

# La conceptualización de la salud deseada por la clase media del AMBA.

Mercedes Krause y María Julia Bonetto.

Cita:

Mercedes Krause y María Julia Bonetto (2013). *La conceptualización de la salud deseada por la clase media del AMBA. X Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-038/627>



**20 años de pensar y repensar la sociología.**  
**Nuevos desafíos académicos, científicos y políticos para el siglo XXI**  
**1 al 6 de julio de 2013**

**MESA 65: Discursos y prácticas sociales de cuidado de la salud: enfoques teóricos y aportes empíricos**

**TÍTULO DE LA PONENCIA: La conceptualización de la salud deseada por la clase media del AMBA**

**AUTORAS**

**Krause, Mercedes** (Becaria del CONICET con sede en el Instituto de Investigaciones Gino Germani, Docente de la Carrera de Sociología, UBA)

**Bonetto, María Julia** (Alumna avanzada de la Carrera de Sociología, UBA)

**INTRODUCCIÓN**

El objetivo del presente trabajo es discutir cuál es la conceptualización de sentido acerca de la salud deseada por familias de clase media metropolitana, monoparentales y biparentales, con hijos menores. Dicho aspecto se incorpora como una dimensión de análisis del sentido común y las prácticas de clase en el marco de un estudio en curso que vincula a la salud y educación con el sistema de expectativas y metas construidas en el nivel de las familias<sup>1</sup>.

La propuesta de investigación se enmarca en los debates sobre la reproducción de las clases sociales en el entorno familiar, dentro de los estudios de estratificación social centrados en enfoques micro-sociales. Por ello, partimos de un estudio cuantitativo previo sobre los patrones de movilidad e inmovilidad social intergeneracional en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA)<sup>2</sup>. Seleccionamos 20 familias de diferentes fracciones de clase media que entrevistamos en dos etapas del trabajo de campo, durante 2009 y 2013. Aquí

---

<sup>1</sup> Tesis de Maestría en curso de Mercedes Krause “*Un análisis del sentido que familias de clase media metropolitana le asignan a sus prácticas cotidianas en educación y salud*”; dirigida por la Dra. Ruth Sautu y codirigida por la Dra. Betina Freidin. Cuenta con una beca de postgrado otorgada por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Su sede es el Área de Estratificación Social del Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

<sup>2</sup> Se trata de un estudio que forma parte del proyecto UBACyT S051, 2008-2010, *El análisis de clase: formación histórica y enfoques micro-sociales*, Instituto de Investigaciones Gino Germani, UBA, Directora: Dra. Ruth Sautu. Los datos sobre las familias fueron proporcionados por las encuestas sobre *Estratificación y movilidad social en la Argentina* aplicadas en 2004, 2005 y 2007 por el Centro de Estudios de Opinión Pública (CEDOP) del Instituto de Investigaciones Gino Germani, UBA, Director: Dr. Jorge Raúl Jorrot. Las tres muestras fueron nacionales, estratificadas multi-etápicas, con selección aleatoria en todas las etapas del muestreo.

analizamos las entrevistas biográficas semi-estructuradas realizadas con padres y madres de las familias seleccionadas.

En la primera sección proponemos una breve discusión de las nociones de salud emergentes de los relatos de los entrevistados. En la segunda sección, exploramos el papel de los medios de comunicación, la promoción pública y la información estadística sobre la conceptualización de la salud deseada por la clase media en el AMBA. Teniendo en cuenta la influencia discursiva que éstos pueden tener sobre las conceptualizaciones de los entrevistados, buscaremos identificar en qué medida su significado es (más o menos) reflexivo o sólo reproductivo de los discursos hegemónicos, como lo afirman ciertos autores.

## **LAS NOCIONES LEGAS DE SALUD**

En esta primera sección nos interesa discutir cuáles son las nociones de salud que emergen en los relatos de los entrevistados, cómo piensan la salud y su cuidado, la enfermedad y su cura. Para ello, nos basamos principalmente en la clasificación de los dieciocho temas que identifican Shaw Hughner y Schultz Kleine (2004) a partir de una revisión crítica de la literatura existente acerca de las creencias legas sobre la salud<sup>3</sup>.

Una primera definición es la salud que encontramos en los relatos de los entrevistados es la que la madre de la familia 8. Cuando le preguntamos si cree que su familia tiene una buena salud, ella respondió: *"Sí, sí, salvo una cosa normal, un resfrío, alguna descompostura, ese tipo de cosas pero no, no"*. La misma entrevistada, al hablar anteriormente de la vida de su padre decía: *"sanísimo el tano, ¿viste? Nunca había tenido nada, ni un resfrío. No, no me acuerdo yo haberlo visto alguna vez en la cama"*. Este tipo de definición de la salud como **ausencia de enfermedad** se relaciona con lo que señala Calnan (1987, citado en Shaw Hughner y Schultz Kleine, 2004) acerca de sus encuestados. Ellos consideraban que tener una buena salud incluía recuperarse pronto de alguna enfermedad o sólo sufrir enfermedades leves como resfríos. Junto con los resfríos nuestra entrevistada agrega una descompostura. En definitiva, se trata de la ausencia de problemas que pudieran interrumpir sus actividades cotidianas obligándolos a quedarse en cama y la pronta recuperación de padecimientos leves que pudieran aparecer afectando al estado de salud y bienestar que disfrutaban en general. De manera más abstracta, la salud es aquí definida por su negación, es algo que se disfruta y da por sentado hasta que aparece una molestia (Herzlich, 1973, citado en Shaw Hughner y Schultz Kleine, 2004).

Lo anterior se encuentra íntimamente relacionado con una segunda definición negativa de la salud que encontramos entre nuestros entrevistados: la salud como **habilidad funcional** (Shaw Hughner y Schultz Kleine (2004)). El padre de la familia 5 nos cuenta con detalle que su primera hija tuvo una convulsión a los tres años. También que es sorda de un oído, cómo lo descubrieron, la complejidad del proceso de diagnóstico y definición del tratamiento a seguir. Luego, afirma que tener buena salud es *"no tener problemas serios. O sea, ese caso que te dije de*

---

<sup>3</sup> Véase el Anexo 1, donde reproducimos los dieciocho temas de Shaw Hughner y Schultz Kleine (2004), con sus correspondientes explicaciones y proposiciones de ejemplo.

*una convulsión fue una cosa esporádica, un solo caso. Si [mi hija] tuviese eso más frecuentemente consideraría que tiene una salud endeble. El problema que tiene del oído es un problema que le afecta la salud, pero la verdad es que, de hecho nos dimos cuenta cuando ella ya era bastante grande".* Así, todo aquello que no evidencie síntomas o dificultades físicas de manera cotidiana, no se consideraría un problema de salud. De hecho, el mismo padre luego afirma que sus dos hijos *"pueden vivir tranquilamente sin visitar al médico, consideraría que tienen buena salud"*. Esta definición se encuentra en múltiples estudios que señalan que una persona se considera saludable cuando puede trabajar y ocuparse de las tareas domésticas (entre ellos Blaxter, 1983; Calnan, 1987; Papadopoulos, 2000; Torsch y Ma, 2000; McKague y Verhoef, 2003; citados en Shaw Hughner y Schultz Kleine, 2004). A partir de nuestras entrevistas, podríamos ampliar el mismo criterio hacia los niños. Su hija puede asistir regularmente a una escuela *normal* y socializar *normalmente* con niños de su edad, entonces es una niña sana: *"en la vida diaria no le afecta en lo más mínimo. O sea, es una alumna absolutamente regular, la vida social es sana, normal. Eh, no sé, para mí una vida sana es, justamente, no tener que depender de ningún tipo de tratamiento médico"*. Aquí vemos cómo la medicina y la salud pública tienen efectos fuertemente coercitivos sobre el comportamiento humano que logran regular y *normalizar* apelando a prácticas ampliamente aceptadas (Turner, 1994, citado en Lupton, 1997).

Una tercera definición de la salud es la del padre de la familia 17. Él considera que tener buena salud es no tener excesos: *"tener variedad y no caer en excesos. La salud para mí es la variedad, la variedad: vos tenés que hacer de todo pero moderadamente"*. Propone así una conceptualización de la salud como **equilibrio**, a la que agrega luego una connotación de armonía y balance. Cotidianamente, tener una buena salud implica *"nada más que armonía"*: *"yo no tengo conflictos así serios. Las situaciones cotidianas, como cualquiera, pero no tengo conflictos que vos digas que tengo algo realmente obsesivo que me está pesando en la cabeza ¿no? Y creo que eso es bueno, es decir, no tener nada complicado en la cabeza, o sea, poder dormir tranquilo. Nada más que eso, no se pretende más. No creo haber logrado grandes cosas, pero tampoco las busqué"*. En contraste con las dos conceptualizaciones anteriores, esta definición de la salud es positiva: supone alcanzar un estado de equilibrio caracterizado por el bienestar, la relajación, el sentirse fuerte y estableciendo buenas relaciones con los otros (Herzlich, 1973, citado en Shaw Hughner y Schultz Kleine, 2004).

Por definición se supone que el equilibrio, o la armonía, es un elemento esencial para el bienestar holístico entre mente, cuerpo y espíritu. Éstas se consideran entidades inseparables e interdependientes, cuyo desequilibrio produce el desarrollo de la enfermedad (Shaw Hughner y Schultz Kleine, 2004). Se trata de una concepción de la salud que tiene una orientación holística y positiva y que comparten mayormente las clases altas (Herzlich, 1973; Pill y Scott, 1982; d'Houtaud y Field, 1986; Calnan, 1987; citados en Shaw Hughner y Schultz Kleine, 2004) y los pacientes que utilizan medicinas alternativas o complementarias (MACs) (Lowenberg y Davis, 1994; Astin, 1998). Pero no es el caso del padre anteriormente citado. Él no utiliza MACs, aunque sí comparte la visión de la enfermedad como ruptura de ese balance. La salud es para él algo dado naturalmente que no se debe alterar violentando el propio cuerpo: *"no es cuestión*

*de hacer cosas demasiado buenas para la salud, es cuestión de por lo menos no agredirla".* En este sentido, podríamos decir que se trata de una noción de equilibrio inestable -al separar al cuerpo de su posición de equilibrio, éste no vuelve a recuperarla- y que se contrapone a la noción más bien estable del equilibrio holístico: el cuerpo puede volver a su propia posición de equilibrio (Mariscal y Paschkes Ronis, 2009).

También comparte con el enfoque holístico la importancia el cuidado preventivo, que él implementa a través de visitas médicas regulares: *"todos los años, o medios años, más o menos cada 6 meses o un año, me hago un chequeo estándar, digamos. Y lo voy haciendo hace muchos años, y llevo todas las estadísticas [risas]*". Como afirman Lowenberg y Davis (1994), dentro del modelo alopático lo que se atendía hasta hace pocos años era la enfermedad. El modelo holístico introdujo el imperativo de la vigilancia y las prácticas preventivas aún en ausencia de cualquier enfermedad y/o síntoma. Como veremos en la segunda sección, esta división operativa entre modelos de atención de la salud ha ido cambiando. Especialistas de orientación biomédica cada vez hacen más hincapié en los hábitos de vida saludables que las personas pueden adquirir por sí mismas para obtener una mejor salud.

La conceptualización de la salud como equilibrio supone, además, mantener la estimulación mental, lograr la felicidad y el disfrute de uno mismo (d'Houtaud y Field, 1986, citado en Shaw Hughner y Schultz Kleine, 2004). Coincidiendo con la literatura, el padre de la familia 17, ingeniero y docente, afirma que por su inserción laboral él trabaja *"con gente que supo aprovechar esa oportunidad"*. Se refiere a la oportunidad de estudiar una carrera universitaria, lo que según él le permitió trabajar menos: *"yo digo siempre que yo no estudié para ganar más; estudié para trabajar menos ¿no es cierto? Porque yo sabía que el destino era trabajar mucho si no estudiaba"*. Con ello se refiere a mejores condiciones laborales, con menor carga horaria, mayor flexibilidad en el horario de trabajo, y con un mayor reconocimiento también por parte de los otros, en un ambiente más estimulante.

Además de las características anteriores que coinciden con la definición de la salud como equilibrio, encontramos en el relato del mismo padre un aspecto adicional a incorporar en el análisis. Así como el cuerpo individual es saludable cuando no se excede, el cuerpo social también es más equilibrado y *normal* cuando no se vuelca a los extremos: *"esta última década fue la mejor. Yo no tengo duda que fue la mejor. O sea, nosotros hemos vivido épocas donde se mataba uno con otro, es decir, en la facultad era cuestión de... no sabías si volvías. Yo estudié en el '70. Hemos vivido épocas donde vos no sabías... salías con \$100 y no sabías cómo volvías, para nada ¿no es cierto? O sea, hemos vivido épocas muy malas, y estos últimos diez años fueron mucho más normales (...) creo que fueron los más previsibles, digamos, que no hemos tenido grandes sobresaltos"*. Así, la armonía a nivel social es tan valorada como a nivel individual. Sospechamos que ello tiene que ver con su pertenencia a la clase media, la que él prefiere llamar clase del medio: *"yo me siento más de la clase que está en el medio que de la clase media porque no es lo mismo"*. En este sentido, la clase media es asociada al equilibrio como el punto medio en la sociedad, lo que podría estar relacionado con una sedimentación de sentido desde las primeras

menciones a la clase media en nuestro país. Siguiendo a Adamovsky (2009), los primeros intelectuales y militantes en referir a la clase media pública y positivamente, lo hicieron frente a la conflictividad social creciente alrededor de 1920. Entonces, las menciones a la clase media aparecían asociadas al equilibrio, la moderación, a la conservación del orden social.

En concordancia con lo anterior nos pasamos a preguntar por los factores externos que afectan la salud. Una de las explicaciones externas de la salud es la que refiere a **causas religiosas o sobrenaturales**. Una entrevistada, por ejemplo, lo deja pasar a modo de latiguillo, como un decir que no sabemos cuán sentido es por ella: "*[mis hijos] no son chicos que hayan tenido, a Dios gracias, enfermedades ni accidentes o sea que no, no. Por ejemplo no tuvieron, a Dios gracias, que yo me acuerde ninguno de ellos estuvo internado*" (madre de la familia 10). En cambio, el padre de la familia 2 relaciona más explícitamente a la salud con la religión: "*yo le tengo miedo a las enfermedades. (...) así y todo que no era tan grave, [1º Hija] tuvo esto y a los dos meses era la peregrinación a Luján. Yo me fui caminando a Luján*". En este sentido, las prácticas espirituales no solamente informan las creencias personales acerca de la salud y la enfermedad, también son recursos en los que las personas se apoyan cuando tienen miedo, cuando perciben que ellos o su familia se encuentran en peligro (Radley, 1993, citado en Shaw Hughner y Schultz Kleine, 2004).

Una segunda explicación externa e incontrolable de los estados de salud es la **genética**: "*gracias a Dios mis hijos nunca estuvieron internados. Eh... venimos de una familia sana de ambos lados. Agradecida a la vida*" (madre de la familia 15).

En tercer lugar, así como los sobresaltos políticos y económicos o la genética, **la vida moderna** puede perjudicar la salud. La madre de la familia 4 cuenta que ella no se identifica con la clase media cuando escucha "*cosas como 'nosotros, porque la gente no entiende el nivel de estrés que tenemos nosotros' (...) 'yo entiendo todo eso' digo '¿pero a vos te parece que no tiene estrés un tipo que está laburando desde las 7 de la mañana y llega a su casa a las 11 de la noche y sabe que no va a llegar a fin de mes?'*". Aquí lo que se pone en cuestión es el estrés. Generalmente, éste se ve asociado al estilo de vida de la clase media profesional, como lo muestra el padre de la familia 15: "*en mi profesión [abogacía] el estrés es complicado: las presiones, el estrés, todo. Para mí en particular, esteh la vida que llevo es bastante, en ese sentido, es bastante complicada*".

A ello se suman los diferentes esfuerzos y usos del cuerpo que implican las ocupaciones manuales y no manuales respectivamente. Lo vemos a partir de una línea que la madre de la familia 4 agrega al diálogo anterior: "*vos estás acá sentada debajo de un ventilador y el tipo está trabajando en un techo al sol a los 40°C*". Este testimonio alude a lo que Boltanski (1975) define como selección e identificación de sensaciones mórbidas. Esto es, las personas que utilizan su cuerpo para trabajar realizando actividades manuales, no pueden mantener con él una relación atenta, comunicativa, analizándolo y comprendiéndolo. Asimismo, Boltanski establece que a medida que aumenta el nivel de instrucción y la actividad intelectual en el trabajo, las personas tienden a establecer una relación más consciente con su cuerpo, desvalorizando la fuerza física y percibiendo mayores sensaciones de malestar corporal. Es decir que, el sistema de normas que regla la relación de las personas con su cuerpo -cómo se identifican con él y

el tipo de atención que le prestan- varía de acuerdo a los respectivos usos del cuerpo en el trabajo.

El estrés, entonces, estaría afectando tanto a la clase media como a la clase trabajadora, pero de diferentes maneras. En la clase media el estrés es causado por las presiones propias del trabajo y el cansancio físico que éstas generan. Aquí tener estrés no significa rotundamente tener una precaria o mala salud, pero sí uno de los factores que, junto a otros, pueden afectarla negativamente. Al hablar de la clase trabajadora, en cambio, esta madre relaciona el estrés con el conocimiento de que económicamente los ingresos no alcanzan a cubrir los gastos familiares mensuales a pesar de trabajar más de doce horas por día y sufrir un gran desgaste físico. Ambas apreciaciones coinciden con los resultados de un estudio realizado en EEUU por Cacioppo et al. (2008). Según ellos, el nivel de bienestar se ve condicionado por diversos factores de estrés entre los que se encuentra el dinero, la vida social, la recreación, el lugar de residencia, el matrimonio y la familia. Asimismo, algunos estudios cuantitativos han correlacionado positivamente la salud con el nivel de ingresos (McDonough et al., 1997, citado en Robert y House, 2000) y negativamente con la inestabilidad socioeconómica (Lynch, Kaplan y Shema, 1997, citado en Robert y House, 2000). Lo cierto es que el estrés conceptualizado arriba en ambos casos es de origen laboral y refiere a los padres/proveedores de la familia. Este sentido estresante que se adosa al trabajo de los varones, cambia cuando los entrevistados hablan del trabajo para las mujeres. En este caso, el trabajo no es sólo estrés; es valorado porque significa no estancarse, salir, ser independiente. Muy gráficamente, para la madre de la familia 9 empezar a trabajar significó tener de qué hablar más allá de mamaderas, pañales y los programas de televisión:

*"realmente yo trabajo contenta y por más que a veces llego y estoy agotada y todo, te despejás, te sentís bien, tenés tu sueldo, te hace bien. Trabajar te hace bien realmente. Yo los 4 años que estuve acá con ellas dos [señala a sus dos hijas], no tenés otro tema [de conversación] que no sean los pañales, la mamadera, Georgina me acuerdo que estaba a la mañana en la tele".*

Este testimonio revela la idea de que para algunas mujeres el ámbito privado, es decir la propia casa, es conceptualizado como una prisión donde están aisladas socialmente (Madigan, Munro y Smith, 2009). En este sentido, el trabajo supone un ámbito donde socializar, mantenerse activa y así adquirir bienestar. La salud se conceptualiza en este caso como **libertad**, supone la propia capacidad de hacer, de trabajar. Siguiendo a Herzlich (1973, citado en Shaw Hughner y Schultz Kleine, 2004), la salud significa aquí hacer lo que quieras hacer, vivir como quieras vivir, es decir ser libre. Ello abarca toda la vida del individuo: desde lo puramente físico hasta los aspectos psicosociales.

Así, el trabajo por fuera del hogar podrá ser estresante pero al mismo tiempo es valorado como una forma de gestionar las emociones negativas que las tareas domésticas y de cuidado, junto con el encierro, pueden generar en muchas mujeres/amas de casa<sup>4</sup>. La madre de la familia 9 destaca en este sentido que salir

---

<sup>4</sup> Tomamos la idea de gestión de las emociones negativas de Lupton (1997). Por medio de dicho concepto, la autora muestra con el ejemplo del tabaquismo lo diferentes que pueden ser los

a trabajar implica arreglarse. Sugiere así un tipo de cuidado estético que muchas mujeres asocian a un bienestar emocional más amplio: *"mi marido llegaba y yo estaba obvio, no así ¿no? [señalando su pollera y blusa, maquillaje, peinado] Qué sé yo, jogging, los pelos toda así mal, 'sí los pañales no sé qué, la mamadera, lloraron' ¿viste? No, no, te achatás, te achatás mal"*. Al priorizar su cuidado físico, comprarse ropa y utilizar cosméticos ella refuerza su autoimagen femenina. Se siente una mujer de verdad, con curvas, con atractivo físico y sexual y con capacidad de logro, y que se contrapone a la imagen de madre/ama de casa que se ocupa sólo de las tareas de mantenimiento del hogar.

En tercer lugar, el salir a trabajar es valorado como una oportunidad de obtener un ingreso propio, lo cual también se conceptualiza como libertad: *"yo no podría estar dependiendo del otro para todo. Eh, me sentiría como controlada, ¿entendés? Aunque [mi esposo/proveedor] me dé toda la libertad del mundo, que te dé una tarjeta de crédito qué sé yo, y vos la puedas usar, siempre viene la rendición y el otro sabe lo que estás haciendo"* (madre de la familia 8).

La idea de que determinadas actividades pueden contribuir a un bienestar más ampliamente conceptualizado incorpora la importancia de cuidar **la salud mental**: *"no tener ninguna enfermedad ni nada por el estilo pero la mente... ambas cosas. (...) y para la salud mental necesitás el estudio, la recreación, cosas sanas. Qué sé yo, mis hijas el deporte, oportunidad de ofrecerles distintas cosas, la música, el arte. (...) Entonces eso les alimenta la mente"* (madre de la familia 12). La buena salud se mantiene, desde esta perspectiva, a través de una actitud mental positiva (Papadopoulos, 2000, citado en Shaw Hughner y Schultz Kleine, 2004). Ésta última se cultiva mediante actividades recreativas: *"con respecto a la salud también sí me gustaría ir a aprender canto, participar en un coro, todo es saludable, lo que necesitás es tiempo"* (madre de la familia 18).

Otro testimonio postula que para llevar a cabo actividades recreativas no sólo hace falta tiempo, también requiere voluntad y un estado emocional positivo: *"en realidad no tengo necesidades así particulares, como bajar de peso, o cosas por el estilo, caminar un poco más... Pero son cosas de la voluntad, digamos, de actitud personal de hacerlas, pero no hay nada que no podría hacer si yo me [lo] propusiera"* (padre de la familia 17). En muchos casos es la presencia de algún síntoma físico o necesidad la que proporciona la motivación para adoptar prácticas de cuidado y bienestar emocional (Weinstein, 1993, citado en Salovey, Rothman, Detweiler y Steward, 2000).

Vinculada a la falta de voluntad que lleva a posponer el cuidado de la salud, encontramos la siguiente conceptualización de la salud como **sentimiento de culpa**. Transcribimos a continuación un extenso pero significativo relato que condensa esta y otras concepciones acerca de la salud:

*"yo soy un desastre. Me lo prometo, me lo prometo, me lo prometo y no lo hago y sé que es vital. Importantísimo. Ayer, ¿hoy es martes? Ayer dije 'es*

---

sentidos atribuidos a una práctica. Mientras que un hombre comenta que, hoy en día, en un contexto de creciente condena social, el fumar es un signo de debilidad e insalubridad; otros argumentan que el fumar les brinda mucho placer, algo que hacer para aliviar el aburrimiento, los ayuda a relajarse. Fumar, en este segundo sentido, es una forma de gestionar las emociones negativas.

*el último día que no camino' y ya no caminé. Así que no sé, no sé, he ido al psicólogo incluso, he ido al psicólogo varias veces y una de las veces siempre fue '¿por qué no puedo lograr hacer lo que tengo que hacer yo para mí? ¿por qué no voy a caminar? ¿por qué no voy al gimnasio? ¿por qué no compro la bicicleta?'. Tengo... creo que la tengo acá la descripción de la bicicleta que me quiero comprar y nunca salí a comprarla. (...) Yo, para mí, me dejo mucho estar. (...) estoy pendiente de todo y dejo... Pero si yo tuviera un problema específico trato de... trataría de ir al mejor médico"* (madre de la familia 6).

La madre aquí citada ha incorporado una noción de salud como un estado que requiere de un esfuerzo especial (Knowles, 1977, citado en Lowenberg y Davis, 1994). Como ella no logra llevar a cabo las actividades recomendadas para alcanzar y mantener ese estado, la salud se le presenta como un sentimiento de culpa. Dentro de esta conceptualización de la salud, el paciente tiene un rol más activo, mayor responsabilidad personal sobre su estado de salud. Como lo explicita la madre de la familia 3, la salud se logra por *motus* propio, no es algo dado pasivamente o causado por factores externos: *"tener buena salud es cuidarse, no dejarse estar, prevenir, descansar, comer bien. Qué se yo qué es buena salud. No estar enfermo. Pero hacer cosas para no estar enfermo, no por obra y gracia de Dios sino yo no fumo, no tomo, corro, corro, entreno, bueno porque me gusta y sé que me hace bien"*.

Lowenberg y Davis (1994) vinculan las sanciones morales más punitivas con los pacientes de MACs. Según ellos, el movimiento de salud holística ha puesto su énfasis en devolver la responsabilidad al individuo en un intento por desmedicalizar el proceso de salud, enfermedad y atención. De acuerdo con Furnham y Kirkcaldy (1996, citado en Shaw Hughner y Schultz Kleine, 2004), los pacientes de MACs tienden a creer que su salud puede mejorar. Sin embargo, ya no son solamente los pacientes de MACs quienes comprometen sus comportamientos y deciden activamente hacer algo para mejorar su salud. El campo de la medicina biomédica ha crecido exponencialmente incorporando contextos sociales, interacciones y actividades como patógenas y difundiendo el enfoque de los factores de riesgo que analizaremos con más profundidad en la segunda sección de la presente ponencia. Como señala Blaxter (1983, citado en Shaw Hughner y Schultz Kleine, 2004), el sentimiento de culpa aparece en pacientes alopáticos que han incorporado la auto-responsabilidad que les otorgan los mensajes de promoción pública en salud (en este caso, caminar y andar en bicicleta es bueno para el corazón).

Se evidencia entonces que a la madre de la familia 6 no le falta información acerca de los beneficios de la actividad física, tampoco le falta voluntad ya que todos los días se propone salir a caminar y no logra hacerlo. Vemos que hay una **disparidad entre las creencias y los comportamientos**. Como en el estudio de Backett (1992a, citado en Shaw Hughner y Schultz Kleine, 2004), las propias prácticas de cuidado de la salud no evidencian el conocimiento a mano.

Podríamos explicar dicha disparidad, por medio del "para mí" que se desliza dos veces en el relato de la madre de la familia 6. El cumplir con su responsabilidad moral de cuidado hacia los demás miembros de la familia también es un obstáculo para adquirir hábitos de vida saludables: está pendiente de todos y relega su

propio bienestar. Aquí la salud es percibida como **no prioritaria** en la vida de las personas. Como lo indican diversos estudios, para muchas mujeres/madres la prioridad se encuentra en el cuidado de los niños, el trabajo y las obligaciones domésticas entre otros (Illsley, 1980, Clanan, 1987, Backet, 1992, citados en Shaw Hughner y Schultz Kleine, 2004).

Esta madre confiesa que sólo le daría prioridad a su salud ante un problema específico, lo cual nos lleva a pensar una conceptualización de la salud como **restricción, constreñimiento**. En este sentido, la exigencia impuesta sobre las mujeres/madres mientras están sanas se percibe como un impedimento al cuidado y bienestar propios y la enfermedad se vuelve una defensa individual frente a las demandas familiares, el momento de resistencia en que puede controlarse ella misma en vez de a los demás.

Mientras que a la madre de la familia 6 antes citada le falta un puntapié inicial, a otras madres entrevistadas se les dificulta mantener una actividad física a través del tiempo. La madre de la familia 8 explicita sus razones: *"me aburre a mí el gimnasio. Todavía no encontré la actividad que me 'engancho con esto' porque probé de todo. No me engancho con nada"*. Podemos pensar que la falta de disciplina y constancia para la actividad física tiene que ver con una falta de trabajo sobre sí misma, al relegar el cuidado del propio cuerpo se dificulta el encuentro frente al espejo del gimnasio y ante otros cuerpos trabajados. Además, ese "gancho" al que remite como motivación, seguramente tenga que ver más con un compromiso colectivo que con una emoción individual. Insertarse en un ámbito y/o una actividad donde las mujeres no se sienten *como en casa* pareciera un desafío que es más fácil cumplir en grupo o acompañada. En este sentido, la salud se mantendría por **prácticas rituales**, más frecuentes en los varones que juegan y entrenan grupalmente al fútbol y handball. Dentro de ellas podemos incluir también la asistencia a eventos sociales, los cuales imponen una obligación de verse bien ante los *otros significantes* del grupo social y ante la memoria colectiva en una foto de recuerdo: *"ahora que en un año y pico son los 15 de [1º Hija], [mi esposo] se va a tener que poner hacer dieta para la fiesta [risas]. Ahí tiene un incentivo. Para la comunión bajó un montón, estaba flaco. Después..."* (madre de la familia 9).

Además, algunos entrevistados coinciden en señalar que la salud se mantiene por un **monitoreo interno permanente**: *"en nuestro país hay muchos casos, muchos, muchos que se pueden subsanar teniendo una prevención"* (madre de la familia 14). Para ello intervienen las instituciones educativas que brindan información y facilitan el automonitoreo y la automedicación, pero los entrevistados también consideran necesario el acceso a instituciones y profesionales de la salud que les proporcionan una atención médica adecuada. Ambos aspectos se consideran deficientes a nivel general y desiguales, según la clase social y el acceso que se tenga a los subsectores de salud (instituciones públicas, obras sociales o prepagas). Por ejemplo, la madre de la familia 14 afirma que *"hoy querés ir al doctor y no tenés. (...) El que no tiene obra social son colas de aquellas para que te atiendan y, el que tiene obra social igual hoy por hoy, o sea, hay mucha gente en... esperando"*.

La salud, en definitiva, es también una cuestión de Estado y sus **políticas públicas**: *"El Estado debería darte, enseñar a cuidarte, darte la enseñanza en el*

*colegio por la salud, hasta el soporte de un hospital que te dé un turno cuando tenés algo"* (padre de la familia 13). Este testimonio cristaliza la carencia de políticas públicas que promuevan las prácticas preventivas y de cuidado de la salud y, responsabiliza al Estado de ello.

Pasamos, entonces, a analizar la influencia de los medios de comunicación, la promoción pública y la información estadística sobre las conceptualizaciones de los entrevistados acerca de qué es la salud, cómo se explica y quiénes la tienen.

## **EL PAPEL DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN, LA PROMOCIÓN PÚBLICA Y LA INFORMACIÓN ESTADÍSTICA**

Desde la perspectiva foucaultiana, se resalta cómo las tecnologías disciplinarias modernas, los sistemas de vigilancia y control, y las formas de conocimiento/poder se enfocan sobre el cuerpo y su reproducción. El cuerpo -tanto individual como social- es considerado como un objeto dócil a ser manipulado, controlado, transformado y mejorado: *"el cuerpo, al convertirse en blanco para nuevos mecanismos del poder, se ofrece a nuevas formas de saber"* (Foucault, 2006: 159). Desde esta perspectiva, se argumenta que los discursos y las prácticas que se desarrollaron en torno a la promoción de la salud han sido fundamentales para la constitución del cuerpo humano contemporáneo. De allí la insistencia en que el poder/saber es productivo (Lupton, 1997).

Por otra parte, desde la perspectiva bourdieuana se hace hincapié en la relación entre la estructura social y los comportamientos de las personas -junto con los sentidos atribuidos a los comportamientos-. Bourdieu (1990) insiste en el hecho de que las prácticas cotidianas no son conscientes, o al menos no están del todo conscientemente organizadas. Así, el comportamiento relacionado con el cuidado de la salud puede ser visto como una rutina cotidiana que es guiada por una lógica práctica o implícita. En esta línea se destaca la preocupación de Williams (1995) que podemos resumir como: sabemos que las prácticas de cuidado de la salud tienen un significado diferente de acuerdo a la posición social ocupada, pero ¿en qué medida los conocimientos e información relacionados con la salud influyen sobre las posteriores prácticas? Retomando a Bourdieu, Williams concluye en que pedir a las personas legas que expliquen los principios que estructuran su acción es demasiado pedir. El habitus es el principio no elegido de toda acción, la predisposición encarnada que reproduce la estructura social, los estilos de vida y las prácticas de cuidado de la salud.

Así, tanto desde la perspectiva foucaultiana como bourdieuana de investigación social en salud, se resalta que discursos hegemónicos dan forma a los cuerpos y las percepciones sobre el cuerpo de manera tal que las personas no tienen pleno control sobre sus experiencias. Los medios de comunicación encuadran percepciones y deseos de las personas legas acerca del cuidado de su salud, los recursos y actividades necesarios. De esta manera, nos interesa, en esta segunda sección de la ponencia, relacionar las conceptualizaciones de salud antes descritas con los discursos que circulan por los medios de comunicación.

Consideramos que los discursos políticos, del marketing y de los profesionales de la salud han jugado y juegan actualmente un rol clave en la instalación de un discurso hegemónico sobre la salud y el cuerpo. Como lo sugiere Karpf (1988, citado en Williams y Calnan, 1996), los medios de comunicación pueden llegar a

funcionar como mistificadores o desmitificadores de la medicina moderna. Pero a pesar de la proliferación de programas y contenidos críticos sobre la medicina, los medios de comunicación en general siguen tratándola como una gran victoria moderna sobre la enfermedad.

A su vez, el concepto de subjetividad, que puede ser definido como un sentido de sí mismo o auto-interpretación, resulta fundamental para comprender cómo las personas reciben y negocian los imperativos de la salud pública y la promoción de la salud. Estos discursos sin duda privilegian un cierto tipo de subjetividad o sujeto: un yo unificado y auto-controlado, de clase media, racional, y suficientemente consciente de su estado de salud como para tomar decisiones cotidianas en busca de la superación (Lupton, 1997). Sin embargo, siguiendo a Giddens (1991) podemos decir que el sujeto de la modernidad tardía se caracteriza más bien por su fluidez e indeterminación, que se entranan con momentos decisivos estrechamente relacionados con la percepción del riesgo. Lo que ambos autores tienen en común es el énfasis en la capacidad de agencia del sujeto, quien al momento de decidir acerca de su cuerpo y su cuidado supone una elección informada sobre el estilo de vida deseado. Esta estrategia de autocontrol está en constante articulación con una necesidad imperiosa de conocerse a sí mismo (Lupton, 1997). Y dentro del mundo del trabajo se incorpora como una habilidad necesaria para lograr la eficiencia, feminizando tanto a mujeres como varones: se impone el control de las propias emociones -furia e impotencia incluidas- (Illouz, 2009).

En este contexto, el padre de la familia 15 muestra en unas pocas palabras hasta qué punto la falta de dominio sobre sí mismo se convierte en una "enfermedad" a controlar (Greco, 1993, citado en Lupton, 1997):

*"Fumo, tendría que dejar el cigarrillo. Y sí, hacer algo de deporte o por lo menos salir a caminar, esas cosas sí. Pero más que eso... Y las comidas, no sé. En mi casa se come variado también, come verduras... y a las nenas las tenemos que acostumar a comer de todo, de todo un poco. Comemos una o dos veces por semana pescado si podemos, y es importante para la salud el tema de la nutrición".*

Este padre tiene muy en claro cuáles son los **factores de riesgo** para la salud y cuáles son los hábitos saludables que puede implementar en su vida cotidiana para mejorarla. En este sentido, podemos decir que conoce los discursos hegemónicos que actualmente circulan por los medios de comunicación.

En Argentina, se observa una creciente preocupación mediática y pública por los temas de salud. Los programas oficiales de promoción de la salud han incorporado fuertemente la dimensión comunicacional sumada a otras clases de intervenciones<sup>5</sup>. Asimismo, se ha expandido la cantidad de publicaciones y

---

<sup>5</sup> A las campañas llevadas a cabo desde la Subsecretaría de Prevención y Control de Riesgos, se suma en 2009 la creación de la Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles. Bajo esta dirección se llevan adelante, entre otros, el Plan Nacional Argentina Saludable, el Programa de Promoción de Actividad Física, el Programa Alimentación Saludable, el Programa Nacional de Control del Tabaco y el Programa de Prevención y Control de Enfermedades Cardiovasculares. Todas estas medidas se enfocan sobre los cuidados preventivos que debería asumir la población, modificando los factores de riesgo tanto en el ámbito del trabajo como en el hogar (Ministerio de Salud de la Nación).

secciones periodísticas dedicadas a cuestiones de salud. Ambos fenómenos contribuyen, según Petracci y Waisbord (2011), a la formación de una dinámica sinérgica permanente en el campo comunicacional en salud.

Por ejemplo, en 2011 el Ministerio de Salud de la Nación lanzó una campaña de cortos animados que muestran al personaje de Roberto, quien simboliza a "un argentino medio que realiza actividades sedentarias y poco saludables" (Ministerio de Salud de la Nación, 2011). Esta serie de videos se difundió a través de redes sociales como Facebook y Twitter, y se emitió durante la programación televisiva de Fútbol para Todos señalando las prácticas habituales que los argentinos deberían cambiar para la adquisición de beneficios en materia de salud. A su vez, también en 2011, se llevó a cabo la Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) a cargo del mismo ministerio.

Una dinámica sinérgica se desarrolla a partir de que en 2012 otros medios comienzan a incluir la temática en su agenda: difunden los resultados de la encuesta y los "pequeños cambios" necesarios para "vivir mejor". Algunos titulares de diarios publicados en el transcurso de sólo unos meses resultan ilustrativos e incluso permiten identificar una tendencia en los temas: "Con hábitos de vida saludables, 14 años más jóvenes" (Clarín, 26/09/12), "Crece la cantidad de jóvenes y mujeres afectados por ACV" (Tiempo Argentino, 27/10/12), "¿Llevás una vida saludable?" (Entremujeres, 27/10/12), "Hábitos saludables que previenen el cáncer de mama" (La Nación, 30/10/12), "Media hora de movimiento aleja el riesgo de demencia" (Clarín, 13/11/12), "Más de 700.000 argentinos dejaron de fumar en los últimos tres años" (La Nación, 13/11/12), "Por las restricciones al tabaco, más gente dejó de fumar" (Clarín, 14/11/12), "Un adiós masivo al cigarrillo" (Página/12, 14/11/12), "Afirman que bajar el sobrepeso 5% reduce el riesgo de sufrir diabetes" (Clarín, 15/11/12), "Los argentinos y el cigarrillo: siete de cada diez piensan en dejar" (La Nación, 04/12/12), "Hora de moverse" (La Nación, 16/12/12), "El sobrepeso no se toma vacaciones" (Clarín, 10/01/13).

El análisis de los factores de riesgo se enmarca en investigaciones que estudian la salud como resultado de comportamientos individuales tales como el ejercicio, el tabaquismo, la alimentación o el manejo del estrés (Knowles, 1977, citado en Mirowsky, Ross y Reynolds, 2000). También se encuentran posiciones más moderadas que combinan el enfoque sobre los comportamientos individuales con las ventajas asociadas al status socioeconómico (Link y Phelan, 2000). Sin embargo, desde la perspectiva de la Medicina Social (MS) y la Salud Colectiva Latinoamericana (SCL) se critica la aplicación biomédica del concepto de factores de riesgo como fenómeno individual, extraído de los procesos culturales y sociales en los que se desarrollan. También se critica la utilización del concepto de estilo de vida para describir determinantes de enfermedades crónicas no transmisibles: *"¿Por qué fumar y comer grasas animales son riesgos de estilo de vida, y no lo es beber agua no potable o no comer a grados de desnutrición crónica? ¿Por qué caminar o correr por los parques constituye parte de un estilo de vida y no el trabajo campesino o el de los albañiles?"* (Menéndez, 1998: 50).

De hecho, el **contexto social y ambiental** que afecta la salud podría incluirse dentro de las conceptualizaciones de la salud que no hemos abordado en la sección anterior pero que emerge en los relatos de los entrevistados: *"si te alimentás bien, si tenés una vida sana, si hacés algo de deporte -si hacés mucho,*

*mejor; mis hijos hacen bastante, yo menos- eh los chicos se crían sanos, no hay motivo alguno para que se enfermen. Si tienen la casa caliente... Que también eso es...*" (madre de la familia 18). Ya se ha señalado que el frío es un factor que se cree peligroso y que hay que monitorear, junto a la alimentación, la limpieza y el descanso (Snow, 1983, citado en Shaw Hughner y Schultz Kleine, 2004). Asimismo, la alimentación se interpreta como la base de la salud tanto física como mental. A veces esta alimentación se interpreta como equilibrio y autocuidado -el comer variedad de verduras y pescado, por ejemplo-, pero otras veces se asocia a la desnutrición infantil y las consecuencias a posteriori. Y aquí entra nuevamente el papel de los medios de comunicación. El padre de la familia 13 recuerda como una moda los casos de desnutrición infantil difundidos por los medios alrededor de 2003:

*"yo me acuerdo cuando se fue De la Rúa que estaba de moda los casos de desnutrición y todo, pasaban en la tele todos esos casos. En realidad no era un tema de economía, era un tema de educación de los padres ¿no? O sea, había mucho... Yo me acuerdo de un caso que era de una familia en Corrientes que vivía a orillas del Paraná, los chicos desnutridos mal y los padres también".*

Con titulares como "Desnutrición infantil: el verdadero riesgo país" (16/11/03) el diario Clarín publicaba a partir de datos del Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil (CESNI) y del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) que *"La desnutrición lleva décadas y ya se perfilan sus primeras secuelas: los argentinos somos más petisos. Las otras huellas del hambre en los chicos son más graves y afectan su coeficiente intelectual y su capacidad de aprendizaje"*. Asimismo, la letra de No Te Va a Gustar que se escucha frecuentemente desde 2006 proclama *"con hambre no se puede pensar"*. La Fundación CONIN que se dedica a la lucha contra la desnutrición infantil lleva adelante desde 2008 una campaña publicitaria que compara la imagen de una nuez en buen estado con el cerebro de un niño de 1 año bien alimentado y estimulado; y una nuez en mal estado con el cerebro de un niño de 1 año mal alimentado y poco estimulado<sup>6</sup>. Así, todos estos mensajes hubieran quedado en su imaginario, el padre antes citado concluye: *"en la Argentina no comer realmente es porque tenés un problema de deformación del cerebro o de educación grande"*.

En este contexto, donde la salud, la (des)nutrición y la capacidad de aprendizaje son percibidos como productos de la inequidad social propia del sistema capitalista, emerge la autoridad de la profesión médica. Siendo un grupo legitimado culturalmente, tendría el poder de definir el destino de clase de los niños desnutridos. Según la propuesta de la madre de la familia 6, el diagnóstico médico podría llevar directamente a la explotación de los grupos menos favorecidos:

*"si los sectores son muy bajos y el chico no comió, ya es inútil cualquier cosa que hagas. Ya debería ser, por ejemplo, en todo este chico, estos chicos desnutridos con un neurólogo y saber cómo son las cosas. Ya*

---

<sup>6</sup> Véase el Anexo 2. La campaña estuvo compuesta por piezas audiovisuales, de radio, gráficas e internet. Contó con el apoyo del Consejo Publicitario Argentino, Nutrired y Universidad Maimónides, y tuvo gran difusión en los medios de comunicación.

*directamente ser un Artes y Oficios, ¿viste? Un saber tejer, coser, tejer, saber qué hacer para no aburrirte. Hacer para no quedarte afuera de todo, porque de ninguna manera un chico que ha sido desnutrido puede estudiar Medicina. O un chico desnutrido no puede ser contador. Un chico desnutrido no puede ¿viste?"*

Este testimonio, ofrece la idea de que el saber, la capacidad de aprendizaje y el nivel educativo alcanzado están estrechamente ligados a la alimentación recibida al nacer. Además, se visualiza una suerte de condena social, la imposibilidad de acceder a mejores condiciones de vida producto de la mala alimentación durante los primeros años de vida.

## **REFLEXIONES FINALES**

En la primera sección hemos abordado las quince formas en que los entrevistados de la presente investigación han conceptualizado la salud. Como lo evidencia la madre de la familia 6, por ejemplo, se pueden sostener cierto número de los puntos de vista aquí reseñados al mismo tiempo, incluso a veces mezclando ideas contradictorias.

En la segunda sección, y a partir de discutir el papel de los medios de comunicación, la promoción pública y la información estadística, hemos agregado dos formas emergentes de conceptualizar la salud. También hemos visto que los entrevistados conocen el llamado imperativo de la salud: los hábitos saludables que se promueven -lo que deberían hacer-, los logros de los últimos años en términos estadísticos y los riesgos también. Podemos inferir a partir de los relatos que los entrevistados se sienten interpelados por los discursos hegemónicos de cuidado de la salud. En algunos casos, como en la familia 3 por ejemplo, los discursos se incorporan a sus prácticas cotidianas. Podríamos decir que su estilo de vida se adecúa a una estrategia de autocontrol y cuidado informado. No obstante, otros entrevistados comunican que los hábitos saludables no se incorporan a su vida cotidiana ni se cumplen como un verdadero imperativo. En estos últimos, pareciera que se replica el resultado de Blaxter (1990, 1993, citados en Williams, 1995): al hablar de su estilo de vida y de cuidado de la salud, la gente tiende a reproducir los discursos de la educación en salud y la promoción pública aunque no aplique esos conocimientos en sus prácticas cotidianas. Así es como esta brecha entre información y prácticas ya se ha comenzado a incorporar como problemática en la promoción de la salud: "Los argentinos saben que es importante reducir el consumo de sal, pero muy pocos lo hacen" (Ministerio de Salud de la Nación, 11/03/13). En los relatos aquí analizados, surgen la falta de tiempo (madre de la familia 18) o voluntad (padre de la familia 17) como dificultades para la adquisición de hábitos de vida saludables. También emergen la falta de disciplina y motivación que se requieren para mantener esos hábitos en el tiempo.

Esta información nos permite abrir nuevos interrogantes a ser desarrollados en el futuro. En primer lugar, podríamos pensar qué sentido se le da a la novedad de empezar una actividad física o una dieta. ¿Cuando se incorporan hábitos de vida saludables se esperan recompensas a corto plazo y a largo plazo, cuáles? ¿La novedad y el cambio de estrategias de autocontrol son tan (o más) valorados socialmente que los propios beneficios que las nuevas prácticas puedan traer al

estado de salud? En este escenario donde la salud pasa a ser un consumo obligatorio, ¿qué transformaciones se producen en el mercado?

En segundo lugar, vemos que las prácticas y políticas de salud pública y promoción de la salud valorizan ciertos cuerpos, grupos e individuos y marginan a otros. Entonces, ¿en qué medida otros grupos sociales se reconocen en los discursos hegemónicos o bien los rechazan? ¿Se contraponen un cuerpo ideal a un cuerpo real, un cuerpo de la salud a un cuerpo-amenaza? ¿Cómo influye el discurso de los factores de riesgo sobre los deseos y los temores que se construyen alrededor del cuerpo? ¿En qué medida se contraponen o confluyen el cuerpo saludable con el cuerpo bello?

Por último, lo expuesto por las mujeres/amas de casa acerca de su rol de género, su relegación al ámbito privado y la falta de prioridad otorgada a su bienestar y salud, sugiere la profundización de la temática respecto de cómo aquello influye sobre su subjetividad. ¿Cómo vivencian su corporalidad las mujeres/amas de casa? ¿Qué consideran que es “verse bien”? ¿Cómo influyen la publicidad y los medios masivos de comunicación sobre la valorización y legitimación del (determinado) cuerpo femenino?

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adamovsky, E. (2009). *Historia de la clase media argentina*. Buenos Aires: Planeta.

Astin, J.A. (1998). Why Patients Use Alternative Medicine. *JAMA*. 279 (19), 1548-1553.

Boltanski, L. (1975). *Los usos sociales del cuerpo*. Buenos Aires: Ediciones Periferia.

Bourdieu, P. (1990). *The Logic of Practice*. Stanford: Stanford University Press.

Cacioppo, J.T., Hawkley, L.C, Kalil, A., Hughes, M. E., Waite, L., y Thisted, R. A. (2008). Happiness and the invisible threads of social connection: The Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. En M. Eid y R. Larsen (Eds.) *The science of Subjective Well Being* (pp. 195-219) Nueva York: Guilford.

Foucault, M. (2006). *Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina.

Giddens, A. (1991). *Modernidad e identidad del yo*. Madrid: Alianza.

Illouz, E. (2009). *Die Erretung der modernen Seele*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Link, B. G. y Phelan, J. C. (2000). Evaluating the fundamental cause explanation for social disparities in health. En C. Bird, P. Conrad, A. Fremont, S. Timmermans (Eds.), *Handbook of Medical Sociology* (pp. 47-67). Upper Saddle River: Prentice Hall.

Lowenberg, J. S. y Davis, F. (1994). Beyond medicalisation-demmedicalisation: the case of holistic health. *Sociology of Health & Illness*. 16 (5), 579-599.

Lupton, D. (1997). *The Imperative of Health: Public Health and the Regulated Body*. London: SAGE Publications.

Madigan, R., Munro, M. y Smith, S. (2009) Gender and the meaning of the home. *International Journal of Urban and Regional Research*. 14 (4), 625-647.

Mariscal, C. L. y Paschkes Ronis, M. (2009). Pilates como práctica y como discurso. Cuerpo, salud y sociedad. *Artefacto. Pensamientos sobre la técnica*. Recuperado de: [http://www.revista-artefacto.com.ar/pdf\\_textos/16.pdf](http://www.revista-artefacto.com.ar/pdf_textos/16.pdf)

Menéndez, E. L. (1998). Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. *Estudios Sociológicos*. XVI (46), 37-67).

Mirowsky, J., Ross, C. E. y Reynolds, J. R. (2000). Links between Social Status and Health Status. En C. Bird, P. Conrad, A. Fremont, S. Timmermans (Eds.), *Handbook of Medical Sociology* (pp. 47-67). Upper Saddle River: Prentice Hall.

Petracci, M. y Waisbord, S. (2011). Introducción. En *Comunicación y salud en la Argentina* (pp. 9-26) Buenos Aires: La Crujía.

Robert, S. y House, J. (2000). Socioeconomic Inequalities in Health: An Enduring Sociological Problem. En C. Bird, P. Conrad, A. Fremont, S. Timmermans (Eds.), *Handbook of Medical Sociology* (pp. 47-67). Upper Saddle River: Prentice Hall.

Salovey, P., Rothman, A., Stewars, W y Detweiler, J. (2000). Emotional States and Physical Health. *American Psychologist*. 5 (1), 110-121.

Shaw Hughner, R. y Schultz Kleine, S. (2004). Views of Health in the Lay Sector: A Compilation and Review of How Individuals Think about Health. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*. 8 (4), 395-422.

Williams, S. J. (1995) Theorising class, health and lifestyles: can Bourdieu help us? *Sociology of Health & Illness*. 17 (5), 577-604.

Williams, S. y Calnan, M. (1996). The limits of Medicalization?: Modern Medicine and the Lay Populace in Late Modernity. *Social Science Medicine*. 42 (12), 1609-1620.

## ANEXOS

### Anexo 1: Temas de salud identificados en el sector lego

#### TEMAS DE SALUD IDENTIFICADOS EN EL SECTOR LEGO

<i>Tema</i>	<i>Explicación</i>	<i>Sentencia de ejemplo</i>
1. <b>La salud es la ausencia de enfermedad</b>	Si los síntomas físicos de la enfermedad no son evidentes, entonces la persona es saludable.	Si yo no estoy enfermo (por ejemplo, teniendo una fiebre), generalmente me considero saludable
2. <b>La salud es una capacidad funcional</b>	Si una persona puede llevar a cabo las tareas diarias como trabajar, ocuparse de las tareas domésticas, etc. Esa persona es saludable	Mientras que yo pueda llevar a cabo mis funciones diarias (ej. Ir al trabajo, cuidando el hogar), me considero saludable.
3. <b>La salud es el equilibrio</b>	La salud supone adquirir un estado de equilibrio caracterizado por el bienestar, la relajación, sentirse fuerte y estableciendo buenas relaciones con otros.	La mente, el cuerpo y el espíritu están todos conectados; todos deben estar en sintonía para la buena salud
4. <b>La salud es libertad</b>	La salud es un medio facilitador.	La buena salud es libertad; con ello viene la capacidad de hacer lo que yo quiero hacer, vivir como yo quiera vivir.
5. <b>La salud es restricción</b>	La salud es vista como un obstáculo, y la enfermedad, como algo liberador.	La buena salud puede ser una limitación; con ello los individuos tienen que ajustarse a las demandas de la sociedad
6. <b>La salud se mantiene a través de la oración o la meditación</b>	La salud se adquiere a través de la meditación o la oración. Además, se enfoca en la salud mental y no en la salud física.	La salud y el bienestar puede ser mantenida a través de la meditación o la oración
7. <b>La salud depende de la actitud mental</b>	El poder del pensamiento positivo es la materia prima para ser saludable.	El poder de una perspectiva o actitud positiva puede prevenir la enfermedad
8. <b>El trabajo brinda salud</b>	Trabajar, o llevar a cabo actividades diarias, mantiene saludables a las personas.	Mientras sigo adelante, yo tiendo a no enfermarme-mantenerse ocupado no posibilita el tiempo para enfermarse
9. <b>La salud explicada a través de causas supranaturales o religiosas</b>	La salud se atribuye a razones inexplicables.	Dios trabaja de manera misteriosa; la enfermedad es parte del plan divino
10. <b>La salud se mantiene a través de rituales</b>	Las prácticas rituales son importantes para mantener la salud.	El uso de ciertos rituales ayuda a mantener la salud (por ejemplo, recitar una oración)
11. <b>La salud es una responsabilidad moral</b>	La salud depende de la relación de uno mismo con otros y, además, es una responsabilidad moral.	Yo tengo la responsabilidad de mantener la salud de mi familia
12. <b>La salud se mantiene a través del control interno</b>	La salud se mantiene a través del control regular del cuerpo, realizado por la persona o por el especialista.	Yo creo que visitar al médico regularmente es importante para mantener la salud

13. <b>Sentimiento de culpa</b>	Los individuos explican que las causas de salud o enfermedad refieren a sus propios comportamientos y, se culpabilizan por la carencia de salud.	Mucha gente sufre de enfermedades causadas por sus propios malos hábitos
14. <b>La salud como resultado de políticas e instituciones</b>	Las instituciones de salud que son gubernamentales o están socialmente legitimadas, son responsables del bienestar de sus ciudadanos.	Yo creo que la buena salud es, en parte, el producto de las instituciones gubernamentales que garantizan la salud de sus ciudadanos
15. <b>La salud se ve afectada por el medio ambiente</b>	La creencia de que hoy la forma de vida moderna afecta negativamente a la salud. (Ej: contaminación, estrés)	Muchas muertes en la vida moderna resultan del ambiente estresante y contaminado donde viven
16. <b>La salud es genética</b>	La salud, o la falta de la misma, está determinada por los componentes genéticos.	A veces, enfermarse solo pasa y poco se puede hacer sobre eso
17. <b>El valor y la prioridad asignada a la salud</b>	La salud no es algo prioritario, sino que antes están las prioridades como el cuidado de los niños, el trabajo, las obligaciones domésticas, ente otros.	Yo tengo objetivos más importantes en mi vida que obtener una salud optima
18. <b>Disparidad entre las creencias y conductas de salud</b>	Las creencias sobre salud son necesarias, pero no predicen las conductas llevadas a cabo para obtener salud.	Yo sé mucho de cómo mantenerse saludable (ej. Qué tipos de comidas y actividades se consideran saludables); sin embargo, no practico frecuentemente este conocimiento acerca de la salud.

Fuente: reproducido de Shaw Hughner y Schultz Kleine (2004).

**Anexo 2:** Gráfica de la campaña "El primer año de vida marca el futuro del niño" (2008)



Fuente: recuperado de <http://www.conin.org.ar/>