

CUIDADO DE LA SALUD: EL ANCLAJE SOCIAL DE SU CONSTRUCCIÓN ESTUDIO CUALITATIVO

ANA CANDREVA *

CELIA PALADINO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

Recibido: mayo 12 de 2004

Revisado: mayo 31 de 2004

Aceptado: junio 10 de 2004

ABSTRACT

As a part of a mayor research this study outlines the concern of investigate social representations regarding care health and the *anchorage* process of construction. We believe that the role of the culture is decisive at the time to adopt a style of health care. Theoretical analysis about culture-health care implies three issues: 1. Behaviors are emboiled in cultural scripts. 2. Health-care reveals behavioral paradoxes. 3. Gender perspective. Empirical data were obtain from a pilot sample of women all of which are residents in La Plata, Argentina. The personal interview was modeled on the semistructured clinical interview.

Key words: Heath care, social representations, "Anchorage", qualitative research.

RESUMEN

En el presente trabajo, que es parte de un proyecto mayor de investigación,¹ destacamos la importancia de indagar acerca de las representaciones sociales de cuidado de la salud y sobre las diferentes prácticas asociadas a ellas, con el fin de analizar el *anclaje* social de su construcción. Consideramos que el papel que tiene la cultura en el comportamiento humano es un factor relevante en la adopción de una modalidad de cuidado de la salud por parte de los sujetos sociales. En el marco del análisis teórico del binomio cuidado de la salud-cultura observamos tres aspectos de importancia: 1) que los comportamientos están arraigados en creencias y tradiciones culturales complejas, 2) que expresan paradojas comportamentales y, 3) que, en el caso del presente estudio en particular, éstos están ligados a estereotipos de género. Aportamos material empírico obtenido a través de la aplicación de entrevistas semiestructuradas en una prueba piloto sobre una muestra de mujeres de la ciudad de La Plata, Argentina.

Palabras clave: Cuidado de la salud, representaciones sociales, anclaje, estudio cualitativo.

* Correo electrónico: candreva@amc.com.ar

¹ Proyecto de investigación *Educación sexual: Demandas sociales de cuidado de la salud y sus espacios de representación*. Universidad Nacional de Programa de Incentivos UNLP 2002-2004.

Introducción

La razón por la cual las personas no cambian fácilmente sus creencias por nuevos conocimientos que mejorarían el cuidado de la salud se debe a que las estructuras que guían los comportamientos suelen ser muy complejas y su estudio requiere de una metodología cualitativa específica sujeta, en la actualidad, a debate.

Los comportamientos en el cuidado de la salud están enraizados por los conocimientos acumulados y por las representaciones sociales, que tienen un carácter dinámico y que se van construyendo en las diferentes etapas de la vida. A su vez, el mundo simbólico, comprende estructuras de pensamiento y marcos de referencia desde los cuales se interpretan los fenómenos que afectan a los sujetos configurando un sistema de pensamiento lógico que es aplicado en las prácticas cotidianas. Cuando el pensamiento lógico está guiado por el mundo simbólico, los fenómenos de la salud y la enfermedad se codifican desde ese marco de referencia, dando lugar a comportamientos específicos que están de acuerdo con su trasfondo explicativo y que resultan muy resistentes al cambio, debido al proceso de objetivación, naturalización y anclaje.

Las denominadas *paradojas comportamentales* son otro de los aspectos relevantes para comprender el comportamiento de las personas frente a las prácticas de cuidado de la salud. Se definen como los comportamientos nocivos que tienen las personas a pesar de contar con conocimientos adecuados sobre los cuidados necesarios para lograr el bienestar (De Roux, 1994). Estas paradojas evidencian con claridad las rupturas existentes entre los comportamientos adecuados esperados por el sistema de salud y la prioridad en salud que tienen las personas, y entre el conocimiento de la gente sobre riesgos específicos y su conducta concreta. Cuando las personas son interrogadas acerca de la importancia que para ellas tiene la salud, manifiestan un interés general y cierta información que se expresa de modo discursivo, que no siempre se utiliza en el momento de actuar.

Otra variable que consideramos de importancia es la perspectiva de género, que tiene su origen en las consecuencias de la división sexual en el trabajo y la ubicación social dada por la cultura a hombres y mujeres, lo cual hizo surgir asignaciones y formas diversas de cuidado a lo largo del ciclo vital. En tanto los cuidados que tuvieron que ver con el mantenimiento del orden público o la aplicación de la fuerza física se asignaron a los hombres, aquellos relacionados alrededor de todo lo que da vida, lo que es fecundable y que da a luz, se atribuyeron a las mujeres. Entre estos están los cuidados de la vida diaria, principalmente los relacionados con los alimentos, el cuidado del cuerpo y todos aquellos necesarios para proteger y mantener el cuerpo en un entorno de salud. De

aquí surge el rol de la mujer como cuidadora, como figura simbólica del eterno femenino, en tanto se cree que garantizar estos cuidados es algo que surge de la naturaleza femenina. Esta socialización estereotipada del cuidado de acuerdo al género marca profundamente a hombres y mujeres en su futura actitud respecto a atender su cuerpo y su salud, en tanto se forman patrones y hábitos que generan determinados comportamientos. En este sentido la cultura ha ido dejando huella mediante una serie de consecuencias para la asunción del cuidado de la salud por parte de las personas y ha condicionado todo un conjunto de comportamientos, prácticas, creencias y saberes con relación al cuerpo, a la enfermedad y a la salud. La persona los construye en función del contexto, o sea de los estímulos sociales que recibe, y en función de valores, ideologías y creencias de su grupo de pertenencia, ya que como sujeto social es productora de sentido, y entonces expresa en su representación el sentido que da a su experiencia en el mundo social.

Dado que las representaciones sociales se construyen como una forma de lenguaje, de discurso típico de cada sociedad o grupo social y constituyen modalidades de pensamiento práctico orientadas hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social, material e ideal, nos propusimos, con el fin de obtener información relevante sobre dichas representaciones en el campo de la salud, construir un instrumento de entrevista semiestructurada. Consideramos que es una aproximación pertinente para explorar las representaciones sobre el cuidado de la salud desde la perspectiva del sujeto, ya que adoptamos la noción de representación social como aquella que nos sitúa en el punto donde se articula lo psicológico con lo social. El diseño de la misma se orientó a los siguientes campos de indagación: a) cuidado de la salud, b) salud reproductiva, c) educación sexual, d) demandas de atención de salud.

El presente trabajo aborda, por un lado, la temática teórica desde una perspectiva *procesual* de las representaciones sociales en el campo de la salud, en especial su proceso de objetivación y anclaje, y por el otro, intenta relacionar los datos empíricos obtenidos al aplicar las entrevistas con el marco teórico de referencia.

Representaciones sobre el cuerpo y la salud

Estado actual de la investigación

El objeto común de las investigaciones sobre las representaciones se sitúa en el centro de la reflexión en las ciencias humanas y sociales. Este gira alrededor de la pregunta sobre el conocimiento común o sentido común, sobre los procesos y maneras de pensar de éste y sobre sus relaciones con los comportamientos individuales y colectivos, tanto como con las transformaciones socia-

les. En todos estos casos, la atención es focalizada en: los contextos en los cuales emergen los fenómenos representativos y que permiten poner en evidencia su articulación con una determinación social (vía la posición/pertenencia social de los sujetos, la vida de los grupos, el funcionamiento de las instituciones, la comunicación social), cultural (vía los modelos, valores, referentes identitarios) o con las funciones instrumentales, ideológicas o simbólicas ocupadas por las representaciones, tanto en el plano individual como institucional; y en las relaciones existentes entre las organizaciones del contenido y las prácticas que influyen en la actividad representacional o que resultan de ésta.

En la actualidad el campo de investigación sobre las representaciones sociales es bastante amplio, Pereira de Sá (1998; en Banchs, 2000) ha sistematizado en tres grandes líneas su desarrollo teórico y metodológico. Una de ellas parte de las ideas de Jodelet (1984) en estrecha cercanía con la propuesta original de Moscovici (1961), y conforma la vertiente *procesual* (Banchs, 2000); otra, conocida como la vertiente *estructural*, se centra en los procesos cognitivos y es desarrollada en Aix Provençe por Abric (1994) en torno al estudio de la estructura de las representaciones sociales conformando la *Teoría del núcleo central*, la tercera línea es la desarrollada en Ginebra por Doise (1986) y está centrada en las condiciones de producción y circulación de las representaciones sociales.

La vertiente *procesual* está orientada hacia una postura socioconstruccionista, influenciada por los textos de Foucault, sobre todo en términos de análisis del discurso. En América Latina, Mary Spink (Brasil, 1994), como una de las continuadoras de esta línea, sostiene la vinculación de su enfoque con la tradición hermenéutica y con los presupuestos epistemológicos constructivistas. También trabajan en la misma línea los investigadores brasileños Arruda (1993), Guareschi (1994), y Jovchelovitch y Guareschi (1994). En México encontramos a Valencia (1994), Guerrero Tapia (1998), Picardo (1999). En Venezuela a Banchs (1996), Canelon (1998), García Cardona (1998) y Lozada (1997; en Banchs, 2000).

El interés por la investigación aplicada se inscribe directamente dentro del proyecto de esclarecer los vínculos existentes entre los sistemas de significación, de imágenes, de informaciones y de prácticas sociales. Tomando como objeto las representaciones que caracterizan las preguntas de actualidad, los problemas de la vida corriente, las preocupaciones que movilizan la atención de la gente, se piensa que se puede así dar cuenta de las conductas individuales y colectivas, identificando los factores que se oponen o que favorecen la adopción de comportamientos adaptados o deseables en el dominio del estudio emprendido. La selección de objetos y dominios de representación es efectuado en razón de la importancia que

ellos revisten para la existencia cotidiana y del lugar que ocupan en ésta. Los objetos y los dominios, aparecen como temas significativos y pertinentes desde el punto de vista del análisis de los procesos puestos en marcha en la elaboración psicológica y social de los estados del mundo ordinario y de las conductas que les corresponden.

En este sentido, un cierto número de dominios han particularmente retenido la atención, intentando de esta manera establecer un saber acumulativo por medio de programas continuos y coherentes. Estos dominios hacen referencia a: 1) El cuerpo y la salud, 2) el medioambiente, 3) la difusión de saberes y conocimientos eruditos (científicos), 4) la regulación normativa de la vida cotidiana, 5) las significaciones de los comportamientos culturales.

El estudio de las *representaciones sociales del cuerpo y la salud* forma parte de una vieja tradición del laboratorio en la cual la síntesis resultante a partir de las formas de articulación entre las representaciones y las experiencias sobre el cuerpo, y las concepciones y/o prácticas sanitarias, han sido el objeto de numerosos trabajos de investigación. Esta articulación entre representaciones y prácticas que incluyen el cuerpo o la salud ha inspirado dos líneas de investigación. La primera, posibilitó varias publicaciones y tuvo por objeto la lactancia materna. En ésta se examinó a partir de un punto de vista diacrónico, las razones culturales, sociales y psicológicas que favorecían u obstaculizaban la lactancia de seno, comparando las posiciones utilizadas por las madres, diferenciadas a su vez por la elección y la duración de un modo de alimentación del bebé. La segunda línea de investigación está centrada sobre la noción de higiene y de *andajes* social de su construcción. Un primer trabajo sobre la higiene femenina, sus rituales, sus significaciones y sus imaginarios, recoge un corpus de entrevistas entre hombres y mujeres que fueron diferenciados por su pertenencia religiosa y social, a fin de examinar las relaciones establecidas entre las representaciones existentes de las diferentes formas de higiene.

Otro conjunto de trabajos ha sido consagrado a las representaciones y prácticas ligadas a la cuestión de la infección por el VIH. Han permitido la elaboración de informes y de publicaciones concerniendo los siguientes temas: Las representaciones del contagio, sus fundamentos en el conocimiento médico, su valor simbólico en la gestión de las relaciones con las personas portadoras del SIDA así como en el riesgo de contaminación, la incidencia de las representaciones de los líquidos corporales en relación con el SIDA, la representación social del SIDA en niños de 10 a 14 años, las representaciones de la sexualidad y del amor en los jóvenes y efecto en las conductas preventivas, los efectos de las representaciones de los conocimientos y de la ética médica sobre las modalidades de aplicación de cuidados paliativos en el caso de

hospitalización de los enfermos de SIDA en fase terminal, las representaciones referidas a la responsabilidad y el control de enfermos mentales en atención al SIDA y su transmisión, la prevención del SIDA en la comunidad sorda, entre otros estudios de importancia (INSALUD).

Las investigaciones del laboratorio (Reyes y Liébano, 1999) se caracterizan por la selección de objetos de investigación, de metodologías y de campos de aplicación. En general, éstas se circunscriben al examen de las representaciones compartidas concernientes a los objetos socialmente valorizados y que remiten directamente a la vida cotidiana. Las investigaciones son llevadas a cabo especialmente en situaciones reales, utilizando para ello técnicas e instrumentos de investigación, tanto cualitativos como cuantitativos (encuestas, cuestionarios, entrevistas, análisis de corpus iconográficos o discursivos, observaciones, experimentación en terreno, etc.) Evidentemente, esto no excluye la utilización de la experimentación en los estudios sobre la intervención de las representaciones y su evolución dentro de los procesos de interacción social. El conjunto de estas investigaciones tiene un objetivo teórico y aplicado.

Las representaciones sociales y la organización del comportamiento

Adoptamos la definición clásica de Moscovici y las aportaciones de otros autores (Farr, 1983; Jodelet, 1984; Di Giacomo, 1987; Páez, 1987; Banchs, 1990), refiriéndonos a las representaciones sociales como el conjunto sistemático de valores, nociones y creencias que permiten a los sujetos comunicarse y actuar, y así orientarse en el contexto social donde viven, racionalizar sus acciones, explicar eventos relevantes y defender su identidad. Una característica importante de esas representaciones sociales es que significan un conocimiento compartido de todo el grupo acerca de algo, bajo la forma de una «teoría del sentido común» y, en este sentido, estarían en la base de la opinión pública. Por lo tanto, además de unos valores, nociones y creencias, implican unas determinadas actitudes; y todo ello se relaciona con unos comportamientos particulares. Entendemos por *valores* los criterios que en un grupo social establecen lo deseable y el fundamento de las normas y, sobre todo, la base para aceptar o rechazar aquéllas que no están previstas en la cultura del grupo; tienden a la preservación, a la estabilidad del conjunto de sus categorías culturales, aunque un conflicto entre contenidos valorativos discordantes puede llevar al cambio y revisión de dichas categorías. Las *creencias*, en tanto, harían referencia a aquellas ideas más incuestionables de cómo es el mundo; mientras que las *nociones* serían las imágenes genéricas que puedan existir sobre una cuestión concreta. Tanto creencias como nociones forman parte de

los procesos de categorización, a través de los cuales el grupo organiza y sistematiza en un esquema coherente el conjunto de datos, informaciones, percepciones, etc., que recibe. De este modo, hay un referente comunicativo común al grupo, que le permite orientar su acción a través de dos principios fundamentales de dichos procesos de categorización: su economicidad y su funcionalidad.

Por otro lado, *actitud* también nos remite a un *constructo* en el que se incluyen de manera indisoluble tanto su vertiente individual como la colectiva, aunque en este segundo aspecto ha sido menos investigado. La actitud se enlaza con las creencias y nociones a través de uno de sus componentes básicos, el de tipo cognitivo (información asociada a un objeto), mientras que sus otros dos componentes, uno de tipo afectivo emocional (empatía hacia el objeto), y otro de tipo conativo (es decir, relativo a la tendencia a actuar con respecto al objeto), se relacionarían más directamente con el comportamiento. Una actitud no permite ser directamente observable a nivel empírico sino que se analiza y deduce a través de aquello que se dice (la opinión, el discurso) y a través de aquello que se hace (comportamiento).

Está fuera de duda que no se puede postular una relación mecánica entre la representación social y el comportamiento; ni tampoco entre la actitud (que sería el elemento mediador entre ellos dos) y los restantes componentes de las representaciones por un lado, y con el comportamiento por el otro; es claro que son muchas las mediaciones que existen entre todos ellos. Para poder acercarnos a la cuestión, consideraremos que las representaciones sociales tienen tres componentes básicos (Jodelet, 1986):

La información: se refiere al volumen de conocimientos que el sujeto posee de un objeto social, a su cantidad y calidad, que puede ir desde la más estereotipada hasta la más original. Es como un acopio de conocimientos, tanto desde el punto de vista cuantitativo como cualitativo. Las fuentes y contextos sociales de donde se obtienen y donde se construyen dichos conocimientos tienen una importancia básica.

El campo de la representación: es la estructura y organización con la que, a partir de un mínimo de información, se constituye un espacio figurativo significativamente articulado (imágenes culturales).

La Actitud: expresa la orientación general, positiva o negativa frente al objeto de representación.

En consecuencia, conocer o establecer una representación social implica determinar qué se sabe (información); qué se cree, cómo se interpreta (campo de la representación); y qué se hace o cómo se actúa (actitud).

La actitud nos expresa el aspecto más afectivo de la representación, por ser la reacción emocional acerca del objeto o del hecho. Es el elemento más primitivo y re-

sistente de las representaciones y se halla siempre presente aunque los otros elementos no estén. Es decir, la reacción emocional que puede ser tenida por una persona o un grupo sin necesidad de tener mayor información sobre el hecho a estudiar.

Para el presente trabajo adoptamos el concepto de que las representaciones de un grupo son el resultado de sus condiciones materiales de existencia, las que suponen una determinada experiencia vital y la defensa de unos intereses; por otro lado, sin embargo, dichas representaciones se expresan a través de la herencia cultural del grupo, en la que está presente también la elaboración histórica de las experiencias e intereses que han ido surgiendo de la vida cotidiana de sus mayores, al lado de elementos surgidos de representaciones sociales de grupos dominantes en etapas históricas anteriores conocidas a través de los medios de comunicación social. Se derivaría entonces una relación dialéctica entre prácticas y representaciones sociales. Si por un lado se puede sostener que en la realidad las prácticas sociales preceden a las representaciones (ya que las explican y justifican), por otro lado, también es cierto que estas representaciones llegan a adquirir una entidad propia, sobre todo en nuestras actuales sociedades de la información, por lo que influyen notablemente en las prácticas sociales cotidianas. En el caso del cuidado de la salud podemos observar como unas determinadas representaciones sociales acerca de las mismas influyen en comportamientos, en prácticas sociales cotidianas, al mismo tiempo que dichas prácticas van dotando de contenidos progresivamente cambiantes a las mencionadas representaciones.

Las representaciones sociales pueden pensarse como amplios sistemas que sostienen las actitudes. Sin embargo, comparada con las teorías de las actitudes, la teoría de las representaciones sociales intenta ofrecer una comprensión de las creencias de las personas basada en la perspectiva del construccionismo social. Existen varias formas de este construccionismo social (Gergen, Potter, Sarbin y Kitsuse, citados por Morant, 1998), pero todas están unidas por la asunción básica de que más que existir una realidad objetiva, son las personas y las sociedades las que juegan un papel activo en la construcción del mundo en que vivimos. La comprensión de cualquier fenómeno de nuestro mundo social se construye a través del lenguaje y la comunicación; las prácticas sociales; las creencias culturales; y las instituciones sociales como los medios de comunicación de masas, el sistema educativo y las leyes.

El proceso de objetivación y anclaje

Desde la Psicología social, y según los planteamientos de Moscovici y Jodelet, la representación social se forma a partir de la *objetivación y anclaje*. La primera fase, la

objetivación, es el proceso mediante el cual se concreta, se materializa el conocimiento en objetos concretos. La segunda fase es el anclaje o proceso de inserción de las representaciones en las relaciones intergrupo o en las representaciones preexistentes (Jodelet, 1986). La fase de objetivación, definida "como la constitución formal de un conocimiento", contempla tres pasos:

La construcción selectiva. Retención selectiva de elementos que después son libremente organizados. Dicha selección se da junto a un proceso de descontextualización del discurso y se realiza en función de criterios culturales y normativos. "(...) Se retiene sólo aquello que concuerda con el sistema de valores" (Jodelet, 1986, p. 482).

El esquema figurativo. El discurso se estructura y objetiviza en un esquema figurativo de pensamiento, sintético, condensado, simple, concreto, formado con imágenes vívidas y claras "(...) los conceptos teóricos se constituyen en un conjunto gráfico, coherente, que permite comprenderlos en forma individual y en sus relaciones" (Jodelet, 1986).

La naturalización. la representación social se transforma de representación conceptual, abstracta, en expresión directa del fenómeno presentado. Los conceptos se transforman en categorías sociales del lenguaje que expresan directamente la realidad. Los conceptos se ontogenizan y toman vida automáticamente (Moscovici, citado por Páez, 1987).

En la fase de anclaje hablamos del enraizamiento social de la representación y de su objeto; implica la integración cognitiva del objeto representado desde el mismo sistema de pensamiento. El anclaje, según Jodelet, articula las tres funciones básicas de la representación:

- *Función cognitiva de la integración de la novedad.*
- *Función de interpretación de la realidad.*
- *Función de orientación de las conductas y las relaciones sociales* (Jodelet, 1986, p. 486).

De este modo el proceso de anclaje se descompone en varias modalidades que permiten comprender: cómo se confiere significado al objeto representado haciendo relación al sentido que se le otorga a la representación y cómo se utiliza la representación en tanto sistema de interpretación del mundo social, marco e instrumento de conducta, "(...) esta modalidad permite comprender cómo los elementos de la representación no sólo expresan relaciones sociales, sino que también contribuyen a constituir las" (Jodelet 1986, p. 487). Asimismo es posible comprender cómo se opera su integración dentro de un sistema de recepción y la conversión de los elementos de este último relacionados con la representación. Los sujetos se comportan según las representaciones, los sistemas de interpretación proporcionados por la representación guían la conducta.

En síntesis, podemos decir que la fase de anclaje comporta dos momentos de relevancia:

1. El anclaje como inserción en las relaciones de grupo. El sistema de conocimiento de la representación se ancla en la realidad social, atribuyéndole una funcionabilidad y un rol regulador de la interacción grupal.
2. El anclaje como inserción en los sistemas cognitivos preexistentes. Al entrar una representación en contacto con los sistemas de representaciones sociales preexistentes entra a innovarlos y modificarlos. El anclaje actúa como una asignación de sentido de la representación social y como un proceso de instrumentalización del saber social. La representación social se transforma en un marco de interpretación de la realidad y ayuda a construirla.

Los procesos de anclaje y de objetivación, actuando conjuntamente, sirven para guiar los comportamientos. La representación objetivada, naturalizada y anclada, es utilizada para interpretar, orientar y justificar los comportamientos (Páez, 1987). Por ser las representaciones sociales mecanismos necesarios para el establecimiento de identidades colectivas y, por ende, para la coexistencia y estabilidad social, se les plantea cierta continuidad en el tiempo, sin que por ello se conviertan en nociones estáticas. La interpretación y renegociación les define también un carácter dinámico en la medida en que construyen permanentemente nuevos códigos y marcos interpretativos orientados que hacen posible que ellas cambien o se modifiquen.

La entrevista en la investigación cualitativa

Los problemas de investigación en salud son tan complejos que requieren diversos modos de ser abordados; en especial cuando detrás del problema a estudiar se descubre la influencia de componentes culturales, de comportamientos o de creencias, se precisan diseños flexibles que permitan al investigador comprender la realidad y el entorno donde se produce. Si consideramos que la conversación, en situaciones naturales de la vida cotidiana supone un punto de referencia constante, podremos decir que las entrevistas pasan a constituir una relación diádica mediatizada por la discursividad, propia de lo cotidiano, bajo la condición de encuentros regidos por reglas que marcan márgenes apropiados de relación interpersonal en cada circunstancia. Éstas permiten acceder al universo de significaciones de los actores, haciendo referencia a acciones pasadas o presentes, de sí o de terceros, generando una relación social que sostiene las diferencias existentes en el universo cognitivo y simbólico del entrevistador y el entrevistado.

Esta técnica se ubica, entonces, en una concepción de lo social basada en ciertos supuestos que implican, sociológica y epistemológicamente, una relación asimé-

trica, en tanto que el investigador representa a un sector superior al del entrevistado y, respectivamente, porque impone el marco de encuentro y de relación, las temáticas a tratar y el destino de la relación.

Utilizamos, a modo de justificación de elección de la entrevista semiestructurada como fuente de recolección de datos, los criterios descritos por Delgado y Gutiérrez (1995), que son los siguientes:

1. Para conocer una unidad sociocultural se puede recurrir a la interrogación de sus miembros.
2. Cada miembro es una síntesis global portadora de los hechos y normas dominantes de esa unidad social.
3. Las posibilidades de expresión discursiva son básicamente las mismas para todos los miembros de una sociedad (o de la unidad sociocultural).
4. La respuesta a una pregunta expresa directamente los hechos y las normas dominantes.
5. Esa respuesta es sustentada individualmente por cada persona y revela su propia opinión.
6. Cada individuo puede proveer esa respuesta cuando le es solicitada.

La dimensión narrativa de la entrevista constituye una red de significaciones que «muestra» una visión del mundo. Esta dimensión, que para algunos autores está vinculada a la intencionalidad del diálogo que es la entrevista, se articula con la actividad interpretativa del investigador y el entrevistado. Esta narratividad y las reglas establecidas desde el encuadre -que no son reglas que establecen que «hay que decir la verdad»- conforman el marco de la producción de la información para la investigación. No es el supuesto de que la información ya existe y que hay que buscarla el que predomina en este tipo de entrevista, sino una concepción de la misma como hacer interpretativo que implica una producción de sentido en su desarrollo. En cuanto a la verdad de lo que el informante enuncia, su importancia tendrá que ver con los objetivos de la investigación y el diseño de la entrevista misma, pero hay que señalar que no siempre es relevante que la información que produzca un informante se ajuste a los hechos narrados. Dice Giddens (1995) que “el ser humano es un agente intencional cuyas actividades obedecen a razones y que es capaz, si se le pregunta, de abundar discursivamente sobre esas razones (lo que incluye mentir sobre ellas)”.

La entrevista es pensada como una experiencia y se la inscribe en una dimensión interpretativa del hacer, en tanto que se plantea ir más allá de la descripción y busca relaciones a partir de las cuales (mediante el trabajo conceptual) conocer algo más de la estructura social o los colectivos en que se inscriben los procesos estudiados.

El énfasis de este procedimiento está puesto en una escucha por parte del investigador que conduzca a

reconstruir la complejidad de los procesos sociales en que se hallan inmersos los sujetos.

Algunos datos de la muestra piloto

La muestra de la prueba piloto fue seleccionada al azar y está compuesta por diez mujeres entre 19 y 33 años, dentro de las características demográficas se registra predominio de uniones libres o madres solteras, ocho con hijos menores de seis años y dos sin hijos. La mayoría dijo tener escolaridad primaria completa. Siete manifestaron estar desocupadas y tres se denominaron amas de casa. Todas corresponden al sector socioeconómico bajo de la población de La Plata y Gran La Plata, en la provincia de Buenos Aires, Argentina. No tienen seguro de salud y se atienden en el hospital público y en salas de atención de salud que se encuentran en la periferia de la ciudad.

Las entrevistas se prolongaron alrededor de una hora y media aproximadamente, fueron grabadas en audio, luego fueron borradas y codificadas. Las preguntas de las entrevistas se formularon en base a cuatro campos de indagación: a) cuidado de la salud, b) salud reproductiva, c) educación sexual, y d) demandas de atención de salud.

Los relatos y discursos de las mujeres de la muestra permitieron conocer ciertas imágenes y representaciones sobre el cuidado de la salud en general, la información sobre salud reproductiva y la educación sexual así como sus experiencias con el sistema de salud.

Al analizar los discursos lo primero que aparece es que la salud es vista como un valor cuando "se ve" la enfermedad. En general se muestra mayor motivación hacia la enfermedad que hacia la salud, al considerar que tienen problemas sólo cuando se sienten enfermas. Ante peligros evidentes la persona actúa y se protege rápidamente, más no ocurre lo mismo cuando el fenómeno no es reconocido como nocivo debido a que se está culturalmente adaptado a él (alcohol, cigarrillos, alimentación, higiene, hábitos, etc.) Decimos que en el proceso de objetivación y anclaje ese saber se ha *naturalizado* y los conceptos que lo componen se ontogenizan y toman vida automáticamente, se transforman en categorías sociales del lenguaje que expresan directamente la realidad.

Esto lleva a otro aspecto que revela el análisis empírico que es el referido a las paradojas en el comportamiento. La mayoría de las integrantes de la muestra reconocían tener información sobre una cuestión pero no poder actuar en consecuencia o no estar lo suficientemente convencidas para hacer aquello que beneficiaría su salud. Es muy frecuente observar que en aquellas situaciones de salud relacionadas con la prevención del consumo de cigarrillo, el SIDA y la salud reproductiva; de las cuales se ha hecho amplia difusión y acerca de las cuales

las personas se encuentran bien informadas al respecto de causas, síntomas y mecanismos de prevención; vemos como los comportamientos y las prácticas de las personas no se corresponden con esa información. Esto expresa con claridad las rupturas que obstaculizan la adopción de prácticas de cuidados ante eventos concretos.

La información es sólo una parte del complejo proceso de objetivación y anclaje; lo que se sabe tiende a organizarse en creencias que contradicen o confirman los conocimientos. La persona retiene de modo selectivo aquella parte de la información que más concuerda con su sistema de valores para luego descontextualizarla. La información seleccionada es estructurada y organizada en un esquema figurativo que está formado por las imágenes que reproducen visiblemente la estructura conceptual. El modelo figurativo permitirá concretar, al coordinarlos, cada uno de los elementos que se transforman en seres de naturaleza "los controles en el embarazo son necesarios", "las vacunas protegen a los chicos", "la higiene evita contagios", "la mujer entiende mejor a los chicos". Las figuras, elementos del pensamiento, se convierten en elementos de la realidad, referentes para el concepto. El modelo figurativo utilizado como si realmente demarcara fenómenos, adquiere un status de evidencia: una vez considerado como adquirido, integra los elementos de la ciencia en una realidad de sentido común. El anclaje, como segundo proceso, consiste por tanto en transformar lo que es extraño en familiar, en hacer inteligible lo que no es familiar. Además, lo que lo diferencia de la objetivación es "que permite incorporar lo extraño en lo que crea problemas, en una red de categorías y significaciones" (Moscovici, citado en Jodelet, 1984). El anclaje implica otro aspecto que se refiere a la integración cognitiva del objeto representado dentro del sistema de pensamiento preexistente y a las transformaciones derivadas de este sistema, ya que no se trata, como en el caso de la objetivación, de la constitución formal de un conocimiento, sino de su inserción orgánica dentro de un pensamiento constituido. Los sujetos se comportan según las representaciones, y su conducta es guiada por los sistemas de interpretación proporcionados por la representación. Ello se puede observar en los siguientes discursos que hemos registrado en la muestra piloto:

Trato de tomar poco alcohol y tendría que dejar de fumar... siempre digo pero no puedo dejar... no sé si se puede cambiar... creo que no. (24 años, estudios primarios completos, soltera, un hijo, desocupada, sector bajo.)

Comer y tomar cerveza... tendría que dejar... yo sé lo mal que hace pero no puedo, trato, pero no hay caso... en mi casa somos todos gordos... (26 años, estudios primarios incompletos, soltera, dos hijos, ama de casa, sector bajo.)

(...) usar profiláctico siempre, pero a mi marido no le gusta, dice que entre nosotros no hace falta... (30 años, estudios primarios incompletos, casada, empleada doméstica, dos hijos, sector bajo).

Con respecto a la perspectiva de género un dato de relevancia (aunque no novedoso) es que las mujeres se ubican como "cuidadoras" de la familia. El concepto de "cuidar de la familia, en especial a los chicos" es el núcleo central de la representación. Se ven como las "encargadas naturales" de los cuidados del cuerpo y de la alimentación, de transmitir los hábitos y la higiene cotidiana. La cultura ha propiciado el anclaje social que condiciona en la mujer un conjunto de comportamientos, creencias y actitudes con respecto al cuidado de los otros y al autocuidado. Las mujeres constituyen el eje estructurante de estos saberes, decisiones y conductas de atención, y los hogares son los espacios naturales en los que se desarrolla. La mujer se identifica y asume el rol de cuidar de los otros, en especial de apoyar y cuidar de los más débiles. Aquí la naturalización y el anclaje social de esta representación son muy claros:

Cuidar la salud, en el caso de mi hijo, que esté vacunado (por eso vine hoy acá). No dejar que se enferme si lo puedo vacunar. (31 años, estudios primarios completos, ama de casa, un hijo, sector bajo).

Cuido que coma todo lo que sea sano, que lo haga crecer... me da un poco de trabajo para comer... a veces me tengo que enojar para que coma... (25 años, estudios primarios completos, sector bajo, un hijo).

Yo no tengo miedo a enfermarme, me preocupan los chicos... yo soy grande, no hace falta que me cuide, ellos sí se pueden contagiar, enfermar... (31 años, estudios primarios completos, sector bajo, tres hijos).

Al hospital vengo por el nene, si no, por mí no vengo... doy vueltas hasta que se me pasa... pero con el nene no... vengo corriendo. (28 años, estudios secundarios incompletos, sector bajo, un hijo).

Consideramos que la relación entre la mujer y la salud debe ser considerada dentro del contexto más amplio de la condición y el estado de la mujer en la sociedad. Las circunstancias y las funciones sociales, económicas, etc. de la mujer, influyen en el estado de su propia salud y la de su familia y viceversa.

El diseño definitivo de la entrevista tuvo como eje algunas de las hipótesis de partida del estudio, y otras surgidas de la prueba del instrumento realizada. La misma permitió conocer las preguntas que suscitaban respuestas pertinentes al problema de investigación así como tener en cuenta las recurrencias a fin de agregar o modificar preguntas, y desechar los reactivos confusos que no ofrecían información de interés.

Dado que es un estudio exploratorio hicimos al mismo tiempo la recolección de datos y el análisis, con el fin de estar alerta a la novedad e incluirla.

Referencias

- Banchs, M. (2000). Aproximaciones procesales y estructurales al estudio de las representaciones sociales. *Peer reviewed Online Journal*, (9) ISSN 1021-5573.
- Benat, J. (1994). *Representaciones sociales de la relación salud-enfermedad*. Trabajo de Sintraelecol. Posgrado de salud ocupacional.
- Berger & Luckmann (1984). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Beriain, J. (1990). *Representaciones colectivas y proyecto de modernidad*. *Anthropos*.
- Bruner, J. (1991). *Actos de significado*. Alianza.
- Castoriadis, C. (1993). En Colombo, E. *El imaginario social*. Montevideo: Altamira.
- De Roux, G. (1994). La prevención de comportamientos de riesgo y la promoción de estilos de vida saludables en el desarrollo de la salud. *Educación médica y salud*. 28(2), 223-233.
- Delgado, J. & Gutiérrez, J. (1995). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Síntesis.
- Di Giacomo, J. (1987). Teoría, métodos y análisis de las representaciones sociales. En Páez, D. (1987). *Pensamiento, individuo y sociedad. Cognición y representación social*. Madrid: Fundamentos.
- Elejabarrieta, F. (1991). Las representaciones sociales. En Echabarría, A. *Psicología social sociocognitiva*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Farr, R. (1996). *Representaciones sociales, la tradición francesa de la investigación*. Traducción.
- Giddens, A. (1995). *La construcción de la sociedad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- INSALUD. URL <http://insalud.udg.mx/insalud3n2/recensiones.html>
- Jodelet, D. (1986). La representación social: fenómenos, conceptos y teoría. En Moscovici, S. *Psicología social*. tomo II. Barcelona: Paidós.
- Markova, I. (1996). En busca de las dimensiones epistemológicas de las representaciones sociales. En Páez & Blanco (eds.). *La teoría sociocultural y la psicología social actual*. Madrid: Fundación Infancia y Aprendizaje.
- Morant, N. (1998). Social representations of gender in the media: Quantitative and qualitative content analysis. En Miell, D. & Wetherell, M. (Eds.). *Doing Social Psychology*. London: Sage.
- Páez, D. (1987). *Pensamiento, individuo y sociedad. Cognición y representación social*. Madrid: Fundamentos.
- Reyes, N. & Liébano, S. (1999). URL <http://encolombia.com/foc2.1.htm>