba de la comida, comía de todo y murió de noventa y cinco años y trabajó como un cosaco*
- *Para mí hay que comer de todo, sin abusar, antes ahora y siempre.*

- *Pero es que además de eso la alimentación de antes era muy sana y se comían las comidas normales y naturales y en esta generación vuestra no os ha valido.*

En los mayores está muy presente además el tema de la escasez. En efecto, el problema de la alimentación también es un problema de recursos. Comer bien no sólo depende de la voluntad, sino de las posibilidades reales de tener acceso a los alimentos. Resulta significativo que este discurso en torno al poder adquisitivo sea esencialmente masculino.<sup>140</sup>

- *Pero hace falta la salud, hace falta tener buena familia y hay que tener dinero para poder tener las cosas precisas, porque si no tienes que comer.*
- *Es que entonces si tienes salud y no tienes para comer... hace falta todo*
- *Pero es que no todos somos cortados por un mismo patrón*
- *Por eso dice la canción dinero porque si tienes dinero te pueden cuidar los mejores médicos, pero lo principal es la salud.*
- *Comíamos, pero no él sino toda la familia. Yo a mi padre no le he visto nunca devolver... mi tíos, mis hermanos, yo... devolver por comer, en la vida*
- *Que surte tenías porque en aquella época se pasaba hambre*
- *Menos mal que aquí en la huerta, ibas a coger patatas*

---

<sup>140</sup> En la investigación realizada con adultos activos en la Comunidad de Madrid ya se advertía que en el hombre los “modelos culturales conducían a valorar de forma más positiva los roles más directamente laborales y productivos fuera del hogar familiar”. (Conde, F. & Miguel M., 1997).

#### 5.04.2 “Andar es la mejor medicina”.

El ejercicio físico como estrategia gira en torno a las siguientes ideas:

- a. La noción de modelo de sociedad sedentaria actual frente a la anterior de carácter más dinámico.
- b. El ejercicio físico como necesidad y como placer.
- c. La capacidad de práctica de determinados deportes o ejercicios físicos como indicador del estado de salud.
- d. La casi ausencia en el discurso de ejercicios que desarrollen la mente.

Uno de los elementos que caracteriza la construcción que los sujetos hacen de la vejez y su relación con la salud, es la noción de placer. El término en sí mismo no se menciona, pero si existen elementos dentro del discurso de una serie de acciones y sentimientos cuyo contenido denota una referencia al placer o, en rigor, a una renuncia de este. La idea del tiempo, como recurso más deseado y visto como elemento más positivo de la jubilación, se diluye en una realidad física y material que impide muchos de los placeres pospuestos para esta etapa.

Quizás, por ello mismo, el acto de caminar o dar un paseo, tan repetido por los participantes de los grupos, se erija como el placer por excelencia al cual se pueden sumar, sin las restricciones a las que se ven obligados a renunciar a otros placeres corporales, como pueden ser los hábitos alimenticios. El “paseo” está asimismo legitimado no sólo por el discurso médico, sino también por investigaciones relacionadas con la práctica del deporte (Moscoso & Moyano, 2009), como una actividad que, para el caso de los mayores, genera un estado de bienestar no sólo físico sino también



emocional. Tal como indican dichas investigaciones “caminar” supone un esfuerzo de renovación del cuerpo y su vitalidad.

El ejercicio físico tiene dos formas distintas de proyectarse. Primero como garantía para mantener un buen estado de salud y retardar problemas vistos como típicos de la vejez, como es el caso de la agilidad y la movilidad; y segundo, como la incapacidad para practicar determinados deportes, no tanto como signo de mala salud sino como indicador de “ser mayor”:

- *El ejercicio también es necesario. Si no nos movemos terminamos también en sillas de ruedas...*

El tema del andar, el moverse el pasear es el más repetido en todos los grupos y al que más tiempo se dedica

- *Todo, pero con ejercicio. Mucha pastilla, muchas cosas pero todo con ejercicio. Hay que moverse... hay que moverse... es preciso.*
- *Ejercitar la mente...*
- *El andar...*
- *Andar por la playa a pie... yo lo he hecho muchas veces, por la playa... sí.*
- *Andar se la mejor medicina*
  
- *Hay que mantenerse que por lo menos no vaya a más*
- *Por eso lo mejor es andar por la playa, por el paseo y en el momento que te canses, siéntate, descansas y luego te levantas y un poquito más... A mí me ha ido muy bien. Eso me ha ido muy bien, en la playa. Me dijeron, antes de cansarte, siéntate.*
- *Yo ando dos pasos y me siento cuatro... incluso con eso mismo voy andando moviendo los pies.*
  
- *Por eso te digo yo que el andar es bueno o es malo...*

- *Es no es andar tanto tampoco*
- *Hay a quien le sienta mejor y a quien le sienta peor...*
- *Hay más que le sienta mejor que peor.*
- *Hay más que se encuentran bien andando que sin andar...*
  
- *Yo ya no puedo andar... esa es mi tristeza*

Se refuerza la idea de que “antes” existía un modo de vida menos sedentario por lo que si ciertamente no se practicaba ejercicio de forma periódica y como parte de una forma de implementación del tiempo libre y el ocio, ello no significaba que no se hiciera de una u otra manera:

- *Antes es que nos movíamos mucho*
- *antes yo andaba... pero muchos kilómetros al día sin darnos cuenta y ahora no puedes andar cien metros. Yo por ejemplo con la rodilla, tengo que ir con aparato... los años no perdonan...*
- *Los que tenemos más de noventa.*
  
- *Antes también aunque no hiciera la gente deporte, el hecho de que tenías que ir a todos los sitios andando ya hacías bastante deporte.*
- *Ahora la gente es más sedentaria*
- *Coges el autobús*
- *No es como antes que te desplazabas a todos los sitios andando... entonces el hecho de que por las mañanas ya te levantabas y te metías por lo menos para ir a trabajar hora y pico andando... y a la vuelta también.*
- *Era otra manera de vivir.*
- *La gente antes a los catorce años estaba trabajando.*
- *La gente antes... la gente que no estudiaba se ponía a trabajar.*

El practicar ejercicios físicos no sólo se relaciona con una manera de recomponer la salud, o retrasar su deterioro, sino que es, sobre todo, una forma de contrarrestar la pérdida de las redes sociales. De tal manera, el ejercicio físico es un “excusa” para desarrollar un ejercicio mental basado en la construcción de redes sociales sustitutivas de las anteriormente existentes en el ámbito laboral.

El ejercicio puede ser un fastidio, pero al mismo tiempo es la constancia de que aún se tiene un cuerpo activo, por un lado, y es el recurso con el cual se cuenta para mantener y recuperar esa actividad, síntoma de buena salud. En este punto, cobra sentido la teoría de la continuidad sobre la vejez: la persona continuará haciendo lo mismo que hacía antes de entrar en la vejez, aunque quizás con una menor intensidad. En efecto, en las narraciones de los mayores entrevistados encontramos una añoranza por no poder hacer ciertas actividades que en épocas anteriores realizaban con agrado, pero, de no existir algún impedimento físico, la mayoría busca prolongar el ejercicio de esta actividad aunque la intensidad sea menos o sustituirla por otras que pudieran suplir el vacío que provoca la imposibilidad de realizar aquella que más le agradaba. El sujeto gustará de realizar ejercicios físicos si con anterioridad tiene una trayectoria de práctica de estos ejercicios; preferirá un vida más sedentaria, si la práctica del deporte nunca ha estado dentro de su campo de actividades prioritarias.

## 5.05 Las instituciones

### 5.05.1 Los cuidados. Familia y Residencias

La familia es concebida sobre todo como un espacio afectivo:

- *Pues la reunión de personas que viven juntas, que van dependiendo unos de otros y hay que reunirse. ¿Cómo? Pues en la comida ha sido siempre la reunión. Pero es que hoy en día depende de los horarios de todos.*
- *Yo creo que la familia influye en que te da ánimos y te da vida porque si no tienes a nadie que te consuele en un momento de tu vida aún lo pasarás peor...*
- *Tienes una enfermedad, tienes lo que sea, tienes una familia que te ayuda y que te apoya, esa salud se vive más conformada que el que no tiene a nadie y tiene horas de desespero y no tiene a quién aclamarse y tiene que sufrir más y pasarlo peor que una persona que tiene una persona querida a su lado que la estimula y que la ayuda en todo.*

En tanto reforzamiento del carácter afectivo en las relaciones, el hecho de la necesidad de mantener una red socio-afectiva es tan importante como la familia misma:

- *Hay algo que es importante como la familia... la amistad. Es tan importante como en muchos casos, la familia... la amistad. Aquí vino un señor que está muy mal, y yo creía que venía un hijo a llevárselo todas las tardes, al mediodía. Y resulta que no es hijo, es un amigo. Y es mucho más joven que él. Hay que ser un gran amigo para poder hacer eso.*
- *Cuando uno no tiene familia es importante tener una persona que te fies de ella y que crea amistad. Y vecinos, también es muy importante los vecinos.*

- *Los vecinos es la amistad. Yo creo que de la amistad se llega a la familia. Porque una pareja se conoce y entre ellos se entabla la amistad, por ahí viene luego el amor y llegan a casarse y tienen hijos y ha sido primero una amistad.*
- *La compañía es una cosa precisa. Quita las penas a los mayores*
- *MOD.: ¿Y cómo se quitan las penas?*
- *Pues se quitan con uno mismo. Si no se empeña uno mismo en suprimir las penas...*
- *Lo peor es perder, como te ha pasado a ti o me ha pasado a mí...*
- *Pues sí... se van y se van y eso es muy duro. Pero eso es la vida. Te das cuenta de lo que es la vida cuando empiezan a irse familiares. Pero lo que hay que hacer es eso, distraerse y hablar de otras cosas, porque si no siempre lo mismo, siempre lo mismo.*
- *Lo que decía este señor de la soledad, pues yo soy una persona que me gusta estar sola. No soy de las que necesito todo el día una persona.*
- *Que necesita uno estar solo, pero otro rato necesita uno la compañía, de estar con la gente*
- *Tener amistades para hablar de los hijos...*

Esta condición es esencialmente diferente a otras formas de relación entre la representación social y las construcciones de identidad. Desde que el individuo nace construye un modelo representacional de la vejez a partir de los elementos que recoge del conjunto social y de su experiencia personal, y de pronto se encuentra que pertenece – o la sociedad le adjunta la pertenencia – a ese grupo específico. En ese proceso el individuo espera ser tratado acorde con ese modelo, y es aquí donde en el caso de la sociedades contemporánea aparece la primera contradicción: “antes los mayores eran mejor atendidos”.

- *Antes se atendía más a los mayores*

- *Te trataban con cariño, porque estaban pendientes de ti, porque con mis padres los he atendido en todo momento... y daba todo cuando estaban enfermos por ellos y luego los jóvenes... te pongo en una residencia y es tu vida...porque no podemos atenderte, hoy los jóvenes no podemos atender, cuando antiguamente se atendía a ellos, se iba al trabajo y se hacía todo pero es que entonces éramos unas tontas.*
- *Hoy en día nada, porque todos trabajan, todos tienen una excusa.*

Este es el motivo por el cual a la experiencia de envejecer ligada al deterioro corporal aparezca con tanta fuerza la “destrucción” del modelo tradicional de familia y sobretodo sus funciones en torno al cuidado del mayor. Así, el sujeto espera una reproducción de las condiciones sociales que dentro de su imaginario debería ser lineal o coherente con su modelo construido a lo largo del tiempo, de tal manera que si los mayores fueron tratados en su época de una determinada manera y de hecho ellos trataron a sus padres según dicha pauta, dado que ahora son ellos los que están en esa condición, esperan que la respuesta de la sociedad y de su entorno más inmediato, la familia, sea similar.

- *Antiguamente había un baile con un disco, en una casa, con las amigas, los amigos. El primer sillón, la primera silla y la primer merienda era para la abuela o para el abuelo y lo teníamos toda la tarde viéndonos bailar...*
- *Viéndonos no... vigilándonos.*
- *Y hoy en día... ¿qué no te vas yaya?*

La causa fundamental de este cambio es adjudicada a las nuevas formas de relaciones sociales y sobre todo a los cambios producidos en la construcción de la identidad femenina. En el primer caso se achaca a las

exigencias del mercado productivo actual cuyo objetivo de maximización productiva absorbe el tiempo que los padres deben dedicarle a la familia.

- *Había más tiempo. Ahora muchas personas están trabajando y no pueden atender a los padres que ya son mayores.*
- *Antes los tenían en casa, pero es eso, el trabajo, es el tiempo lo que cuenta.*
- *En el caso mío pues, me llevo muy bien con mis hijos, pero no pueden porque cada uno tiene su trabajo, y aquí pues lo tenemos todo hecho.*
- *Mi abuelo tenía noventa y cinco años y vivía solo, pero mi madre todos los días le pasaba la comida. Ahora no pasa eso, ahora pasa eso y a la residencia o al hospital y se quitan eso de encima de llevarles la comida par que coman y todo eso. Ahora se trabaja más, no se puede estar en casa. Antes la familia eran las comidas, estar todos comiendo, todos juntos a cenar, pero eso hoy, los horarios de cada uno son de una manera y eso no se tiene. Pasa eso, no hay horas... eso ha cambiado todo. Cada trabajo tiene su horario.*
- *Hombre... ha cambiado todo.*

Pero esa falta tiempo tiene un género y es el femenino. Los mayores han vivido en un proceso de cambio radical de la construcción de las identidades de género y los roles tradicionalmente asignados a cada uno de ellos. Aunque reconocen la confluencia de los géneros en cuanto a las formas de utilización funcional de los espacios público y privado, el “reproche”, está dirigido sobre todo a la hija, pues dentro de su imaginario, es a ella a la que le corresponde la función de atención y cuidado.

- *Como la mujer está ahora trabajando... antes la mujer era un poquito más hacia la familia... ahora ellos y ellas son iguales.*

- *Pero hora si tú les ayudas mucho a ella todo bien, ahora como no les ayudes... son egoístas.*
- *... están igualados... es una realidad... la mujer que hace la faena de la calle y luego tiene que hacer la de la casa.*
  
- *En mi escalera hay una señora que tiene 98, no ha salido de su casa, está 5 años en la cama y está así... una chica por la mañana unas horas y por la tarde otra, no oye, no ve... no nada... y ahí está... eso no es vivir... pero su hija la está cuidando y si la hubiera metido en un sitio de estos no hubiera durado ni un mes.*
  
- *Yo tengo una amiga que tiene dos hijos... y dice que el que no tenga hijas se tenía que comprar una*
- *Pues yo no la quiero ni comprada...*
  
- *Yo no puedo quejarme de nada porque ha sido mi voluntad estar aquí, pero me quejo de eso, de que mis hijos no me han podido tener en su casa, pero no es por los hijos... es por las mujeres que no quieren estar amarradas a una vieja, quieren estar libres y hacer lo que quieran y no tener que estar cuidando a una mayor. Ahora el egoísmo de las mujeres que tenemos, si es la madre de ellas no es lo mismo, a ella la quieren mucho... a la madre...*

Aunque no deja de existir cierto reproche a todos los miembros de la familia:

- *Bueno, pero yo creo que con buena voluntad, se puede hacer algo por lo menos. Sí que se puede.*
- *Depende de las personas...*
- *Los fines de semana, que algunos no trabajan, porque depende del trabajo también, pues sí que pueden organizarse un poco y vivir en familia, porque si no qué es la familia...*



Precisamente la disgregación del sistema familiar tradicional y la subversión de los modelos funcionales de sus miembros, genera un nuevo espacio de consumo en el espacio público: el servicio de atención a los mayores. Lo que ha venido ocurriendo y está establecido ya, es un desplazamiento de las funciones de la familia tradicional hacia las instituciones estatales. Y es que la sociedad actual, o mejor dicho, la familia actual, cada vez está menos preparada para el cuidado de sus miembros – diríamos que existen menos espacios de enseñanza que en este caso no es más que la práctica diaria y la resolución de problemas que se presentan y de los que se aprende por la experiencia misma. Esas funciones se trasladan cada vez más a las instituciones: el cuidado de la salud de los niños: al pediatra; la educación: a la escuela; el ocio: a la televisión, los videojuegos o los campamentos de veranos.

La repetida frase de que “ahora no es como antes”, siempre es un visión romántica del pasado y decepcionante del presente. Connota un reproche del “yo materno/paterno” que ha sacrificado todo por la educación de sus hijos y que espera una retroalimentación, ahora que necesita los cuidados y el afecto que antes ofreció. Pero si en el ahora, ese “yo materno/paterno” cada vez desplaza más sus “tradicionales funciones” hacia las instituciones estatales es evidente que nos dirigimos hacia un afianzamiento también de la asunción de la responsabilidad del cuidado del mayor por parte de instituciones especializadas en ello, donde la “oferta” de cuidado y afecto se convierte en una profesión.

Por parte de la familia y debido también a los modelos representacionales sobre su funcionalidad, se enraíza también un sentimiento de culpa al no responder ante la persona mayor y la sociedad de la manera en la que quizás se espera. La ruptura más traumática es el traslado del mayor a las residencias encargadas del cuidado y atención de las personas mayores. No

debe olvidarse que la biografía afectiva del sujeto está redactada sobre los objetos de su entorno inmediato de los cuales es arrancado cuando se traslada a una residencia. Cada parte de su hogar – una silla, la puerta del armario, la lámpara de la cocina, el adorno de la repisa – está historiografiado en la mente del sujeto, de tal manera que se convierten en los objetos constructores y constitutivos de su identidad. La separación de ellos constituye un acto de violencia simbólica que termina ahondando en el estado de desconexión/exclusión al cual se ve sometida la persona mayor.

Las instituciones geriátricas aún hoy mantienen un estigma de ser metáfora del abandono familiar. Los roles tradicionales de la familia, sobre todo de los miembros femeninos, han tenido en el *cuidado*, su razón de ser. Ello se ha naturalizado de tal manera que cualquier gesto de transferencia de la función cuidadora hacia otra institución es vista como un acto de expulsión del individuo de su espacio natural, que es la familia.<sup>141</sup>

Las residencias han venido a ser el espacio institucional por excelencia hacia el cual se ha trasladado esa funcionalidad. Residencias desde las cuales se han canalizado todas las emociones negativas y sobre las cuales ha recaído la carga de ser la representación del abandono familiar, la ausencia de afectos y la pérdida de identidad.

- *No pensábamos que los hijos nos iban a poner en una residencia. Teníamos pensado que un día íbamos a estar con nuestros hijos que los hijos nos iban a cuidar...*
- *Es muy triste... porque dices... ¿qué estamos haciendo aquí?... estamos esperando la muerte... todas... es lo que estamos esperando, la muerte.*

---

<sup>141</sup> Para un análisis más en profundidad sobre el tema de los cuidados en la vejez V. Tarío, S., 2003.

Sin embargo, esta forma de pensar, al menos para quienes viven actualmente en la residencias y que participaron en este estudio, y precisamente por esa “noción” ya explicada de “estar conforme”, expresan una visión positiva de la misma.

- *Porque yo, porque están diciendo lo de la familia, y yo sólo tengo una hija y se casó con un francés la tengo en Francia pues estoy conforme con estar aquí en la residencia y que de cuando en cuando que mi hija venga y que esté conmigo unos días... pues me he de conformar. Si yo me revelara sería una vejez rabiosa, sería una vejez que no la podría resistir y así estoy conformada a lo que Dios me ha dado.*
- *Yo pienso que conformarse es lo último que debe hacer una persona...*
- *Pues yo verdaderamente estoy conforme con lo que tengo... no pido más... tendré que conformarme con la salud que tengo ayudada por los doctores que tengo aquí, y el régimen de comidas que es muy flojo, pero que está bien para la salud porque no son muy grasientos... y el que está mal pues también tiene unas dietas.*
  
- *Yo no tengo hijos... estoy aquí por mi propia voluntad... si quiero estoy aquí y si quiero estoy en mi casa que la tengo... no he tenido hijos.*

Es evidente, y esto es perfectamente notable en las intervenciones, que la relación con la residencia dependerá en gran medida de la trayectoria personal de cada cual. Pero también es cierto que existe una diferencia entre lo que simbólicamente representa la residencia en tanto abandono familiar y aislamiento social y que inevitablemente aparece en las emociones de los entrevistados y lo que expresan cuando explícitamente se les pregunta por su situación dentro de la residencia.

Las residencias se leen como un fracaso. Incluso por parte de los medios de comunicación muchas veces se ofrece una imagen “lúgubre” y “afligida” del mayor cuyo final ha estado en una residencia. Lo que existe no es una negación de la institución como tal, sino una sensación de vacío y reproche a la familia por el abandono, pero se reconocen las ventajas de estar en una residencia sobre todo en cuanto a la inmediatez de la atención médica y el trato, aunque se viva como una pérdida de los espacios físicos y afectivos.

En el caso de los entrevistados en centros de mayores de edad menos avanzada y que no vivían en la residencia, éste no es un problema que aparezca explícitamente. Si bien es cierto que hay referencias a los cambios producidos en la atención a los mayores por parte de sus hijos, ésta, aunque con cierto reproche, es vivida con más naturalidad, lo cual es lógico si tenemos en cuenta que su experiencia es distinta, al igual que lo es su situación actual.

No obstante, la residencia, representada socialmente como una expresión de abandono, soledad, ausencia de afecto, se desplaza cada vez más hacia nociones de opción y garantía de vida, asistencia sanitaria, y encuentros afectivos. La imagen de “equipo frío de profesionales”, va dando paso a una humanización del cuidado. La residencia deja de ser una forma de abandono para convertirse en una decisión personal. Ya no es sólo el deseo de no ser una carga, sino de tener cierta independencia que de lo contrario se perdería en la relación con los hijos.

- *Pero este es un sitio en el que estás cómoda y bien atendida y si te pasa algo... mientras llamas a uno y llamas a otros y todo eso... la verdad que es duro.*
- *Y hay que dar gracias a Dios porque no todos pueden estar en una residencia como esta.*
- *Hay que mirar siempre lo positivo.*
- *Yo estoy aquí con mi marido y es una suerte.*

- *Yo no descarto la opción de la residencia.*
- *... es duro que te dejen allí*
- *... si es decisión personal no. Si has de estar sola, mejor en un sitio en la que estarás bien atendida.*

Lo cierto es que una de las características de la sociedad actual podría actuar como catalizador de la experiencia subjetiva de la vejez. Nos referimos al cúmulo de información que circula actualmente y que sirve como forma educativa, como preparación a lo que está por venir. En efecto, la sociedad en la que crecieron los actuales mayores, compartía sus experiencias en un espacio que no iba más allá del círculo comunitario. Las cosas “eran” de determinada manera porque siempre habían sido así y por tanto siempre lo serían. No se tenía acceso a ningún otro tipo de experiencia y sobre todo de opinión o experiencias científicas narradas desde los medios masivos de comunicación. Sin embargo, la generación actual, tiene acceso a mucha más información que la anterior, y aunque ciertamente esto no es suficiente, lo cierto es que ello le permite anticiparse a lo que puede venir. Su experiencia ya no es sólo la que se refiere a su entorno más inmediato, sino que los modelos estratégicos para asumir una vejez son más diversos, lo que a su vez les permite estar más preparados para afrontarla. Esto queda muy bien reflejado en el discurso, cuando los padres/madres actuales ya asumen que no quieren ser “una carga para sus hijos” y de hecho ya se encuentran de alguna manera preparados para pasar su vejez en espacios institucionalizados como residencias o centros de atención a mayores. Una posición que también asumen los mayores en residencias, a pesar del reproche que en cierto momento pueden expresar.

Porque los cambios que se han producido en la forma de atención al mayor son resultado de un cambio general en la sociedad y en particular de las relaciones intrafamiliares e intergeneracionales, que a su vez tendrán una repercusión en la manera en que en un futuro se piensen estos vínculos. En

efecto, lo que hoy en día puede suponer abandono, en un futuro puede suponer una necesidad de custodia del espacio individual. Si tal como indica la teoría de la continuidad el sujeto será en su última etapa de la vida lo mismo que ha sido a largo de toda ésta, quizá las necesidades del mayor se transformen hacia una vida más individualizada, hacia ese “egoísmo” de la vida moderna que actualmente aparece en todas las críticas sobre la moral actual.

Sin embargo, y ahora entramos en el campo de la especulación, con la crisis actual del Estado – y del Estado del Bienestar – aquello que se espera y demanda cada vez más como responsabilidad al Estado, ¿podría revertirse en un retorno a las formas tradicionales de familia y su función de institución básica de cuidado? ¿tomarán los grupos sociales por sí mismos las riendas de este cuidado, construyendo sus propias “cooperativas” de supervivencia? Podría existir la posibilidad de que los mayores se tornen en un grupo con autonomía propia, ajena al Estado, capaz de generar ella misma formas de colaboración social y resolución de las necesidades acordes a su situación en el estrato generacional. Téngase en cuenta que esas formas que hoy llamamos formas no tradicionales de familia – consensual, monoparental, ensamblada, reconstituida, padres o madres del mismo sexo – tendrán necesariamente una repercusión en las formas en las que en el futuro se entiendan las relaciones entre la sociedad y los mayores.

#### *5.05.2 Los avances médicos.*

Si en los discursos de los mayores madrileños de los años 90 el “antes” y el “ahora” constituía una forma de argumentación del avance social y económico vivido por la sociedad española, en los discursos de nuestros entrevistados se superponen éste, con cierto matiz de añoranza, de necesidad de retorno a formas tradicionales que la modernidad ha trocado no

siempre con la eficacia prometida. De esta forma el discurso de los mayores se corresponde con el discurso social general que tal como vimos en la dimensión estratégica de la representación social de la salud, reniega del avance tecnológico en, por ejemplo, la alimentación como una forma saludable del estilo de vida actual. La euforia por la modernidad en los estilos de vida ha menguado en los discursos y se reclama un retorno a las formas primarias y tradicionales, sobre todo de relación del ser humano con la tierra. Como hemos indicado, si ciertamente todos ven en el desarrollo tecnológico de la medicina la causa del aumento de la esperanza de vida y la mejora en calidad de años vividos, esta misma tecnología y su dimensión más amplia como motor impulsor del desarrollo económico, se mira con cierta sospecha y se culpa también como causante de buena parte de los males que actualmente acarrear a la sociedad.

Así por ejemplo la existencia de electrodomésticos, los mayores niveles de salubridad, la higiene personal etc., no aparecen en los discursos actuales como significativos y se da por hecho que éstos son parte intrínseca de la vida cotidiana. Los problemas se enfocan más hacia la rapidez de la vida diaria, la dificultades para incorporarse a las nuevas tecnologías y a las nuevas formas de interacción comunicativa, a los nuevos modelos y valores sociales.

El desarrollo científico médico conforma las nociones que de salud tiene los mayores y está fuertemente arraigado al imaginario colectivo. Ello se muestra en la alta frecuencia de referencias al tema y sobre todo al reconocimiento casi unánime de su contribución no sólo a la cura de determinadas enfermedades sino a la detección temprana de las mismas.

- *Ahora con los adelantos que hay... el TAC.*
- *La sanidad pública tiene muchos aparatos, y una atención estupenda y las enfermeras de la pública están mejor formadas.*

- *Antes se morían de parto y ahora... antes de una apendicitis se moría la gente.*
- *Antes se morían de un dolor... ni se sabía que era apendicitis*
- *La medicina ha avanzado mucho...*
- *Cuanta medicina mal cura's... luego la gente tiene reuma por unas amígdalas con pus, que eso es malísimo, porque eso va a las articulaciones y termina la gente teniendo luego reuma... pero todas esas cosas no se sabía... se ha ido avanzando.*
  
- *Mira, ella tiene las rodillas operadas, si no fuera por las infiltraciones no podría andar.*
- *Antes no podría andar.*
- *Ahora la gente dura más años.*
- *Por el nivel de vida y la medicación.*
  
- *Mira esto del ombligo que ahora se hace... eso luego para cáncer y para diabetes... y para muchas cosas las células madre... quiero decir que eso son también avances que hay y que eso también cura vidas y enfermedades.*
- *Y el mero hecho de que tú te puedas sacar de la médula y dar a otra persona...*
- *En ese aspecto hemos adelantado muchísimo, antes estábamos muy atrasados.*
- *Hay que pensar que le siglo XX ha sido del descubrimiento... desde los años 50 hasta el 2000 se han hecho adelantos que anteriormente nosotros no sabíamos... a nivel de todo.*

Una de las peculiaridades de esta generación de mayores, es la representación de la posibilidad de “anticipación”. Gracias al desarrollo de la ciencia médica, puede determinarse, a partir del análisis de parámetros clínicos, el estado del cuerpo y anticiparse a cualquier desajuste antes de que el sujeto perciba los mismos.



- *Antes la gente se moría antes.*
- *Ahora las enfermedades te las cogen más pronto que antes... antes se morían por ejemplo de un infarto y decían que se había muerto de otra cosa y ahora se sabe de lo que se muere una persona y de lo que no se muere.*

Sin embargo existe cierta suspicacia cuando se refieren al adelanto tecnológico en otras esferas, sobre todo en la industria alimentaria, llegando incluso a plantearlas como origen de enfermedades actuales.

- *Con lo de los fertilizantes se pensó que iba a ver más cosecha que se iba a alimentar a más gente que iba a ver más producción y a lo mejor no puso en contrapartida lo que podía funcionar.*
- *Con los transgénicos la movida que va a haber... en algunos países ya la hay... aquí muchos nos los estamos comiendo y no lo sabemos y eso puede salir muy bien o al cabo de los años salirte muy mal.*
- *Con lo de los transgénicos no se sabe todavía lo que va a pasar, porque no se experimenta todavía y esas cosas a lo mejor, los procesos de 10 y 12 años... o bien que no pasa nada o bien...*
  
- *Se ha retrocedido en algunas enfermedades y hay otras nuevas.*

El discurso se mueve en la paradoja ya señalada anteriormente: por un lado adjudicarle los beneficios de la extensión de la esperanza de vida y la mejora en la calidad de las prácticas cotidianas y por otro ser la responsable del deterioro de las relaciones humanas e incluso origen de enfermedades. Ello no sólo relacionado con aspectos específicos como puede ser la alimentación, en la cual se reconoce el avance en la capacidad de producción y su repercusión en la disminución de escasez de alimentos y por

ende del hambre, sino en otros como puede ser el avance en las telecomunicaciones.

### 5.05.3 *El valor de las instituciones sanitarias.*

Existe una opinión positiva generalizada sobre los beneficios actuales de la red de instituciones sanitarias dedicadas al cuidado y atención de la salud. Lo mayores ven en la sanidad pública un avance en relación a su experiencia personal anterior que junto al desarrollo tecnológico ya descrito, ha contribuido y es causa directa de las mejoras en la calidad de vida de la población en general y de los mayores en particular.

- *La sanidad pública muy bien, porque yo he tenido experiencias de cáncer de estómago, roturas de caderas, y he ido a la sanidad pública y me han tratado muy bien y aquí me tienes, que hace 12 años con un cáncer de estómago, que no tengo ni estómago, ni vesícula, ni nada y me operaron muy bien.*
- *Lo principal es que ahora puedes ir a un hospital más rápido... antes tenías que ir a un médico pagando, cuando ibas ya estaba todo pasado que no te podían hacer nada, pero ahora que apenas te duele algo y enseguida te miran y la pronta intervención es lo que salva vidas.*
- *Como es gratis cualquiera tiene la asistencia.*

En el mismo sentido se evalúa la labor de los médicos y los profesionales de enfermería<sup>142</sup>

- *Hoy en día con unos buenos médicos y unas buenas medicinas...*

---

<sup>142</sup> Para un estudio entorno a la representación social del personal de enfermería V. Guimelli, C., 1994.

- *Pero ahora tenemos el médico de la seguridad social que no pagamos que eso cuando nuestros padres no existía.*
- *Antes teníamos un médico de cabecera...*
- *Íbamos muy poco... íbamos muy poco al médico.*
  
- *Los hospitales antes... lo que eran los centros sanitarios, eran horribles.*
- *Yo recuerdo que las habitaciones eran pequeñitas.*
- *Los hospitales han cambiado muchísimo, por lo menos aquí en España.*
  
- *A mí me parece muy bien.*
- *La gente lo critica, pero a mí me parece muy bien.*
- *La gente está mejor atendida.*
- *Un poquito demasiado medicada... a veces puedes pasar de algunas de esas pastillitas que nos dan... algunas son muy importantes como la del colesterol y la de la tensión.*
- *Es que más vale prevenir.*
- *Y aliviarte.*
- *Yo voy lo justo, pero también los médicos a veces tienen que tener mucha paciencia.*
- *En general son profesionales y muy buenos.*
- *Hay algunas enfermeras que son muy bordecitas, pero eso también va con la persona. A mí por lo general me han tratado bien... que también hay gente muy impertinente y siempre está llamando y se está quejando de todo... se quejan de la comida, de las luces... que estás en un hospital, si lo lógico es que no te lo den salado.*
- *A mí me pasó con mi madre... le traje un hervido sin sal y casi me lo tira a la cabeza y yo tengo que hacer lo que me dijo el médico... eso a veces no lo entendemos... si tienes azúcar o tienes tensión, pues ya lo sabes.*
  
- *En los hospitales las enfermeras son muy buenas...*
- *Yo sé que somos muchos y a todos no se puede contentar.*

- *Lo que falta aquí en España es que la gente sepa lo que cuesta.*
- *Ya lo hacen... te dan un recibo.*

Pero, ¿qué van a buscar los mayores a la consulta? La consulta se convierte en un espacio socio-afectivo, una forma también de buscar el recomponer la red social, de comunicar lo que se siente, menos que apaciguar el dolor, porque aparentemente en la comunicación de lo que se siente parece también estar contenida la terapia para el apaciguamiento del dolor.

El uso – representado por el discurso social en ocasiones como abuso – de las instituciones sanitarias por parte de los mayores tiene sentido objetivo, en tanto son éstos, los mayores, los que presentan una mayor incidencia de enfermedades crónicas y por tanto de necesidad de acudir a los servicios sanitarios.

	Sí	No
De 16 a 24 años	27,43	72,57
De 25 a 34 años	33,28	66,72
De 35 a 44 años	40,35	59,65
De 45 a 54 años	51,34	48,66
De 55 a 64 años	68,06	31,94
De 65 a 74 años	79,39	20,61
De 75 y más años	86,47	13,53

**Tabla 5.16 Población con alguna enfermedad o problema de salud crónico o de larga evolución por grupos de edad.**

*Fuente: INE. Encuesta Europea de Salud en España 2009.*

En torno a la opinión generalizada sobre el abuso que hacen los mayores, tanto de la consulta médica como del consumo de medicamentos, ocurre una cuestión que ya aparece en investigaciones sobre identidad. En torno al discurso identitario siempre se construye una otredad sobre la cual se

compara el sujeto del discurso. De esta manera, si bien es cierto que los participantes en los grupos de discusión dan como legítimas estas afirmaciones, en ningún caso lo hacen para referirse a ellos mismos, sino que trasladan ésta a un “otros”.

Existe en la noción de abuso del consumo de medicamentos y su consiguiente sobrecarga para el sistema sanitario una doble culpabilización. Por un lado se reconoce – siempre en un “otros” – el abuso en la adquisición y consumo de medicamentos en muchos casos asociado a una cultura de acaparar por si llegara a haber escasez; por otro, se culpabiliza directamente al sistema sanitario y específicamente a los médicos que son quienes en última instancia recetan dicha medicación. Mención aparte tienen las farmacéuticas que no hacen corresponder las dosis con las cantidades que vienen empaquetadas. Asimismo, se recuerda que es la propia publicidad la que en muchas ocasiones condiciona el consumo de medicamentos, que si tenemos en cuenta además el proceso de medicalización de la alimentación ya visto en capítulos anteriores, viene a reforzar la imagen de “necesidad” de las medicinas.

- *Es verdad que hay personas que tienen los cajones llenos de medicamentos y abusan.*
- *A mí pastillas de sobra y de falta... falta control médico... falta control. Y éstas guárdaselas porque dentro de poco las van a cortar y eso para la seguridad social es una ruina. Tú da las que hacen falta... nada más.*
- *Hay mucha gente que no le hacía falta para él, pero le hacía falta para su hija...*
- *Eso es normal.*
- *Pero eso no puede ser.*
- *Y te las dan.*
- *Yo le digo... yo de éstas no quiero... a mí las que me salen, me contestan. Y la última vez me dijo, no*

*rompas las recetas que nos vamos a quedar sin medicinas, que las van a cortar, así que las que tengo me las estoy guardando. Tengo cajas que no uso...*

- *Eso es lo que no puede ser.*
- *Ahora tú vas cada mes y te dan las recetas que tú necesitas.*
- *Lo lógico es que cuando tu vayas al médico, le digas... oiga esto yo ya no lo tomo.*
- *Yo le digo de éstas tengo en casa... no me hagas que tengo.*
  
- *La culpa la tienen los médicos esos, porque dan una cantidad de pastillas. Yo le dije... oiga no me mande tantas pastillas y eso es una ruina para la seguridad social.*
  
- *Y de las pastillas que me hacen falta no me las dan y de las otras un montón porque las vamos a cortar... si tienes recetas te las gurdas, no rompas las recetas. Dice que la máquina va mal.*

La medicalización no es algo grato para los mayores y se ve como una obligación, no como un placer.

- *Cuando éramos jóvenes no pensábamos con las pastillas que íbamos a tomar y ahora tomamos pastillas... ocho o diez.*
- *Ahora todo se ha convertido en pastillas y en vitaminas.*
- *Antes no teníamos necesidad ni pensábamos.*
- *Ahora estamos obligados a tomar pastillas.*
- *Yo me tomo veinte pastillas.*
  
- *Yo le digo, no me mandes tantas pastillas... te mando las que te hacen falta... yo no quiero tomar tantas pastillas... y me dice tómate las que yo te mande.*

## CONCLUSIONES

La salud como representación ha devenido a lo largo de la cultura occidental en una *apostasía del cuerpo*, ya fuera como contenedor de lo maléfico e impuro o como objeto proyectivo del *sí mismo*; y en un *sofisma*, en una renuncia constante de lo que se es, en la búsqueda de un modelo ideal, de una *estética* del cuerpo y el alma deseada, y por la cual se recusa el cuerpo-alma real.

La salud, cumple con los requisitos establecidos por la Teoría de las Representaciones Sociales para ser objeto de representación: ser entendida dentro del pensamiento de sentido común como un objeto, existir información circulante, significativa e intercambiable entre los sujetos y grupos cuya cantidad y calidad hace posible su objetivación y anclaje, y ser objeto de sentido en una compleja iconografía subjetiva cuya materia prima cognoscitiva se encuentra en la biografía del sujeto, en un múltiple soporte informativo y un saber diseminado por distintos puntos de la geografía social.

De la salud se habla, existe como elemento de intercambio de experiencia en el lenguaje cotidiano, hay información circulante proveniente de las experiencias cotidianas y de instituciones encargadas de la divulgación sanitaria, existen de hecho instituciones en salud, pero la salud no existe como tal. Su figura es la de algo ausente, algo que no existe, sino en tanto experiencia, en tanto conjugación de sensaciones del cuerpo y la mente. La salud es la metáfora representacional, el sofisma, de la condición de existencia del sujeto.

Tras el análisis de las investigaciones consultadas en torno a la salud y su representación social expuesto a lo largo de esta tesis y siguiendo los objetivos establecidos podemos concluir a modo de resumen lo siguiente:

- La primera forma en que nos representamos la salud y acaso la más simple es *la salud como estado del cuerpo/mente*, y que podríamos denominar como modelo *somático-fisiológico*. El campo semántico en torno al cual se configura este modelo es el de *estar bien*: es la objetivación de la salud donde se le otorga su carácter sustantivo. En otro extremo podríamos señalar un modelo al que hemos llamado *ánimico*, menos perceptible que el anterior desde fuera del sujeto, en tanto hace referencia a la salud como una forma de percepción subjetiva del *estado de sí mismo*. El campo semántico en torno al cual gira esta noción es del *sentirse bien*: es la asignación de sentido a la noción de salud.
- La *salud* no existe sino en relación a un valor positivo o negativo de su *estado*. Es un objeto construido desde la experiencia, pero no como un objeto proveniente del mundo sensible, sino en tanto sensación o estado donde el cuerpo funciona como su continente y donde la noción de *equilibrio* se convierte en el eje articulador de su representación.
- En la noción de *estado positivo/negativo del cuerpo*, condensa la imagen del cuerpo como objeto productivo (cuerpo útil). La salud es medida en función de la capacidad del cuerpo de responder a las exigencias físicas del mercado de fuerza de trabajo. La noción de cuerpo útil, o cuerpo apto para el trabajo productivo como condición de salud, ha variado en la misma medida que se ha venido modificando el modelo productivo. Con el paso a modelos más especializados y sedentarios, sobre todo con la irrupción de las sociedades y los modelos productivos basados en la información y el conocimiento, el sujeto útil o saludable ya no se mide atendiendo a indicadores de fuerza o rendimiento físico. El modelo de relación actual cambia, o evoluciona



hacia una cada vez mayor subordinación a la tecnología y un alejamiento gradual de la dependencia con el medio natural. La salud en su estado primitivo de armonía cuerpo-alma-naturaleza, se ha encapsulado en una sociedad tecnológica donde las herramientas informáticas se convierten en elementos centrales para el logro de dicha armonía. Así, la noción de enfermedad física, antes constructora de la base de la salud, comienza a dejar espacio también a la derivada de la capacidad intelectual y sobre todo de adaptación del individuo a una sociedad tecnológica en la que el analfabetismo ya no se mide por el conocimiento de la escritura sino por la habilidad en el manejo del *know-how* informático y de las comunicaciones.

- La salud como representación está narrada en torno a comportamientos que describen estrategias plurales, las cuales no son necesariamente coherentes entre sí e incluso pueden llegar a ser antagónicas, pero cuyo objetivo es la adaptación al medio natural y social. En esta especie de lucha por la sobrevivencia que se establece entre los distintos modelos estratégicos comportamentales es lo que caracteriza a la salud como representación en su dimensión estratégica. De tal manera, en la representación social de la salud no encontraremos “una” estrategia, sino varias en constante disputa por establecerse como hegemónicas. Dichos modelos se condensan en la noción de llamado *estilo de vida* donde la *alimentación* y la *actividad física* ocupan el lugar central
- La actividad física se construye desde dos perspectivas diferentes: primero como indicador de salud a partir de la percepción de que se posee capacidad para la realización del ejercicio físico que se desea, y por otro lado como estrategia para la mejora de la salud y como consecuencia de una buena calidad de vida. El desarrollo de las prácticas deportivas y su popularización como actividad masiva, está

estrechamente vinculado a las formas en que han venido evolucionando la implementación del ocio y el tiempo libre, unido a la aparición en la conciencia colectiva del modelo estético deportivo como alegoría a la salud.

- Las estrategias en salud pasan por una buena gestión de la alimentación tanto en su contenido como en su forma. Existe un paralelismo histórico entre el desarrollo de la industria agroalimentaria y la difusión y expansión de los estándares alimentarios legitimados por las instituciones estatales y expresadas en forma de recomendación. Estas formas han venido sufriendo una variabilidad en consecuencia con la idea de lo que modernización significa en tanto estilo de vida: lo que en su momento era atrasado, rural y propio de las clases bajas, hoy se asocia a recuperación de buenas costumbres, símbolo de racionalidad y elitismo.
- Si hasta hace relativamente poco tiempo la función de la medicina era la cura de enfermedades y la creación de estrategias médicas para su prevención, hoy en día se le exigen “producto agregados”, un suplemento llamado *calidad de vida*. Sin embargo, la calidad no sólo está en sentirnos bien – ausencia de dolor – sino transmitir a través de los signos corporales, que nos sentimos bien. La aceptación social es uno de los inductores de dicha variable, pero teniendo en cuenta que la sociedad actual es por definición una sociedad que se alimenta de un sofisma estético, la aceptación social vendrá determinada por ella y a su vez los gradientes de calidad se moverán más en valores positivos en la medida en que esa apariencia esté acorde con los referentes sociales, y más en negativo cuando no cumpla con dicho modelo.
- Si las representaciones sociales, tal como se ha indicado, tienen su origen en la circulación de información, resulta básico suponer que son

los poderes mediáticos los que hoy en día configuran el modelo representacional; y son éstos además los que apropiándose de esa narrativa, reconstruyen la iconografía social en favor de determinados intereses de las élites económicas y políticas, y atacando otras. En el caso de la salud, tomando como núcleo figurativo la noción de estado del cuerpo-mente y la construcción como valor positivo de la armonía, “el ataque” no va dirigido a subvertir dicha noción sino a utilizar el elemento del *miedo* a la destrucción de dicho modelo como recurso para modificar los elementos periféricos que están constituidos por las estrategias. El objetivo es por tanto favorecer y potenciar determinadas prácticas, conductas o estrategias en detrimento de otras utilizando el *miedo*.

- La salud no es sólo representada como un objeto naturalizado en nuestro cuerpo sino que está también proyectada en una forma emotiva en el comportamiento de los individuos dentro de los espacios ritualizados para ejercer prácticas legitimadas en modelos místicos en torno a la salud. La salud está mitologizada en su estructura representacional y en las prácticas que en torno a ella existen. La gestión de la salud transcurre necesariamente por ese establecimiento de ritos que canalizan las emociones internas, que dan seguridad y confianza no a través de una respuesta metódica y analítica de un pensamiento científico sino en relación a esa narrativa social que le otorga al rito el carácter de legitimidad. La gestión de la salud a nivel personal o grupal, la elección de un modelo estratégico u otro no es una disyuntiva cuya solución parta sólo de una racionalidad inmanente, sino además, tomando en cuenta la correlación de una serie de emociones impregnadas dentro de la biografía individual y colectiva y que sólo puede explicarse dentro de una forma de construcción de la realidad

que coincide con las formas del mito. La noción mágica, muy evidente en las prácticas más cercanas a lo religioso, tiene ahora su correlato en la tecnología y sobre todo en las medicinas.

En la segunda parte de esta tesis desarrollamos un estudio de caso con personas mayores residentes en la ciudad de Valencia para determinar sus nociones sobre Salud. Como resultado de la investigación obtuvimos los siguientes resultados:

- Tomando la palabra estímulo *salud* se fue ramificando un árbol discursivo en torno a cual se mueven otra serie de conceptos cuya combinación final nos acercan al modelo subjetivo de dicho término. La salud es tomada como “cosa” que se “tiene” y se “pierde”. El “tenerla” o “perderla” está muy asociada a los hábitos de vida dentro de los cuales la “alimentación” cobra, entre las demás, la mayor fuerza. La presencia de la palabra “poder”, denota el fuerte vínculo que establecen los mayores con la capacidad física y mental de poder realizar cualquier tipo de actividad de forma independiente. La presencia de “enfermedades” expresa la noción de pérdida de la salud. La “conformidad” por su parte aparece intensamente asociada a la imposibilidad de cambio de las condiciones de salud en la medida en que la edad avanza.
- La representación de la salud en los mayores participantes en los grupos de discusión gira inevitablemente en torno al objeto “vejez” y a la actitud de “conformidad” necesaria para poder afrontar los signos del deterioro que en salud se presentan en dicha etapa de la vida. En efecto, la vejez se asocia ineluctablemente a la “pérdida de estados

saludables”, vistas éstas como capacidad del cuerpo y la mente para desarrollar sus funcionalidades de manera satisfactoria.

- Existe un fuerte contraste en torno a la forma de representar y expresar la vejez de los dos grandes grupos objeto de estudio. Las diferencias de discurso en torno a la vejez, más allá de su obviedad, engarzan con la construcción problemática del concepto en sí y su elaboración alrededor de un otredad que no se corresponde con el individuo hablante – para el caso de los entrevistado que no están en residencias – y una condición de identidad para los que sí residen en éstas. Si en los primeros la problematización de la vejez es prácticamente nula – no se menciona como tal –, para los segundos aparece como centralidad del discurso. Para los no residentes los discursos giran en torno a una biografía del cuerpo, a una serie de “defectos” corporales que han venido siendo corregidos por las instituciones médicas, pero que si bien se relacionan con procesos que tiende a la vejez, ésta última no se explicita como tal. Sin embargo los segundos, teniendo asumido su condición de “viejos”, el cuerpo y sus “defectos” pasan a ser asumidos como un acto de normalidad y enfatizan más en la problemática afectiva – psicosocial – como es el caso de la soledad, la falta de atención de los hijos o la pérdida de seres queridos.
- En los mayores el cuerpo es un constructo real contenedor de la experiencia y sin mayor referente ideal en cuanto a su construcción estética que el cuerpo mismo. Esto no es en menoscabo de los procesos de autocuidado que buscan precisamente la prolongación de una estética y funcionalidad del cuerpo. A lo que nos referimos es al discurso de “conformidad” con un cuerpo cuyo valor radica no en seguir una pauta estética – tal como ocurre en el caso de los jóvenes – sino

en su funcionalidad, aunque dicha funcionalidad también suponga una forma estética de construir la noción de vejez

- Las diferencias entre de las representaciones sociales del envejecimiento, atendiendo al género, pasan por la noción de una diferente forma de envejecer de ambos sexos. Esta percepción es válida, independiente del sexo del emisor del discurso. Existe cierto consenso en torno a que el hombre envejece antes que la mujer y esto se asocia también a la diferencia entre la cantidad de años que viven unos y otros. La explicación sobre el porqué de esta situación se ciñe al modo o estilo de vida de unos y otros. De hecho existe la certeza de que estas diferencias irán disminuyendo por el cada vez más acercamiento entre los estilos de vida de ambos sexos.
- El imaginario del mayor, si bien se nutre del conjunto de informaciones circulantes y de los modelos hegemónicos más o menos institucionalizados presentes en la sociedad, tiene como fuente principal de elaboración del discurso, la experiencia vivida. Las nociones sobre el hacer en salud están basadas en un constante devenir de ensayos y errores que sirven de criterio de validez a su representación. De ahí que se genere una tensión entre el discurso institucionalizado sobre el ser y el deber ser en salud, las estrategias en torno a ésta y la experiencia personal y colectiva del mayor.
- En la escala de valores, la salud se encuentra en la cúspide. Sin embargo y precisamente por esa forma biográfica de narrar, los mayores reconocen que la salud toma valor en el momento en el que aparecen síntomas de su deterioro. Para ello utilizan la comparación con otros períodos de la vida como es el caso de la juventud en la cual la salud tiene una dimensión valorativa diferente y se sublima en otras áreas de la vida como puede ser el acceso al consumo, el placer o el

éxito personal. En su forma más concreta suele definirse como ausencia de dolor o ausencia de enfermedades concretas. Dolor y enfermedad que forman parte de la noción somático-fisiológica de la salud, en la que el cuerpo y su funcionalidad constituyen el núcleo figurativo de la representación.

- Para los mayores, la movilidad y la capacidad para poder realizar cualquier tipo de tareas es quizás el signo más evidente de estar sano. Ello es consustancial al hecho mismo de ser la movilidad uno de los signos consustanciales al proceso de envejecimiento. La independencia y la autonomía conforman la noción de utilidad en los discursos y la representación social de la salud en los mayores. El miedo a la pérdida de la autonomía se da en dos áreas: la provocada por el deterioro físico y la dependencia económica.
- Más que “estar enfermos” los mayores hablan de “tener una enfermedad” y esto se refleja en eufemismos que utilizan para hacer referencias a indicadores más o menos objetivos que pueden revelar desde el punto de vista bio-médico una irregularidad en su sistema fisiológico, incluso si éstas tienen un carácter crónico.
- Las estrategias en torno a la alimentación, ya sea como parte de sus necesidades personales o como recomendaciones para otros, giran alrededor de dos puntos: las limitaciones en el consumo de determinados productos, sobre todo aquellos con alto contenido clórico y las limitaciones en las cantidades a ingerir. El “antes” y el “ahora”, también forma parte del discurso en torno a los hábitos alimentarios y sobre todo a la “artificialidad” de los productos que actualmente existen en el mercado de alimentos. La “ruralidad” como imagen de estilo de vida sana forma parte del modelo alimentario saludable.

- El ejercicio físico como estrategia gira en torno a: la noción de modelo de sociedad sedentaria actual frente a la anterior de carácter más dinámico; el ejercicio físico como necesidad y como placer; la capacidad de práctica de determinados deportes o ejercicios físicos como indicador del estado de salud; la casi ausencia en el discurso de ejercicios que desarrollen la mente. El practicar ejercicios físicos no sólo se relaciona con una manera de recomponer la salud, o retrasar su deterioro, sino que es, sobre todo, una forma de contrarrestar la pérdida de las redes sociales.
- A la experiencia de envejecer ligada al deterioro corporal aparece con mucha fuerza la imagen de “destrucción” del modelo tradicional de familia y sobretodo sus funciones en torno al cuidado del mayor. La causa fundamental de este cambio es adjudicada a las nuevas formas de relaciones sociales y sobre todo a los cambios producidos en la construcción de la identidad femenina.
- La disgregación del sistema familiar tradicional y la subversión de los modelos funcionales de sus miembros, genera un nuevo espacio de consumo en el espacio público: el servicio de atención a los mayores. Lo que ha venido ocurriendo y está establecido ya es un desplazamiento de las funciones de la familia tradicional hacia las instituciones estatales. Las residencias han venido a ser el espacio institucional por excelencia hacia el cual se ha trasladado esa funcionalidad. Residencias desde la cuales se han canalizado todas las emociones negativas y sobre las cuales ha recaído la carga de ser la representación del abandono familiar, la ausencia de afectos y la pérdida de identidad. No obstante la residencia, representada socialmente como una expresión de abandono, soledad, ausencia de



afecto, se desplaza cada vez más hacia nociones de opción y garantía de vida, asistencia sanitaria, y encuentros afectivos.

- El discurso de los mayores se corresponde con el discurso social general que reniega del avance tecnológico en, por ejemplo, la alimentación como una forma saludable del estilo de vida actual. La euforia por la modernidad en los estilos de vida ha menguado en los discursos y se reclama un retorno a las formas primarias y tradicionales, sobre todo de relación del ser humano con la tierra. Si ciertamente todos ven en el desarrollo tecnológico de la medicina la causa del aumento de la esperanza de vida y la mejora en calidad de años vividos, esta misma tecnología y su dimensión más amplia como motor impulsor del desarrollo económico, se mira con cierta sospecha y se culpa también como causante de buena parte de los males que actualmente acarrearán a la sociedad.
- Existe una opinión generalizada sobre los beneficios actuales de la red de instituciones sanitarias dedicadas al cuidado y atención de la salud. Lo mayores ven en la sanidad pública un avance en relación a su experiencia personal anterior que junto al desarrollo tecnológico ya descrito, ha contribuido y es causa directa de las mejoras en la calidad de vida de la población en general y de los mayores en particular.

El imaginario social estructura las nociones de vejez alrededor de axiomas de “nulidad” por una parte, y “carga social” por la otra. Los mayores, son vistos como sujetos en los que la capacidad de aprendizaje, las habilidades sociales, la sexualidad es nula, y esta nulidad es reflejada además en la “no-necesidad” y “no-utilidad” – no es útil ni necesario que aprendan nuevos conocimientos o habilidades, que se invierta en su educación o que desarrollen su sexualidad. En frases como “las personas

mayores necesitan saberse necesitadas...”, se denota una noción de la vejez o de las personas mayores como un estado indistinto y desligado totalmente del resto de la sociedad, como “fenómenos” existentes de por sí, sin una historia o biografía personal. Si repasamos ésta y otras frases comúnmente asociadas con la vejez nos damos cuenta de la evidencia de que tales afirmaciones son axiomas no sólo válidas para ese ente que llamamos viejo, sino para la persona como tal, independientemente del momento biográfico en el cual se encuentre. Lo diferente no está en las necesidades del sujeto mismo, sino en la percepción que el conjunto de la sociedad tiene de esas necesidades, algunas veces ocultándolas, otras sobredimensionándolas y otras convirtiéndolas en disfraces de un discurso apologético de necesidades creadas por el interés del mercado – consumo – y que se injertan en las mentalidades como formas vitales de existencia.

El problema al que se enfrentan muchas veces los mayores es que la sociedad le otorga aquello que cree necesitan; y aunque se establezcan observatorios para la recogida y el análisis de información relacionada con los mayores, el tiempo transcurrido entre la apropiación de la información y la acción correspondiente es inevitablemente demasiado largo, de tal manera que cuando éstas entran en acción, la generación a la que le toca “sufrir” ya esa otra, y con otras necesidades. Esta es una de las limitaciones del presente estudio: el resultado habla de un aquí y ahora, de una generación que vive este tiempo, interpretaciones sociológicas, que extrapolan y dan como estático determinadas formas y contenidos que encuentran en el comportamiento de un grupo social y lo convierten en un regularidad teórica, sin considerar que ésta casi con toda probabilidad se desmorone frente a la tornadiza realidad.

## BIBLIOGRAFÍA

- Abric, Jean-Claude, 1994, "Las Representaciones Sociales: aspectos teóricos", en Jean-Claude Abric ed., *Prácticas sociales y representaciones*, Ediciones Covoacén, S. A. de C, V., 2001, p.p. 11-32.
- Althusser, Louis, 1970, "Ideología y aparatos ideológicos del Estado", en Althusser, Louis, *La filosofía como arma de la revolución*, México D. F., Ediciones Pasado y Presente, 1988, p.p. 97-141.
- Aranibar, Paula., 2001, "Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina", CELADE, Chile [Rec. en Línea: [www.eclac.cl/publicaciones/poblacion/6/LCL1656PE/c/1656p.pdf](http://www.eclac.cl/publicaciones/poblacion/6/LCL1656PE/c/1656p.pdf) Consulta: diciembre, 2011].
- Araya, Sandra, 2002, *Las representaciones sociales: ejes teóricos para su discusión*, San José de Costa Rica, Cuaderno de Ciencias Sociales, FLACSO, 2002.
- Arce, Constantino, Cristina de Francisco & Iria Arce, 2010, "Escalamiento multidimensional: concepto y aplicaciones", En *Papeles del Psicólogo*, Vol. 31(1), p.p. 46-56.
- Artiles Bisbal, Sara, 2007, *Dimensión humana de la gestión del conocimiento*, Ponencia presentada al evento sobre capital humano y gestión del conocimiento organizado por el GECYT y el CITMA el 18 de mayo de 2007, Cuba siglo XXI. [Rec. en Línea: [http://www.nodo50.org/cubasi sigloXXI/pensamiento/artiles\\_310507.pdf](http://www.nodo50.org/cubasi sigloXXI/pensamiento/artiles_310507.pdf) Consulta: febrero, 2008].
- Berger, P & T Luckmann, 1966, *La Construcción Social de la Realidad*, Madrid, Amorrortu Editores, 1968.
- Berkeley, George, 1710, *Principios del conocimiento humano*, Barcelona, RBA Coleccionables, S.A., 2002.
- Brandolín, Analía, 2006, "Estereotipos sobre la vejez en noticieros televisivos", En *UNIrevista*, Vol. 1, N° 3.
- Bueno Abad, José R. & Francisco J. Mestre Luján, 2005, "Prensa y representaciones sociales de la enfermedad mental", En *Intervención Psicosocial*, Vol. 14, No. 2, p.p. 131-159.

- Calderon, Carlos, 2002, "Criterios de calidad en la Investigación Cualitativa en Salud (ICS): Apuntes para un debate necesario", En *Revista Española de Salud Pública*, Vol.76, Nº. 5, p.p. 473-482.
- Calle Ospina, Claudia P. & Blanca I. Carmona Gómez, 2006, *Representaciones sociales de la salud mental en la comunidad indígena embera chamí de cristiania en el municipio de jardín Antioquia*, (Tesis, Asesor: Carlos Huertas), Escuela de Ciencias Sociales, Facultad de Psicología, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín.
- Carbajo, M<sup>a</sup> Del Carmen, 2008, "La historia de la vejez", En *Ensayos*, (18), [Rec. en Línea:  
[http://www.uclm.es/ab/educacion/ensayos/pdf/revista23/23\\_12.pdf](http://www.uclm.es/ab/educacion/ensayos/pdf/revista23/23_12.pdf)  
Consulta: febrero, 2012]
- Cassirer, Ernst, 1932, *Antropología filosófica. Introducción a una filosofía de la cultura*, México, D.F., Fondo de Cultura Económica, 1977.
- Cervantes Barba, Cecilia, 2002, "El grupo de discusión: de la mercadotecnia al estudio de la cultura y la comunicación", (Ponencia), *VI Congreso Latinoamericano de Ciencias de la Comunicación*, Santa Cruz de la Sierra, Bolivia.
- Cesari, Matilde Inés, *Cartografiado de textos. Protocolo de exploración y visualización de datos textuales aplicado a la minería de textos*, Tesis de Magíster en Ingeniería del Software, Mendoza, 2007
- Conde, Fernando & Cristina Santamarina, 1997, *Las representaciones sociales sobre la salud de los jóvenes madrileños*, Madrid, Documentos Técnicos de Salud Pública, Nº 45, Instituto de Salud Pública.
- Conde, Fernando & Miguel Marinas, 1997, *Las representaciones sociales sobre la salud de los mayores madrileños*, Madrid, Documentos Técnicos de Salud Pública, Nº 50, Instituto de Salud Pública.
- Conde, Fernando, 1997, *Las Representaciones Sociales sobre la Salud de la Población Activa Masculina de la Comunidad de Madrid*, Madrid, Documentos Técnicos en Salud Pública nº 47, D. General de Prevención y Promoción de la Salud. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.
- Conde, Fernando, 2002, "Encuentros y desencuentros entre la perspectiva cualitativa y la cuantitativa en la Historia de la Medicina", En *Revista Española de Salud Pública*, Vol.76, Nº 5, p.p. 395-408.
- Contreras Hernández, Jesús & Mabel Gracia Arnaiz, 2008, "Referencias y consumos alimentarios: entre el placer, la conveniencia y la salud" en Cecilia Díaz Méndez y Cristóbal Gómez Benito (coord.), *Alimentación*,

- consumo y salud*, Fundación “la Caixa”, Colección Estudios Sociales, Nº 24, p.p. 153-191.
- Cowgill & Holmes, 1972, *Aging and Modernization*, New York, Appleton-Century-Crofts.
  - Cuevas, Francisco J., 2004, *Percepción de la calidad de vida de los pacientes hipertensos: factores influyentes*, Tesis Doctoral, Directoras Cristobalina Rodríguez Álvarez & María Teresa Marco García. Universidad de la Laguna.
  - Delgado, Manuel, 2003, “La construcción social de la vejez”, En *Jano Extra*, abril, Vol. LXIV, Nº 1.474, p.p.12-17.
  - Descartes, Rene, 1662 (1990), *El tratado del hombre*, Barcelona, RBA Coleccionables, S.A., 2002.
  - Díaz Méndez, Cecilia & Cristóbal Gómez Benito (coord.), 2008a, *Alimentación, consumo y salud (Introducción)*, Fundación “la Caixa”, Colección Estudios Sociales, No. 24.
  - Díaz Méndez, Cecilia & Cristóbal Gómez Benito, 2008b, “Evolución de las recomendaciones institucionales sobre salud y alimentación”, en Cecilia Díaz Méndez & Cristóbal Gómez Benito (coord.), *Alimentación, consumo y salud*, Fundación “la Caixa”, Colección Estudios Sociales, No. 24, p.p.25-54.
  - Díaz Méndez, Cecilia & María González Álvarez, 2008, “Industria y alimentación: de la publicidad referencial a los alimentos funcionales”, en Cecilia Díaz Méndez y Cristóbal Gómez Benito (coord.), *Alimentación, consumo y salud*, Fundación “la Caixa”, Colección Estudios Sociales, No. 24, p.p.105-129.
  - Díaz Rojo, José A., 2003, “Lenguaje y reclamos de salud en la publicidad de los alimentos”, En *Anàlisi*, 30, p.p. 217-224.
  - Díaz Rojo, José A., 2009, “La polémica, las «buenas noticias» y las «malas noticias» como valores noticiosos predominantes en el discurso sobre la salud en tres diarios nacionales españoles”, En *Tonos digital: Revista electrónica de estudios filológicos*, Nº 12. [Rec. en Línea: <http://periodismo101.files.wordpress.com/2009/07/valores-noticia-en-espana.pdf> Consulta: agosto, 2012]
  - Díez, Nicolás, 1997, “La población española en el contexto europeo”, En *Política y Sociedad*, Nº 26, p.p. 9-32.
  - Durkheim, Emile, 1912, “Las representaciones colectivas como nociones-tipos en las que participan los individuos”, en *Las formas elementales de*

- la vida religiosa*, Editorial Schapire, Buenos Aires, 1968. Conclusión, Parte III, p.p. 442-449.
- Feixa, Carles, 1996, "Antropología de las edades", En J. Prat & A. Martínez (eds), *Ensayos de Antropología Cultural. Homenaje a Claudio Esteva-Fabregat*, Barcelona, Editorial Ariel, S.A., p.p. 319-335.
  - Fernández Lápiz, s/f, "Tiempo libre y nuevas responsabilidades en los adultos mayores" [Rec. en Línea: <http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/CALID008.pdf> Consulta: junio, 2012]
  - Flament, Claude (1994), "Estructura, dinámica y transformación de las Representaciones Sociales", en *Prácticas sociales y representaciones*, Jean-Claude Abric ed., Ediciones Covoacán, S. A. de C, V., 2001, p.p. 33-52.
  - Foucault, M., 1964, *Historia de la locura en la época clásica*, Santa Fe de Bogotá, D.C., Fondo de Cultura Económica, 1998.
  - Foucault, M., 1978, "La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina", En *Medicina e Historia*, El pensamiento de Michel Foucault, Washington, OPS/OMS.
  - Frege, G., 1892, "Sobre sentido y referencia", En *Zeitschrift für Philosophie und philosophische, Kritik*, Nueva Serie, n.º 100, [Rec. en Línea: <http://filoteca.comule.com/Autores/Frege,%20Gottlob/Sobre-sentido-y-referencia.pdf> Consulta: diciembre, 2011].
  - Fuentes Vásquez, Lya Y., 2002, "Representaciones de los cuerpos femenino y masculino, salud y enfermedad. Una revisión de los anuncios publicitarios del Excelsior (1920-1990)", En *La Ventana*, No. 16, p.p. 182-222.
  - Gallego, Esther, Carlos van-der Hofstadt, Cordelia Estévez, Carmen López & José A. García del Castillet, 2001, "Representación social de la droga: posibilidad de aplicación práctica de un constructo eminentemente teórico", En *Salud y Drogas*, Vol.1, No. 2.
  - García, Miguel A., 2002, "La actividad y el ocio como fuente de bienestar durante el envejecimiento" En *Efdeportes.com*, Revista Digital, Buenos Aires, Año 8, N° 47, Abril, [Rec. en Línea: <http://www.efdeportes.com/> Consulta: marzo, 2012].
  - Garma, María E., 1998, "Discursos y representaciones acerca de la salud de la mujer: permanencias y cambios", En *Investigación en salud*,

- Publicación Científica de la Secretaría de Salud Pública Municipalidad de Rosario, Argentina, Vol.1, N° 2.
- Giraldo-Mora, Clara, 2009, “Persistencia de las Representaciones Sociales del Cáncer de Mama”, En *Revista de. Salud Pública*, Bogotá, Vol. 11 (4), pp.514-525.
  - Goffman, Erving 1959, *La presentación de la persona en la vida cotidiana*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1981.
  - González, Farith., Edwin Puello del Rio & Antonio Díaz Caballero, 2010, “Representaciones Sociales sobre la Salud y Enfermedad Oral en familias de La Boquilla Cartagena – Colombia”, En *Rev. Clín. Med. Fam.*, Vol. 3 (1), pp. 27-35.
  - González, Rey, 2008, “Subjetividad social, sujeto y representaciones sociales”, en *Revista Diversitas - Perspectivas en Psicopedagogía*, Univesidad de Santo Tomás, Bogotá, Vol. 4, N°2, Año 2008, p.p.225-243.
  - Guerrero Casas, Flor María & José Manuel Ramírez Hurtado, s/f, “El análisis de escalamiento multidimensional: una alternativa y un complemento a otras técnicas multivariantes.”, [Rec. en Línea: <http://www.uv.es/asepuma/X/K11C.pdf> Consulta: diciembre, 2011]
  - Guimaraes, Renato, 2009, “Capital de salud, expansión y compresión de la morbilidad”, En *Medwave*, Año IX, No. 8, Agosto 2009. [Rec. en Línea <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Congresos/4070#f1> Consulta: enero, 2012]
  - Guimelli, Christian, 1994, “La función de enfermera. Prácticas y Representaciones Sociales”, en *Prácticas sociales y representaciones*, Jean-Claude Abric ed., Ediciones Covoacán, S. A. de C, V., 2001, p.p. 75-96.
  - Helman, Cecil, 1984, *Culture, Health and Illness*, Hodder Arnold Publishers, 5ª edic., 2007.
  - Hidalgo, Jorge G., 2001, *El envejecimiento. Aspectos sociales*, San José de Costa Rica, Editorial de la Universidad de Costa Rica.
  - Scaglia, Horacio & Aída Mammana, s/f, “Sobre el apego y desapego en la vejez”, en *geragogia.net* [Rec. en Línea <http://www.geragogia.net/editoriali/sobre.html> Consulta: enero, 2012]
  - Hume, David, 1739, *Tratado de la naturaleza humana*, Barcelona, RBA Coleccionables, S.A., 2002.

- Ibáñez, Tomás (1988), *Ideologías de la vida cotidiana. Psicología de las representaciones sociales*, Barcelona, Sendai.
- Ibáñez, Tomás (2003), "La construcción social del socioconstruccionismo: retrospectivas y perspectivas", En *Política y Sociedad*, Vol. 40, N°1. p.p. 155-160.
- Illich, Iván, 1975, *Némesis Médica. La expropiación de la salud*, Barral Editores, Barcelona.
- Jodelet, Denise (1984), "La representación social: fenómenos, concepto y teoría", En: Moscovici, Serge (comp.), *Psicología Social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*, Barcelona, Ediciones Paidós, 1986.
- Jofré, Marcos, Leticia Marín & María Elena Yuli, 2005, "La representación social sobre el SIDA en profesionales de la salud", En *Psicología y Salud*, Xalapa, enero-junio, Vol. 15, N°. 1, pp. 13-23.
- Kant, Immanuel, 1781, *Crítica de la razón pura*, Barcelona, RBA Coleccionables, S.A., 2002.
- Kehl, Susana & J. Manuel Fernández, 2001, "La construcción social de la vejez", En *Cuadernos de Trabajo Social*, 14, p.p. 125-161.
- Kuhn, Thomas, 1962, *La estructura de las revoluciones científicas*, México, Fondo de Cultura Económica, 1971.
- Lehr, Ursula, 2002, "Procesos de envejecimiento – La necesidad de investigación longitudinal, interdisciplinaria y transcultural", En *Revista Latinoamericana de Psicología*, Vol. 34, N° 1-2, p.p. 29-40
- Leibniz, Gottfried, 1704, *Nuevo tratado sobre el entendimiento humano*, Barcelona, RBA Coleccionables, S.A., 2002.
- León, M, D. Páez & B. Díaz, 2003, "Representaciones de la enfermedad: estudios psicosociales y antropológicos", En *Boletín de Psicología*, No. 77, Marzo, p.p. 39-70.
- Lia Kornblit, Ana & Ana María Mendes Diaz, 2000, *La Salud y la Enfermedad: Aspectos biológicos y sociales*, s.l., Grupo Editor Aique.
- Linares, G., 2001, "Escalamiento multidimensional: conceptos y enfoques", En *Revista Investigación Operacional*, Vol. 22, No.2, p.p.173-183.
- Locke, John, 1690, *Ensayo sobre el entendimiento humano*, Barcelona, RBA Coleccionables, S.A., 2002.



- Luque, Emilio, 2008, "La obesidad más allá del consumidor: raíces estructurales de los entornos alimentarios", en Cecilia Díaz Méndez y Cristóbal Gómez Benito (coord.), *Alimentación, consumo y salud*, Fundación "la Caixa", Colección Estudios Sociales, No. 24, p.p. 130-149.
- Manheim, Karl, 1936, *Ideología y Utopía. Introducción a la sociología del conocimiento*, México, Fondo de Cultura Económica, 1987.
- Maquiavelo, Nicolás, 1513, *El Príncipe*, Barcelona, RBA Coleccionables, S.A., 2004.
- Marques, Josep-Vicent, 1992, "Varón y Patriarcado", en Valdés, Teresa & José Olavarría eds., *Masculinidad/es*, Santiago de Chile, Ediciones de las Mujeres, No. 24, ISIS Internacional, 1997, p.p. 17-30 (Extracto del libro *Sexualidad y Sexismo* de Raquel Osborne y Josep Vicent Marques, Universidad Nacional de Educación a Distancia, Fundación Universidad Empresa, Madrid, 1992).
- Marx, Karl & Federico Engels, 1845, *La ideología alemana*, Universidad de Valencia, 1994.
- Marx, Karl, 1890, *El Capital*, Vol. I, Barcelona, RBA Coleccionables, S.A., 2003.
- Masters, William, Virginia E. Johnson & Robert C. Kolodny, 1979, *La Sexualidad Humana*, La Habana, Editorial Científico-Técnica, 1988.
- Mead, George H., 1934, *Espíritu, Persona y Sociedad*, Buenos Aires, Editorial Paidós, 1953.
- Menéndez, Eduardo L. & Renée B. Di Pardo, 2010, "La representación social negativa de los procesos de salud/enfermedad/atención en la prensa escrita", [Rec. en Línea: <http://farmaysalud.blogspot.com.es/2010/10/la-representacion-social-negativa-de.html> Consulta: abril, 2012]
- Molina Félix, Luis C., 2002, "Torturando a los datos hasta que confiesen", [Rec. en Línea: <http://www.uoc.edu/molina1102/esp/art/molina1102/molina1102.html> Consulta: diciembre, 2011]
- Monchietti, Alicia & Mirta Sánchez, 2008, "Acerca de la génesis de la representación social de la vejez" En *Revista argentina de sociología*, Vol.6, N° 10, Buenos Aires, mayo/jun.
- Moñivas, Agustín, 1998, "Representaciones de la vejez (modelos de disminución y de crecimiento)", *Anales de psicología*, Vol. 14, N° 1, p.p. 13-25.

- Morin, Michel, 1994, "Entre representaciones y prácticas: el SIDA, la prevención y los jóvenes", en *Prácticas sociales y representaciones*, Jean-Claude Abric ed., Ediciones Covoacén, S. A. de C, V., 2001, p.p. 97-128.
- Moro, Tomás, 1516, *Utopía*, Barcelona, RBA Coleccionables, S.A., 2003.
- Moscovici, Serge, 1961, *El psicoanálisis, su imagen y su público*, Buenos Aires, Editorial Huemul, S.A., 1979
- Muñoz, Esperanza, 2007, *Representaciones sociales sobre pediculosis en la profesoras, señoras de servicios generales, padres de familia y niños del jardín infantil de la Universidad Nacional de Colombia*. Sede Bogotá, Tesis de Maestría, Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina.
- Nahón, Isaac, 1994, "La representación de la enfermedad y la salud en la televisión: consideraciones teóricas sobre la divulgación sanitaria", En *Temas de Comunicación*, N° 5.
- Nieto, Eugenia, María del Pilar Cerez & Olga Lucía Cifuentes, 2006, "Representaciones de la vejez en relación con el proceso salud-enfermedad de un grupo de ancianos", En *Hacia la Promoción de la Salud*, Vol. 11, Enero - Diciembre, p.p. 107 – 118.
- Nocera, Pablo (2009), "Los usos del concepto de efervescencia y la dinámica de las representaciones colectivas en la sociología durkheimiana" en, *Revista Española de Investigaciones Sociológicas (Reis)*, N.º 127, p.p. 93-119.
- Parra, María C., 2001, "La Teoría de las Representaciones Sociales: reflexiones en torno a una experiencia de investigación", En *Fermentum*, Año 11, N° 30, enero – abril, p.p. 33-44.
- Peinado, Anselmo & Miguel Alcázar, 2006, "Las concepciones de salud de los Mayores", En *Sistema de información sobre salud de carácter sociocultural*, Servicio de Promoción de la Salud del Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, diciembre 2006.
- Peinado, Anselmo, 2002, "La investigación cualitativa en España: de la vida política al maltrato del sentido", En *Revista Española de Salud Pública*, Vol.76, N° 5, p.p. 381-393.
- Pérez Andrés, Cirstina, 2002, "Sobre la metodología cualitativa", En *Revista Española de Salud Pública*, Vol.76, N° 5, p.p. 373-380.
- Pérez Díaz, Julio, 2010, "El envejecimiento de la población española", En *Investigación y Ciencia*, noviembre, p.p. 35-42.

- Piñon Payá, Milagros, 1999, *Los cambios en la red social y en la percepción de la salud durante la jubilación*, Tesis Doctoral, Tarragona Universitat Rovira i Virgili. Departament d'Antropologia Social i Filosofia.
- Rangel Esquivel, José M., 2011 "Representaciones sociales del proceso salud / enfermedad / atención de participantes en programas sociales de salud pública", En *Iberofórum*, Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana, Año VI, No. 11, Enero-Junio, pp. 28-56.
- Rodríguez Ibáñez, José Enrique, 1979, "Perspectiva sociológica de la vejez", En *Reis: Revista española de investigaciones sociológicas*, N° 7, p.p. 77-97.
- Rodríguez, Francisco, 2004, "La representación social de la enfermedad y de la institución psiquiátrica en el paciente mental", En *Espacio Abierto*, abril-junio, Vol. 13, N° 2, pp. 229-247.
- Rodríguez, Tania, 2009, "Sobre el potencial teórico de las representaciones sociales en el campo de la comunicación", En *Comunicación y Sociedad*, N° 11, Nueva Época, Guadalajara, Universidad de Guadalajara, pp. 11-36.
- Romero, S., L. Carrasco, B. Sañudo, & F. Chacón, 2010, "Actividad física y percepción del estado de salud en adultos sevillanos", En *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, Vol. 10 (39), pp. 380-392.
- Sáez, N., M. Aleixandre, P. de Vicente, J. C. Meléndez, & I. Villanueva, 1993, "Cambio y socialización en la tercera edad", En *Investigaciones Psicológicas*, Vol. 12, p.p. 129-152.
- Sánchez, Pedro & Ester Bódalo, 1999, "La imagen del mayor en los spots publicitarios de televisión", En *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 9, p.p. 233-242.
- Scaglia, Horacio & Aída Mammana, s/f, "Sobre el apego y desapego en la vejez", [Rec. en Línea: <http://www.geragogia.net/editoriali/sobre.html> Consulta: junio, 2012]
- Schopenhauer, Arthur, 1818, *El mundo como voluntad y representación*, Barcelona, RBA Coleccionables, 2003.
- Simmons, Leo W, 1945, *The Role of the Aged in Primitive Society*, Hamden, CT Archon Books.
- Tarío, Silvia, 2003, "Discursos sobre vejez y enfoque antropológico de los cuidados", En *Margen*, N° 30.

- Torres López, Juan, s/f, "La reforma de las pensiones públicas y el engaño de las privadas", [Rec. en Línea: <http://noticias-alternativas.over-blog.es/article-la-reforma-de-las-pensiones-publicas-y-el-engano-de-las-privadas-65555495.html> Consulta: junio, 2012]
- Vergara Quintero, María del Carmen, 2007, "Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad", En *Hacia la Promoción de la Salud*, Vol. 12, Enero - Diciembre, pp. 41-50.

## ÍNDICE DE AUTORES CITADOS

### A

Abric ...	43, 44, 45, 48, 54, 55, 56, 69
Althusser .....	22, 23, 24, 25, 26, 47
Aranibar .....	205
Araya .....	57
Aristóteles .....	1, 10, 11, 12, 15, 107
Artiles .....	177

### B

Berger & Luckmann .....	53
Berkeley .....	9, 12, 13, 14, 15
Brandolín .....	198, 205, 206
Bueno .....	108

### C

Calderon .....	77
Calle .....	108, 165
Carbajo .....	198
Cassirer .....	167, 168, 170
Cervantes .....	77
Cesari .....	89, 90, 98
Conde, F. 3, 110, 151, 239, 241, 250, 258, 262, 277	
Contreras .....	158
Cowgill & Holmes .....	208
Cuevas .....	111, 182

### D

Delgado .....	203
Demócrito .....	10
Descartes .....	106, 108
Díaz & Gómez .....	158, 160
Díaz & González .....	160, 161, 162
Díaz, J. ....	113, 114, 165
Díez .....	5
Durkheim ...	7, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 39, 40, 42, 46

### F

Feixa .....	202
Fernández .....	197
Feurbach .....	19
Flament .....	48
Foucault 108, 172, 173, 174, 175, 178	
Frege .....	82
Freud .....	24, 25, 31, 61
Fuentes .....	188

### G

Gallego .....	7, 145
Gandhi .....	1
García .....	158
Garma .....	188
Giraldo-Mora .....	111
Goffman .....	53
González, F. ....	111
González, R. ....	51, 52
Guerrero .....	230
Guimaraes .....	142, 143
Guimelli .....	296

### H

Helman .....	135
Hermias .....	10
Hidalgo .....	198
Hume .....	13, 14, 15

### I

Ibáñez .....	78
Illich .....	176

### J

Jodelet .....	7, 8, 48, 118
Jofré .....	111
José Serres .....	5

**K**

Kant..... 7, 9, 16, 17, 18, 44  
 Kehl, S. & J. Fernández.....203  
 Khun ..... 46

**L**

Lehr .....203  
 Leibniz.....7, 15  
 León .....111, 134, 136, 138  
 Lia111  
 Linares ..... 230  
 Locke ..... 15  
 Luque.....161, 171

**M**

Manheim.....20, 21, 24  
 Maquiavelo ..... 26  
 Marques .....187  
 Marx ..... 17, 19, 20, 24, 25, 35, 173  
 Masters, Johnson & Kolodny.....115  
 Mead..... 27, 28, 29, 30, 31  
 Menéndez.....182, 184, 185  
 Miguel M..... 110, 239, 241, 250, 258,  
 262, 277  
 Molina ..... 88  
 Monchietti .....203, 207  
 Moñivas.....198  
 Morin.....111  
 Moro ..... 26  
 Moscovici..... 7, 8, 9, 46, 57, 73, 105,  
 118, 127  
 Muñoz .....111

**N**

Nahón ..112, 114, 115, 117, 136, 148  
 Nieto .....203  
 Nietzsche.....25  
 Nocera ..... 40  
 Norton & Kaplan..... 79

**O**

Organización Mundial de la Salud ... 1

**P**

Parra ..... 57  
 Peinado ... 79, 82, 241, 256, 266, 272  
 Pérez, C..... 77  
 Piñon..... 151  
 Platón. 10, 11, 12, 37, 106, 171, 200,  
 215  
 Protágoras ..... 10

**R**

Rangel..... 109  
 Rodríguez, F..... 108  
 Rodríguez, I..... 194  
 Rodríguez, T..... 58  
 Romero ..... 152

**S**

Sáez ..... 198, 202  
 Salinas ..... 106  
 San Agustín..... 1  
 Sánchez ..... 180, 203, 207  
 Santamarina ..... 130, 151  
 Scaglia ..... 210, 317  
 Schopenhauer ..... 1, 9  
 Sexto Empírico ..... 10, 11  
 Simmons..... 207  
 Spinoza ..... 34, 47

**T**

Tarío ..... 288  
 Torres ..... 213

**V**

Vergara ..... 134

**W**

Watson..... 27, 28

