

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/334469211>

# Las representaciones sociales de la salud: la salud como estrategia

Conference Paper · July 2019

---

CITATIONS  
0

READS  
41

1 author:



Luis Robledo

University of Valencia

8 PUBLICATIONS 6 CITATIONS

SEE PROFILE

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Social representations of the health [View project](#)

## Las representaciones sociales de la salud: la salud como estrategia

Robledo Díaz, Luis<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Universitat de València, Departamento de Sociología y Antropología Social. Avenida Tarongers, 4b 46021 Valencia. España., email: [Luis.Robledo@uv.es](mailto:Luis.Robledo@uv.es)

**Palabras clave:** Salud, representaciones sociales, capital salud, calidad de vida.

### Introducción

En esta ponencia, nos adentramos en la interpretación de la salud como objeto de representación social a partir del análisis de otras investigaciones sobre la temática, pero cuyos objetivos van dirigidos a la búsqueda de las representaciones sociales de enfermedades específicas como el SIDA, la hipertensión o las enfermedades mentales, en sectores concretos de la sociedad como jóvenes, adolescentes o trabajadores sanitarios. Asimismo, recurrimos a los resultados de una investigación propia donde nos propusimos identificar las representaciones sociales sobre la salud que posee un grupo de mayores de la ciudad de Valencia.

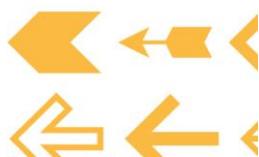
En este último estudio expusimos que la representación social de la salud, se conjuga en una compleja iconografía subjetiva cuya materia prima cognoscitiva se encuentra en la biografía del sujeto, en un múltiple soporte informativo y un saber diseminado por distintos puntos de la geografía social. El saber transmitido tiene en cualquier caso un carácter normativo. En él, el sujeto encuentra lo que es y no es, el ser y el deber ser, lo bueno y lo malo, lo correcto e incorrecto; y en ese saber, el sujeto se enfrenta a las contradicciones entre las prácticas sociales y los modelos representacionales de la realidad. La información coexiste con un modelo o estrategia de asimilación cuya función es la de otorgar sentido al conocimiento objeto de apropiación (Robledo, 2015).

Hemos establecido en tres las dimensiones desde las cuales puede construirse un modelo representacional de salud: la salud como estado, la salud como estrategia y la salud como institución. En esta ponencia expondremos algunas cuestiones derivadas de la segunda dimensión: la salud como estrategia.

### Capital salud y estrategia

El concepto *capital salud* contiene dos elementos básicos útiles para entender cómo se representa la salud en tanto descripción de los elementos constituyentes de su ser *en sí* – capital –, por un lado, y por el otro, los factores que a lo largo del tiempo van depreciando o revalorizando dicho capital – estrategia.

Todo individuo nace con un capital en salud determinado por la contribución genética y tiene un carácter marcadamente hereditario. Sobre ese capital, el sujeto puede realizar una serie de inversiones cuya eficacia hará posible una potenciación de los valores positivos de dicho stock inicial. Las inversiones no son más que las *estrategias* que el individuo toma como garantes del mantenimiento o mejora de ese estado de salud inicial, cuyo hándicap estará marcado por la ausencia de inversiones o paradigmas errados sobre los que se basen las *estrategias*, pero sobre todo por la variable *tiempo* reflejada en la edad. Este es el valor en el cual se irán concentrando todos los elementos depreciadores que tensarán el estado de salud hacia el *valor negativo* del mismo. (Guimaraes, 2009).



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

Similar situación puede presentarse en el consumo de alcohol, o la ausencia de actividad física o mental, el hábito de fumar o el consumo de drogas. En este último caso varios autores coinciden (Gallego, et. alt., 2001) en que existe una percepción de riesgo muy baja y poca o ningún rechazo en torno a su consumo independientemente del colectivo del cual se trate. Paradójicamente, se aprecia una vasta información sobre sus riesgos y una expresión de no deseabilidad de su consumo. Los jóvenes manejan datos sobre las secuelas de daños que puede provocar el consumo sustancias psicotrópicas, pero “se manejan con un mensaje ambivalente y justificativo al respecto”. El consumo de drogas, continúan Gallego, et. alt., es percibido como una práctica relacionada sobre todo con formas de implementación del ocio en espacios de diversión nocturna y asociadas al consumo de alcohol – estrategia de bienestar/salud fundada bajo una construcción metonímica del *me lo paso bien*.

La propia noción de estética corporal como forma representacional de la salud se construye sobre esta paradoja. Una alimentación basada en dicha estética puede proporcionar un valor añadido inmediato a esa idea de bienestar construido como forma saludable, aunque a medio y largo plazo pueda convertirse en un problema real de salud. Tal es el caso de la anorexia, la bulimia, o el consumo de sustancias que aceleran un estado físico – siempre estético – valorado socialmente como positivo, pero que en realidad conduce a un deterioro de ese capital inicial en salud.

### Cisco estratégico y calidad de vida

Parece evidente que, en el modelo representacional de salud, el componente estratégico modela su núcleo figurativo, pero, ¿qué subyace detrás de estas formas estratégicas? Siguiendo a James Fowler<sup>1</sup>, la historia está plagada de fracasos de aquellos paradigmas que han intentado llevar a la práctica un modelo estratégico único y universalmente válido. Por el contrario, es el reconocimiento de la diversidad y con ello la existencia de una pluralidad de estrategias con el mismo grado de “óptimo”, que aquella dada inicialmente como única, válida e incontestable, lo que realmente define la evolución de la especie humana.

El ejemplo utilizado Fowler para explicarnos esta variabilidad en el comportamiento está asociado al escenario político y a explicar por qué en determinadas circunstancias

<sup>1</sup> V. entrevista a James Fowler en <http://www.terceracultura.net/tc/?p=858>



optamos por enfoques más progresistas y en otras por caminos más conservadores, o simplemente la razón por la cual nos adherimos o no a movimientos políticos. Pero la tesis de la evolución basada en la diversidad de estrategias nos sirve para plantearnos como mínimo dos principios:

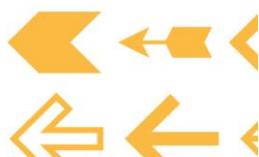
- La salud como representación está narrada en torno a comportamientos que describen estrategias plurales, las cuales no son necesariamente coherentes entre sí e incluso pueden llegar a ser antagónicas;
- Dicha pluralidad es intrínseca al desarrollo evolutivo, y las instituciones, desde las cuales se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

En esta especie de lucha por la sobrevivencia que se establece entre los distintos modelos estratégicos comportamentales es lo que caracteriza a la salud como representación en su dimensión estratégica. De tal manera, en la representación social de la salud no encontraremos “una” estrategia, sino varias en constante disputa por establecerse como hegemónicas; una es la explícita, la que se expresa normalmente en concordancia con el modelo social dominante o el paradigma científico en boga, pero en la conducta, en la praxis real, el panteón de estrategias emerge y es ponderada cada una para ser elegida según las circunstancias, las necesidades o los objetivos que el sujeto tiene planteado.

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

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

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



natural de alimentación humana, curiosamente utilizando los mismos argumentos con los que suelen desacreditar a las demás.

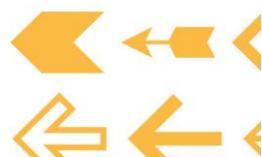
Las nuevas patologías del último siglo, también se corresponden con las modificaciones del estilo de vida. La salud se construye en torno a la competencia, descrito por Moscoso & Moyano (2009) como “circuito de adquisición de méritos” que fuerzan al individuo a entender el logro de determinados objetivos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

A ello ha de sumársele el *miedo*, como nueva forma de *dolor*, a la pérdida de determinados bienes materiales construidos socialmente como vitales y sin cuya posesión el individuo siente que ha entrado en un estado de muerte civil. Es el materialismo contemporáneo, la ansiedad por tener más, mejor y sobre todo “a tiempo”, la causa principal de ciertas patologías típicas de la era actual. Es, en suma, la irrupción de lo que se ha dado en llamar *calidad de vida* (Moscoso & Moyano, 2009), y cuyo contenido ha servido como argumento de construcción de la sociedad moderna actual. De hecho, si hasta hace relativamente poco tiempo la función de la medicina era la cura de enfermedades y la creación de estrategias médicas para su prevención, hoy en día se le exigen “producto agregados”, un suplemento: vamos al médico no sólo a que nos repare una funcionalidad perdida, sino a que nos devuelva una estética o nos corrija una que no es de nuestro agrado.

El concepto de *calidad de vida* nace con el objetivo de hacer visible cierto grado de “inhumanidad” de los tratamientos médicos y de la importancia que para el sujeto cobra no sólo estar vivo, sino hacerlo en condiciones “aceptables”, esto es, con capacidad para poder moverse libremente, no padecer dolor, etc. Sin embargo, a ello se le ha agregado el indicador corporal: la calidad no sólo está en sentirnos bien – ausencia de dolor – sino transmitir a través de los signos corporales, que nos sentimos bien. La aceptación social es uno de los inductores de dicha variable, pero teniendo en cuenta que la sociedad actual es por definición una sociedad que se alimenta de la apariencia de lo que somos, de un sofisma estético, la aceptación social vendrá determinada por ella y a su vez los gradientes de calidad se moverán más en valores positivos en la medida en que esa apariencia esté acorde con los referentes sociales, y más en negativo cuando no cumpla con dicho modelo. La autoestima, valor fundamental en la calidad, inevitablemente se moverá alrededor de estos argumentos.

### Conclusiones

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





### Bibliografía

Gallego, E., Hofstadt, C. Estévez, C., López, C. & García del Castillet, J. (2001). Representación social de la droga: posibilidad de aplicación práctica de un constructo eminentemente teórico. *Salud y Drogas*, 1(2), 275-286.

Guimaraes, R. (2009). Capital de salud, expansión y compresión de la morbilidad. *Medwave*. Ago;9(8). doi: 10.5867/medwave.2009.08.4070

Moscoso, D. & Moyano, E. (coord.) (2009). *Deporte, salud y calidad de vida*. Barcelona: Fundación La Caixa.

Robledo, L. (2015). Representaciones sociales de la salud: la salud como objeto de representación. *Agathos, atención sociosanitaria y bienestar*. 2015(3), 44-51.

