



LA VEU DELS NENS: EXPERIÈNCIES DELS ESCOLARS DE PRIMÀRIA AL VOLTANT DE LA SALUT

Araceli Muñoz Garcia

Dipòsit Legal: T 1583-2015

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

WARNING. Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.

Araceli Muñoz Garcia

LA VEU DELS NENS:
EXPERIÈNCIES DELS ESCOLARS
DE PRIMÀRIA AL VOLTANT DE LA SALUT

TESI DOCTORAL

Dirigida per la Dra. Cristina Larrea Killinger



Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona 2015

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

LA VEU DELS NENS: EXPERIÈNCIES DELS ESCOLARS DE PRIMÀRIA AL VOLTANT DE LA SALUT

Araceli Muñoz Garcia

Dipòsit Legal: T 1583-2015

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

LA VEU DELS NENS: EXPERIÈNCIES DELS ESCOLARS DE PRIMÀRIA AL VOLTANT DE LA SALUT

Araceli Muñoz Garcia

Dipòsit Legal: T 1583-2015

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

LA VEU DELS NENS: EXPERIÈNCIES DELS ESCOLARS DE PRIMÀRIA AL VOLTANT DE LA SALUT

Araceli Muñoz Garcia

Dipòsit Legal: T 1583-2015

Araceli Muñoz Garcia

La veu dels nens:
Experiències dels escolars de primària
al voltant de la salut

TESI DOCTORAL

Dirigida per la Dra. Cristina Larrea Killinger

Departament
d'Antropologia, Filosofia i Treball Social



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona

2015



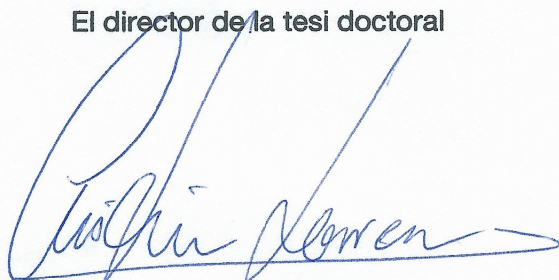
**Departament d'Antropologia,
Filosofia i Treball Social**

Facultat de Lletres,
Avinguda Catalunya, 35
43002 Tarragona

FAIG CONSTAR que aquest treball, titulat "La veu dels nens: Experiències dels escolars de primària al voltant de la salut", que presenta Araceli Muñoz Garcia per a l'obtenció del títol de Doctor, ha estat realitzat sota la meva direcció al Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social d'aquesta universitat.

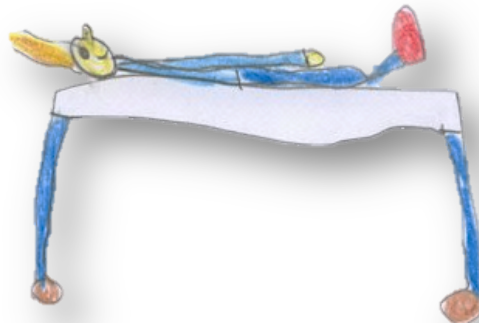
Barcelona, 23 de març de 2015

El director de la tesi doctoral



Dra. Cristina Larrea Killinger

Índex



I. Agraïments	9
II. Introducció	11
III. Fonamentació teòrica	19
III. 1. Introducció: La fenomenologia i la seva incorporació a una proposta dialèctica	20
III. 2. Aportacions de la fenomenologia a l'antropologia	23
III. 3. Schütz i Merleau-Ponty: contribucions de la fenomenologia a les ciències socials	33
III. 4. L'acostament de la fenomenologia a l'antropologia mèdica	49
III. 4. 1. Fenomenologia i cos	49
III. 4. 2. Experiència intersubjectiva, patiment i malaltia	54
III. 4. 3. Dimensions col·lectives de l'experiència	59
III. 5. Propostes dialèctiques entre diferents aproximacions analítiques	64
IV. Salut i malaltia: les diferents dimensions de l'experiència	77
V. Aproximació teòrica i metodològica a l'estudi amb nens	87
VI. Els mètodes	97
VI. 1. Introducció	98
VI. 2. La mostra	102
VI. 3. Consideracions ètiques	112
VI. 4. L'entorn: l'escola	115
VI. 5. Les entrevistes qualitatives semi-estructurades	117
VI. 5. 1. El mètode de la Teoria Fonamentada	122
VI. 6. Els dibuixos	132
VI. 6. 1. La tècnica "draw and write"	133
VI. 7. Els llistats lliures	139
VI. 7. 1. L'anàlisi de Dominis Culturals	140
VI. 7. 2. La tècnica dels llistats lliures o <i>freelisting</i> s	142
VI. 7. 3. L'anàlisi de consens cultural	149

VII. Els/les nens/es i la salut: les diferents dimensions de l'experiència	157
VII. 1. L'experiència al voltant del cos, la salut i el risc	158
VII. 1. 1. El cos sa i el cos poc sa	158
VII. 1. 2. El que és saludable i el que és perjudicial per a la salut	182
VII. 1. 3. Els riscos, els perills i els accidents	212
VII. 1. 4. Els consells al voltant de la salut	226
VII. 1. 5. La cura de la salut: entorn i responsabilitats	232
VII. 2. Les pràctiques autoreconegudes al voltant del cos i la salut	241
VII. 2. 1. La salut: hàbits i comportaments autoreconeguts	241
VII. 2. 2. La cura del cos: hàbits i comportaments autoreconeguts	250
VII. 3. Les narratives al voltant del cos, el malestar i el patiment	256
VII. 3. 1. La percepció i el coneixement del propi cos	256
VII. 3. 2. Els relats sobre patiment, malestar i aflicció	260
VIII. Síntesi i discussió dels resultats	275
IX. Conclusions	302
X. Referències bibliogràfiques	308
XI. Annex	327
XI. 1. Llistats lliures sobre els signes, hàbits, comportaments i estats d'ànim que els/les nens/es reconeixen en una persona sana i en una persona poc sana, segons edat i sexe	328
XI. 2. Llistats lliures sobre el que consideren els/les nens/es que et manté sa i el que és perjudicial per a la salut, segons edat i sexe	336
XI. 3. Llistats lliures sobre les persones que els/les nens/es consideren que tenen cura de la seva salut, segons edat i sexe	344
XII. Índex de taules i figures	348

“A story has no beginning or end: arbitrarily one chooses that moment of experience from which to look back or from which to look ahead” (Greene, 1951: 7)

I. Agraïments



Després d'una comesa com aquesta, tan dilatada al llarg del temps i que ha cobert algunes de les etapes de la meua vida, sento que he de mostrar el meu agraïment a molta gent. Per començar, expresso la meua sincera gratitud a l'escola on vaig dur a terme el treball de camp i als nens i nenes que van participar desinteressadament, i sobretot a l'amabilitat del seu director, en José Luis, que em va obrir les seves portes i em va oferir tot allò que vaig necessitar. També vull agrair el suport que he rebut dels meus familiars, amics i companys, tant dels que són com dels que ja no són amb nosaltres. Al patiment dels meus pares, el Toni i la Carmen. A la incondicionalitat del meu marit, en Jordi, que mai no va perdre l'esperança que aquesta tesi pogués tenir un final. Als meus fills, en Marc i la Marta, per les llargues hores que els he fet passar a les biblioteques sense cap queixa per part seva. A les meves germanes, la Lourdes, la Eugènia i la Teresa, i als meus oncles i cosins pel seu afecte. Al meu sogre, en Jordi, pels plàcids dies d'estiu estudiant a les golfes de la seva masia de Sant Miquel de Cruïlles. A la simpatia dels meus amics i amigues: per a aquells que em van donar ànims dient-me "vinga, que ja et queda poc"; per als que em feien broma comentant "si algun dia termines la tesi, et farem una festa" i inclús per als que em preguntaven "però encara estàs amb la tesi?, vols dir que algun dia l'acabaràs?". Als meus camarades d'infància i joventut, l'Ágata, la Toni i l'Adrià, que durant tots aquests anys m'han mostrat què és realment important a la vida. A la Maite, per estar al meu costat i poder comptar amb ella en qualsevol moment. A la Flora Muñoz, per totes les hores d'estudi que vam compartir. Gràcies al Jaume Mascaró pels seus savis consells i les seves agradables converses. A les meves companyes del grup de recerca, l'Eva Zafra, la Lina Masana, l'Arantza Begueria, l'Aina Palou, la Lina Casado i la Viola Casseti, pel que m'han aportat els seus comentaris. A la Júlia Solans per la seva inestimable ajuda en el disseny de la coberta. Al Josep Maria Comelles pel seu interès i la seva paciència. A l'Àngel Martínez per tot el que he arribat a aprendre d'ell. Però, sobretot, la meua sincera gratitud a la Cristina Larrea per la seva dedicació, preocupació i coneixements, demostrant que, més enllà de ser una fantàstica directora de tesi, ha estat i és, abans de res, una gran amiga. Finalment, dedico aquest treball al nen que hem estat alguna vegada i que encara resta en cadascú de nosaltres.

*"...i sóc infant encara, i no puc fer-ne esment.
Cavallet de cartró, tu em sabies la joia:
si ara jugués a córrer, què diria la gent...
Trobaran molt millor que estimi alguna noia
tant si és bella com no - cavallet tot pintat,
campaneta daurada - i que us deixi al terrat"
("Pantalons llargs", Salvat-Papasseit, 1921)*

II. Introducció



En aquesta tesi s'ha tractat d'explorar tota una sèrie de continuïtats observades en la forma en què la salut, el patiment i la malaltia són viscuts quotidianament pels nens i nenes. Aquestes experiències al voltant de la salut estan vinculades no només amb altres experiències, sinó també amb un conjunt de significats compartits, de representacions culturals i de pràctiques socials, que interactuen entre si per tal de configurar la realitat del nen entorn la salut i la malaltia com a objectivació social i com a experiència viscuda.

Per tal d'indagar com s'arriben a construir les percepcions dels nens i nenes sobre salut, i com aquests/es s'involucren i intervenen en aquestes construccions, s'ha analitzat com, en les seves vides diàries, gestionen els significats entre les seves experiències subjectives, les pràctiques col·lectives i les representacions socioculturals. S'ha tractat de comprendre com els/les nens/es experimenten i viuen els diferents elements que conformen les representacions col·lectives en salut i que aporten sentit a la seva realitat quotidiana. Tanmateix, s'ha indagat en els vincles existents entre aquesta experiència viscuda, les activitats i accions que les modelen i les guien i les representacions socials com a constructores de realitat.

Una sèrie d'aportacions teòriques han estat utilitzades en l'estudi de les diferents dimensions d'anàlisi d'aquest treball i han contribuït a la construcció d'una perspectiva que tingui en compte tant les experiències viscudes dels/les nens/es sobre salut, patiment i malaltia, com la seva relació amb els significats i les representacions socioculturals al voltant d'aquests temes. Per una banda, s'ha fet servir un acostament a una comprensió de les experiències de salut i malaltia com a realitat intersubjectiva que ens permeti copsar les diferents percepcions sobre salut dels nens i nenes i veure les connexions existents entre les seves experiències subjectives i la realitat social i institucional amb els que es troben vinculades. D'aquesta manera, s'ha tractat de portar a terme una aproximació a la fenomenologia, per tal d'aprofundir en els conceptes d'experiència, d'intersubjectivitat i de cos, els quals funcionen, com es veurà més endavant, com a elements unificadors del fonament existencial de la persona i de la cultura. Com apunta Good (2003), una perspectiva fenomenològica ens acosta a explicacions al voltant de l'experiència, així com del seu context i estructura, i a reflexions sobre les relacions intersubjectives entre experiència i significat.

Per altra banda, també s'ha tractat de recollir tot un seguit de propostes dialèctiques de diversos autors que integren i combinen diferents nivells d'anàlisi o aproximacions analítiques dins les ciències socials, per tal d'apropar-se a una comprensió tant de l'experiència fenomenològica com a base de l'ésser-al-món, com dels seus contextos, circumstàncies socials i processos institucionals. El fet de tenir també en compte aspectes com el poder, l'estructura o la història, pot permetre arribar a entendre aspectes com, per exemple, la manera en què les pràctiques conformen l'experiència de les persones o com s'exerceix el poder, la regulació i el control. En aquest sentit, poden ajudar a entendre com els discursos sobre la normalitat provinents de les institucions socials participen en la configuració de les experiències al voltant de la salut i la malaltia (Heyes, 2007). Tal com assenyala Becker (1997) aquests discursos normalitzadors esdevenen fonamentals en la formació i transformació de l'experiència de la salut i la malaltia de les persones, ja que participen en l'estructuració i construcció de la seva realitat i en la constitució de les interpretacions i explicacions sobre el món en què viuen, aportant sentit als diferents esdeveniments i experiències dins de les seves vides quotidianes.

Un altre aspecte importat d'anàlisi és que s'ha tractat d'examinar aquestes relacions existents entre les experiències viscudes i els diferents elements i processos socials que actuen sobre elles, sense obviar el paper que poden tenir els nens i nenes en la construcció de la seva realitat. Un fet determinant en el desenvolupament d'aquesta investigació ha estat, així, el fet de partir d'una aproximació centrada en els nens com a actors socials competents amb una participació activa en la vida social i amb un paper important en la construcció dels seus mons i relacions (Mayall, 1999). Per tant, s'ha apuntat que, en les experiències de salut de la seva vida quotidiana, els nens no només són mers descobridors dels significats que provenen de la seva realitat, sinó també són creadors d'aquests significats, a través de les seves pròpies interpretacions i comprensions del món que els envolta. Alguns autors, com Mayall (1993, 1994, 1998), Williams & Bendelow (2000, 2003), Backett-Milburn (2000), Christensen (2000) o Mitchell (2006) entre d'altres, han traslladat a l'àmbit de les ciències socials i la salut part del debat sobre el paper actiu dels nens com a constructors de la seva realitat, ressaltant la necessitat d'arribar a desenvolupar formes d'investigació que ens apropin més a com aquests negocien la salut en les seves vides (Williams & Bendelow, 2000).

D'aquesta manera, en aquest treball s'han fet servir un conjunt de mètodes i tècniques d'anàlisi que han permès fer sentir la veu dels nens i nenes. Per una banda, s'ha portat a terme

entrevistes semi-estructurades i dibuixos -mitjançant tècniques “draw and write”-, per tal d’obtenir informació sobre la forma en què la salut, el patiment i la malaltia són viscuts en les experiències quotidianes dels/les nens/es, així com de les relacions existents entre les experiències viscudes, els significats i representacions compartits, i certes pràctiques socials, que interactuen per tal de conformar la realitat del nen. Les dades resultants d’aquestes entrevistes i dibuixos han estat analitzades mitjançant mètodes i estratègies de la Teoria Fonamentada (Grounded Theory), uns dels més utilitzats dins les ciències socials, segons Bernard i Ryan (2010), a l’hora de recol·lectar i analitzar dades sobre l’experiència de les persones. Com France et al. (2000) apunten, la Teoria Fonamentada és un dels millors mètodes a l’hora de treballar amb nens, ja que permet posar els seus punts de vista en el centre de l’anàlisi i que aquests participin com a interlocutors de les seves experiències.

Per altra banda, de cara a conèixer les experiències col·lectives i les representacions socioculturals sobre salut dels nens i nenes i arribar a comprendre com aquests incorporen significats col·lectius en les seves pròpies experiències, també s’han realitzat llistats lliures, seguint l’anàlisi de dominis culturals, amb els que s’han pogut explorar les categories més rellevants que els nens/es fan servir a l’hora de parlar al voltant de la salut i obtenir els principals ítems o elements compartits i considerats importants per a aquests dins de cada categoria o domini cultural. Així, un element fonamental d’aquestes tècniques de cara a aquest treball és que, en tractar-se d’un contingut donat pels mateixos informants, va permetre l’apropament a una perspectiva construïda i compartida pels nens i nenes participants.

Malgrat que les entrevistes han representat una part central de la recerca, tots els mètodes i tècniques utilitzats han estat, en el seu conjunt, fons complementàries d’informació que han permès aprofundir en els diferents continguts i dimensions d’aquest treball; i les dades resultants de cadascun d’aquests mètodes i tècniques han estat analitzades, d’aquesta manera, no de manera individual, sinó conjunta i combinada, en relació unes amb altres.

El treball de camp va tenir lloc en una escola pública de l’àrea metropolitana de Barcelona, on es va treballar amb una mostra intencionada o propositiva de 30 nens i nenes d’aquest centre educatiu, d’edats compreses entre els 6 i els 12 anys, amb la finalitat de trobar la màxima variació i heterogeneïtat i obtenir un mostra equilibrada amb una representació similar entre sexes, grups d’edat, condicions socioeconòmiques i nivell educatiu dels pares.

Per tal d'arribar a aprofundir en com es construeixen els significats al voltant de la salut i la malaltia en la vida dels nens -tant en aquells aspectes que fan referència a la seva quotidianitat com en aquells successos o episodis més extraordinaris o trencadors que han suposat una alteració en les seves vides-, i examinar les connexions existents entre les seves experiències subjectives i les objectivacions procedents dels discursos existents sobre la salut, s'han explorat tota una sèrie de temes entorn de les vivències dels nens i les nenes.

Tenint en compte que, com apunta Kleinman (1997), els significats culturals construeixen categories morals i conformen les pràctiques i experiències com a normals o com a patològiques s'ha indagat, per una banda, en un conjunt de qüestions al voltant de com els nens i nenes defineixen què és la salut i descriuen la normalitat i l'anormalitat, com configuren el que és un cos i uns hàbits sans o poc sans, i per un altra, en com aquestes concepcions conformen la seva realitat i la seva manera d'ésser-al-món. S'ha tractat d'observar, així, aquells elements que els/les nens/es associen amb un cos sa o poc sa; determinats signes físics, hàbits, capacitats, comportaments i estats d'ànims que formen part de les seves experiències i representacions sobre salut i que determinen la manera d'entendre la realitat corporal del que és saludable o poc saludable: com experimenten i interpreten el seu cos i la seva salut, la manera en què perceben i senten la salut i els cossos dels altres i, tanmateix, com pensen que ells i la seva salut són percebuts pels altres.

També s'ha examinat què és el que els/les nens/es consideren que els manté sans i els pot ajudar a assolir un estat de benestar o què és el que pot ser perjudicial per a la seva salut, per tal d'analitzar com allò que entenen per estar/o no estar sa es troba vinculat amb tota una sèrie de principis acceptats per aquests (estats físics, estils de vida saludables, pràctiques per al manteniment del cos...), sobre el que pot repercutir, positivament o negativament, en l'estat de salut dels cossos.

Els perills són uns dels elements que participen en la configuració d'aquestes percepcions dels nens del que pot afectar a la salut, on es considera les possibles amenaces existents per a les vides de les persones. D'aquesta manera, s'ha explorat el que els nens i les nenes consideren perillós, i les seves diferents narratives en relació a aquestes percepcions sobre el perill i les situacions que poden posar en risc la seva salut i les seves vides, on fan referència tant a possibles accidents -o a aquelles actituds que poden portar a aquests accidents-, a hàbits

considerats negatius, o al fet d'estar en un entorn que pugui ser perjudicial. Aquestes percepcions del que pot ser perillós per a la seva salut solen estar vinculades a alguns aspectes dels discursos al voltant del risc com a objecte de normalització de les pràctiques en salut (Lupton, 1993, 1999b).

S'ha volgut veure, així, com una sèrie de principis externs arriben a ser internalitzats pels nens i nenes, mitjançant les interpretacions dels discursos i les pràctiques al voltant de la salut. Segons Sachs (1995), les diferents formes en què les persones perceben i experimenten la salut com a una realitat objectiva donada per descomptada és un reflex de com els discursos han estat interpretats i interioritzats per aquests en les seves vides quotidianes. S'ha tractat d'observar, per tant, com els discursos sobre salut arriben a naturalitzar-se mitjançant l'aprenentatge d'una sèrie de pràctiques, que finalment esdevenen rutines o hàbits diaris que comparteixen amb els altres en les seves vides quotidianes. D'aquesta manera, s'han examinat els diferents coneixements al voltant de la salut que arriben als nens i nenes tant mitjançant els discursos dels adults –per exemple a través de consells, advertiments i recomanacions rebuts-, com de les pràctiques i activitats quotidianes que realitzen, i que solen estar sota supervisió del món adult. Seguidament, s'ha aprofundit en una sèrie de pràctiques autoreconegudes pels/les nens/es sobre hàbits i comportaments al voltant de la seva salut i la cura del seu cos.

Com assenyalen Petersen i Lupton (2000), és a partir dels discursos i pràctiques al voltant de la salut, que les institucions han construït tota una sèrie de judicis morals al voltant de l'autoregulació i autocontrol dels individus, dels seus cossos i la seva salut com a deure, com a quelcom sobre la qual s'ha d'actuar, i on el mateix individu ha de tenir com a objectiu cercar un estat de bona salut. Per tant, es tracta d'una concepció que porta, segons Mitchell (2006), a que les nocions d'autocura i responsabilitat individualitzada ocupin una posició central en la percepció dels nens sobre el paper que han de tenir en la seva salut. És en aquest sentit que s'ha explorat com aquests assignen les responsabilitats sobre la cura de la salut del seu cos. S'ha tractat d'aprofundir en el sentit d'autocontrol i autocura per part del nen a l'hora de mantenir el seu cos sa i en el seu sentiment d'autoculpa pel fet de no estar sa o d'haver emmalaltit. Tanmateix, s'ha indagat també quines són les responsabilitats i tasques que els/les nens/es pensen que depenen d'ells, així com el paper de la família, els metges o els mestres a l'hora de protegir o donar suport en la cura de la seva salut.

Dins dels discursos i pràctiques sobre la salut al voltant de l'autoregulació i l'autocura, Lupton (1995, 1999b) ressalta com el cos ha esdevingut una de les principals preocupacions i objecte de gestió i intervenció, on les tècniques de regulació dirigida a les seves pràctiques proveeixen als individus d'una forma d'avaluar i controlar els seus propis cossos lligada als discursos dels experts. És en relació a la importància que se li dóna al cos en aquestes feines d'autocura i manteniment de la seva salut, que s'ha explorat quines són, segons els nens i nenes, les responsabilitats que tenen en la cura del seu cos, com s'impliquen en les activitats per preservar el seu benestar, com prenen accions de control sobre ell, i com porten a terme pràctiques corporals saludables.

Però, a més, com assenyala Leder (1990), el cos és quelcom que està sempre present en el desenvolupament de les interaccions de cada dia, i és fonamental en l'experiència de la persona, malgrat estar, a la vegada, fenomenològicament absent en les activitats del món quotidià. Els/les nens/es, a l'igual que els adults, procedeixen i actuen en les seves vides quotidianes sense parar esment als seus cossos i donant-los per descomptat com a part d'ells mateixos. S'ha examinat com, encara que el cos, com a element o propòsit temàtic apareix poc en la normalitat de l'experiència diària dels nens, aquest no és completament absent o inexistent, i, en certa manera no reflexiva, tenen consciència del seu cos com allò seu que li permet interaccionar amb la seva realitat. D'aquesta manera, s'ha explorat també com els/les nens/es reflexionen sobre els seus cossos i se'ls hi ha interrogat al voltant de les percepcions i coneixements que tenen d'aquest, de com està conformat i de com funciona.

Segons Leder (1990) les persones poden arribar a ser més conscients dels seus cossos en els moments de disfunció, dolor o malaltia, quan esdevenen quelcom al que es para més esment. És, per tant, quan el nen experimenta patiment o emmalalteix que pren una major consciència del seu cos i l'experiència d'aquest està més present, on al mateix temps que el cos conegut és alterat, aquestes experiències pertorbadores trenquen també amb el cada dia de la vida quotidiana del nen i amb la realitat que la comprèn. Com Good (2003) subratlla, és mitjançant el cos que la malaltia i el patiment és experimentat i viscut, però, a més, en ser el cos el fonament de l'experiència de l'individu en el món, la malaltia o el dolor no només afecta el cos sinó a la vida quotidiana i a l'experiència viscuda.

D'acord amb Kleinman (1988), una pertorbació com el patiment, el dolor o la malaltia pot treure a la persona fora de la vida de sentit comú de la realitat que l'envolta i soscar les

rutines i objectius de la seva quotidianitat. Segons Bendelow i Williams (1995), aquestes situacions poden portar, així, a l'alteració del que es dona per descomptat, a la modificació de les biografies, a que l'experiència adquireixi nous significats, i a una redefinició del espai i temps, així com de les relacions amb els altres. És en aquest sentit que en aquest treball també s'ha tractat d'indagar en els diferents relats sobre patiment i afliccions dels nens i nenes, que narren sobre aquelles experiències de commoció o pertorbació que han irromput en les seves vides, i on fan referència al malestar causat per malalties comunes, lesions provocades per accidents o intervencions quirúrgiques, però també a altres estats o sentiments com la soledat, la tristesa, la por, el cansament o la ira, així com a alguna adversitat o esdeveniment que hagi tingut un impacte negatiu en les seves vides quotidianes.

III. Fonamentació teòrica



III. 1. Introducció: La fenomenologia i la seva incorporació a una proposta dialèctica

Com ja s'ha apuntat, l'objectiu d'aquesta tesi s'ha centrat a examinar com els nens i les nenes viuen les seves experiències quotidianes al voltant de la salut, el patiment i la malaltia, les quals es troben vinculades tant amb altres experiències, com també amb un conjunt de significats compartits, de representacions culturals i de pràctiques socials, que interactuen entre si per tal de conformar la realitat del nen. Per tal de portar a terme un acostament, tant a les experiències viscudes dels/les nens/es, com a les seves connexions amb aquests significats i representacions, s'ha fet servir una aproximació a una comprensió de les experiències de salut i malaltia com a realitat intersubjectiva. És aquesta comprensió com a experiència intersubjectiva que ens permet copsar les diferents percepcions sobre salut dels nens i nenes i veure les connexions existents entre les seves experiències subjectives i la realitat social i institucional amb què es troben vinculades.

En l'estudi de les diferents dimensions d'anàlisi d'aquest treball, s'ha utilitzat una sèrie de contribucions teòriques, que han permès la construcció d'una perspectiva que tingui en compte tant les experiències de salut viscudes pels/les nens/es, com les representacions culturals i les relacions socials que les conformen.

Per una banda, s'ha tractat de portar a terme una aproximació a la fenomenologia, per tal d'aprofundir en els conceptes d'experiència, d'intersubjectivitat i de cos, els quals funcionen com a elements unificadors del fonament existencial de la persona i de la cultura. D'aquesta manera, s'ha analitzat la relació de la fenomenologia amb les ciències socials i, en concret, el seu paper dins l'antropologia mèdica, de cara a entreveure com una proposta de caràcter fenomenològic pot arribar a ser d'utilitat en aquesta recerca; àdhuc la dificultat que comporta a vegades treballar des d'un corrent teòric amb uns marges tan difusos com la fenomenologia. Com assenyalen Kleinman i Kleinman (1991), malgrat alguns dels seus aspectes complexos i confusos, la proposta fenomenològica pot arribar a ser molt profitosa quan és portada encertadament al camp antropològic.

Una perspectiva fenomenològica ens acosta a explicacions al voltant de l'experiència – així com del seu context i estructura-, i a reflexions sobre les relacions intersubjectives entre experiència i significat, on el cos, com a subjecte d'experiència i significat previs a la

representació, esdevé fonamental (Good, 2003). Com Csordas (1994, 2001) subratlla, més enllà dels objectes i les representacions, la cultura roman també en totes aquelles experiències perceptives del cos mitjançant les quals aquestes representacions s'esdevenen. Aquest autor apunta, seguint a Kleinman (1997)¹, que la significació de què dota l'experiència² constitueix un enllaç entre les representacions culturals, les subjectivitats i els processos corporals (Csordas, 2004b). Per tant, segons Csordas (1994, 2001), una aproximació des de l'experiència³ pot proporcionar una alternativa a l'excessiva presència que la representació ha tingut dins de l'antropologia, on no es tractaria de substituir la representació, sinó de proporcionar-li un concepte que la complementi, i que permeti entendre la cultura, més enllà de l'objectivació, com a experiència viscuda. Com també apunten Kleinman i Fitz-henry (2007: 14), un marcat accent en la representació cultural fa que se subestimi el significat de l'experiència, obviant la necessitat d'una conceptualització d'aquesta on “... the collective and the individual are intertwined and run together and in which power and meaning are not placed in theoretical opposition but are shown to be intimately linked in an intersubjective matrix”.

Segons Kleinman (1997, 1998), el fet que en la conformació de l'experiència interactuïn tant les representacions culturals, els processos col·lectius, com les subjectivitats, fa que l'experiència sigui, al mateix temps, social i subjectiva; on dóna forma i transforma, a la vegada que és formada i transformada pels aspectes socials, polítics i culturals. D'aquesta manera, l'experiència forma part de la vida i pràctiques quotidianes, i sempre es desenvolupa dins d'espais socioculturals particulars (Biehl, Good & Kleinman, 2007; Kleinman & Fitz-henry, 2007). Les categories consolidades per les normes socials, conformen l'experiència, i és aquesta mateixa experiència construïda culturalment la que valida els discursos i les pràctiques d'aquestes categories objectivades (Kleinman, 1995). Kleinman (1997) apunta, així, a la

¹ Kleinman (1997: 326) remarca com, en el flux dialèctic de l'experiència, “...cultural representation, transpersonal relations, and embodied subjectivity interact so as to transform experience”.

² Per Csordas (2004a: 5) aquesta dotació de significat de l'experiència no rau únicament en les representacions sinó també “ ... in the way we stand, the way we move, in our sinews, the way we deploy our senses across the field of perception, in how we orient toward and take up the material conditions of our existence, how we resist or yield to the external forces that seek to dominate our lives, how we inhabit space and make it our own, the way we touch each other, dance with each other, wound each other, suffer alone or with each other”.

³ Com es veurà més endavant, es tracta d'una aproximació a l'experiència mitjançant el terme fenomenològic d'èsser-al-món.

dimensió col·lectiva de l'experiència, a com aquestes experiències socials són configurades per les representacions culturals; i també a com els diferents discursos i pràctiques socials conformen i transformen la vida quotidiana de les persones i la seva manera d'ésser-al-món (Kleinman, Das i Lock, 1997).

És així que, per Kleinman (1992a, 1997), les normes socials existents envolten la normalitat i la patologia, modelant les distincions entre salut i malaltia. Altres autors com Becker (1997) o Heyes (2007) també apunten a com els discursos sobre la normalitat configurats per les institucions socials són fonamentals en la formació i transformació de l'experiència de la salut i la malaltia. En aquest sentit, Good (1981, 2003) assenyala la importància d'analitzar els discursos mèdics, les seves estructures simbòliques, les realitats que conformen i transformen, les institucions que els legitimen i des d'on s'apliquen, i les relacions de poder que es creen⁴.

D'aquesta manera, també s'ha tractat de recollir tot un seguit de propostes dialèctiques de diversos autors que integren i combinen diferents nivells d'anàlisi o aproximacions analítiques dins les ciències socials, i que volen tenir en compte tant l'experiència viscuda formulada des de la fenomenologia, com els contextos d'aquesta i les estructures polítiques i socials que reproduïxen i regulen els cossos i les societats, per tal d'aportar comprensions més globals i evitar concepcions dicotòmiques. Així, propostes com les de Williams i Bendellow (1998, 2000), Turner (2001a, 2001b, 2006) o Crossley (1996), entre altres, aposten pel diàleg entre una comprensió, per una part, de l'experiència fenomenològica com a base de l'ésser-al-món, i, per una altra, de les representacions culturals, les circumstàncies socials i els processos institucionals, tenint en compte aspectes com el poder, l'estructura o la història, per tal d'arribar a entendre, per exemple, les pràctiques que tipifiquen l'experiència de les persones o com s'exerceix el poder, la regulació i el control.

⁴ A opinió de Good (1981), els treballs de Foucault són una gran aportació a una perspectiva històrica i política sobre les pràctiques discursives mèdiques i la construcció i representació dels seus objectes.

III. 2. Aportacions de la fenomenologia a l'antropologia

Encara que no es pot parlar de l'existència d'un corrent fenomenològic homogeni dins l'antropologia, sí es pot valorar la diversitat de treballs que en els últims anys han anat sorgint amb aquesta orientació. Katz i Csordas (2003) apunten com, a partir dels anys 80, es produeix en l'antropologia un apropament cap a la fenomenologia, on, fins llavors, la seva presència en aquesta disciplina havia estat mínima:

“During the past century in the United States, phenomenology has been a vague presence lapping at the edges of anthropology. That is, it has been marginal, seldom explicitly inspiring ethnographic work, and rarely taken into account even as a methodological stance to be opposed” (Katz & Csordas, 2003: 277).

Com també remarquen Desjarlais i Throop (2011: 88), en els darrers temps, les diverses aproximacions fenomenològiques han contribuït al treball de molts antropòlegs, i han servit per a “...reconfigure what it means to be human, to have a body, to suffer and to heal, and to live among others”.

Diversos autors en els últims anys han provat de fer una aplicació de la teoria fenomenològica dins l'antropologia -com per exemple en la fenomenologia cultural de Geertz (2000) o en l'antropologia fenomenològica de Jackson (1996)-, i en concret en el camp de l'antropologia mèdica -en la teoria de la corporalització (*embodiment*) de Csordas (1994, 1995) o en algunes de les propostes al voltant de l'experiència de Good (1992, 2003) o Kleinman (1992a, 1997, 1998), entre d'altres-, encara que aquests treballs no mostren una uniformitat en la posada en pràctica de l'epistemologia fenomenològica.

Per una banda, l'ús que s'ha fet de la fenomenologia per part dels antropòlegs en aquestes últimes dècades ha estat molt divers. Pot anar des de la utilització d'alguns dels seus conceptes i idees a l'aplicació dels seus mètodes, passant per intents de fer servir la seva epistemologia. Inclús, com Katz i Csordas (2003: 277) subratllen:

“... anthropologists who embrace phenomenological aims do not always explicitly apply phenomenological method (the reduction or epoche), engage the work of phenomenological thinkers (Husserl, Heidegger, Merleau-Ponty), or elaborate themes and

concepts typically associated with phenomenology as a descriptive enterprise (intersubjectivity, thematization, embodiment)".

Per altra banda, no hi ha un acord tàcit entre els diferents autors sobre el que significa posar en pràctica la teoria fenomenològica dins l'antropologia, ni *on* posar l'etiqueta de "fenomenologia" dins d'aquests treballs, ni *a quins* dels autors que han fet algun tipus d'ús de la fenomenologia (siguin aplicacions puntuals, utilització de conceptes o intents de posada en pràctica d'una metodologia fenomenològica) se'ls ha de catalogar com a "fenomenòlegs".

Tanmateix, no tots els antropòlegs amb orientació fenomenològica estan vinculats als treballs dels mateixos pensadors fenomenològics (filòsofs, historiadors o sociòlegs), ni als mateixos corrents fenomenològics: l'existència de diferents tradicions associades o derivades de la fenomenologia, les diverses catalogacions i etiquetatges d'aquestes tendències i els seus autors, i les interrelacions de la fenomenologia amb altres corrents teòrics propers com l'hermenèutica, afavoreix també l'heterogeneïtat dels treballs de naturalesa fenomenològica. Segons Desjarlais i Throop (2011: 95), sovint es té una percepció molt homogènia de la fenomenologia sense tenir en compte que "... there are as many phenomenologies as there are phenomenologists".

Per exemple, Katz i Csordas (2003), al considerar alguns dels estudis antropològics de caràcter fenomenològic apareguts en la dècada dels 70, revisen aquells treballs de Geertz on fa una aplicació d'alguns dels conceptes de la fenomenologia mundana de Schütz, en concret la posada en pràctica de Geertz (2000), en el seu treball de camp a Bali, dels conceptes de *co-soci*, *con-temporanis*, *ante-cessors* i *suc-cessors*⁵ de Schütz, com a formes diferents de relacionar-se amb els altres. El mateix Geertz expressa aquest apropament a algunes de les idees d'aquest autor:

"Schutz abarcó una multitud de cuestiones (...) y trató siempre de descubrir la estructura de significación de lo que él consideraba como la "realidad suprema" en la experiencia humana: el mundo de la vida diaria tal como los hombres la viven, la afrontan. Para nuestros fines, uno de sus ejercicios de fenomenología social especulativa – la descomposición del concepto generalmente neutro de "semejantes" en "predecesores", "contemporáneos", "asociados" y " sucesores" – nos suministra un punto de partida

⁵ La traducció al català dels conceptes *co-socis*, *con-temporanis*, *ante-cessors* i *suc-cessors* està extreta de la versió catalana de Joan Estruch de l'obra de Berger i Luckmann (1988).

esencialmente valioso. Considerando el conjunto de esquemas culturales que los balineses usan para caracterizar a los individuos atendiendo a los términos de esta división, comprobamos que las relaciones entre las concepciones de identidad personal, las de orden temporal y las de estilo de conducta están implícitas de manera muy sugestiva en tales términos” (Geertz, 2000: 302).

Però Katz i Csordas (2003) també apunten que, malgrat aquestes aportacions de l’obra de Schütz en alguns dels estudis de Geertz, la teoria fenomenològica no va constituir quelcom central dins del conjunt de treballs d’aquest autor. A diferència del que assenyalen Katz i Csordas, i com a exemple de la manca de consens entre els antropòlegs del que significa posar en pràctica la teoria fenomenològica, Good i Good (2005: 100) anoten que Geertz va dur a terme durant tota la seva obra una interpretació de la subjectivitat i del seu vincle amb la cultura, la teorització de la qual només es pot entendre tenint en compte “...several intellectual threads of what might be called ‘cultural phenomenology’, less often recognized but representing a critical strand for understanding Geertz's theorization of subjectivity”.

Per a Good i Good (2005), per tant, la influència de la fenomenologia en Geertz va més enllà de la simple aplicació puntual en una de la seves obres: impregna la base dels seus treballs. Així, mostren com Geertz va elaborar una fenomenologia antropològica seguint les aportacions d’autors com Merleau Ponty, Schütz, i Cassirer, i ressalten com una sèrie d’escrits de Geertz⁶ són un clar exemple de com portar a terme la fenomenologia de Schütz dins l’antropologia en relació als sistemes simbòlics locals (Good & Good, 2005: 100):

“This anthropological elaboration on Schutz is grounded in the work of Ernst Cassirer and his vision of "symbolic forms" as mediating between Kant's a priori categories of mind and the perceived world, actively constituting "image-worlds" (in Cassirer's terms) of language and myth, religion, art, history, and science”.

El mateix Geertz admet aquest deute amb els corrents fenomenològics en la seva obra, sobretot pel que fa als treballs de Schütz (Hirsch & Wright, 1993), i assenyala que en els seus estudis elabora una “fenomenologia de la cultura” (Micheelsen, 2003: 3). En paraules de Geertz:

⁶ Aquests escrits són: “*Religion as a Cultural System, Ideology as a Cultural System, Common Sense as a Cultural System and Art as a Symbolic System*” (Good & Good, 2005: 100).

“Mi aproximación fenomenológica no se diferencia de la de Luckmann o Peter Berger (Berger and Luckmann 1967). Aunque para ellos —en lo que respecta a Husserl— la fenomenología es un requisito previo. La elaboran antes de hacer el análisis, comprendiéndola como una consideración general sobre el mundo de la vida. No tengo que objetar nada a eso, pero yo no trabajo así. Yo trabajo directamente con lo concreto (empírico)” (...) “A pesar de todo, creo que lo que he estado haciendo en todos mis estudios es fenomenología de la cultura. No sólo en "Persona, Tiempo y Conducta en Bali", sino también en Negara, donde hablo sobre fenomenología del poder” (Micheelsen, 2003: 3).

Però, malgrat que Geertz reconeix la importància de la fenomenologia en el conjunt dels seus treballs, aquest autor no es defineix a si mateix com a fenomenòleg (Hirsch & Wright, 1993).

Desjarlais i Throop (2011) mostren com l'obertura de Geertz cap al camp de la fenomenologia, per tal de desenvolupar la seva fenomenologia de la cultura, no va ser l'única temptativa abans dels anys 80 de fer servir la teoria fenomenològica dins l'antropologia. Citen els treballs de Hallowell, Watson o Bidney, i ressalten que molts dels treball sorgits després, basats en aquests autors, van prendre forma d'una antropologia de l'experiència, els quals van proporcionar “...reflections on the cultural, genealogical, ontological, and epistemological dimensions of the concept of 'experience' itself” (Desjarlais & Throop, 2011: 93). Katz i Csordas (2003) remarquen que molts dels antropòlegs que han treballat aquest concepte d'experiència s'autosituen dins del corrent fenomenològic.

Kestenbaum (1982) assenyala que, en relació a la presència de la fenomenologia en temes mèdics, el terme “fenomenològic” s'ha fet servir cada vegada més per anomenar a qualsevol treball centrat en l'experiència o la subjectivitat sense tenir en compte si aquest està basat en filòsofs fenomenològics com Husserl, Heidegger, Schutz, Merleau-Ponty, Sartre, Gurwitsch, o Ricoeur:

“Naturally, not all theories of consciousness and experience are phenomenological in the sense that they derive from that distinct philosophical tradition called phenomenology. There are many places to which one can turn in order to see illness treated as experience, for example, the psychology of disability, fiction, autobiography, and certain anthropological studies of illness.” (Kestenbaum, 1982: 25).

Aquest autor opina que s'haurien de considerar com fenomenològics només aquells estudis que tenen almenys alguna relació amb aquest corrent filosòfic. Així, cita com a exemple d'una

orientació fenomenològica, dins el camp mèdic, el treball d'Illich (1975) i la seva preocupació pels efectes de la medicina en l'experiència de la persona.

Un altre exemple del fet que l'interès en l'experiència dins de l'antropologia mèdica va moltes vegades més enllà del que Katz i Csordas (2003) anomenen una "preocupació parafenomenològica", es pot trobar en alguns dels treballs de Good (1992, 2003) que mostren una clara vinculació amb pensadors fenomenològics. Aquest autor elabora en aquests treballs una anàlisi fenomenològica seguint les categories de 'món quotidià' i de 'sentit comú' de Schütz per tal d'estudiar l'experiència de la malaltia. Segons el mateix Good "... las categorías analíticas de la «realidad de sentido común» propuestas por Schutz pueden aportar la base para indagar en el mundo de la enfermedad crónica, examinando cómo el mundo cotidiano es sistemáticamente subvertido o «deshecho»" (Good, 2003:229).

Csordas (1995) fa referència també al caràcter fenomenològic d'una altra publicació de Good i Good (1993), i assenyala que "... they generate a phenomenological account of the live world of physicians by targeting the point at which physicians begin to come into being" (Csordas, 1995: 790). En aquest text de Good i Good (1993) s'examina, des d'una perspectiva fenomenològica, com es conforma, s'estructura i transforma el coneixement mèdic:

"...we are concentrating on the phenomenological dimensions of medical knowledge, on how the medical world, including the objects of the medical gaze, are built up, how the subjects of that gaze –the student and physicians- are reconstituted in the process, and how distinctive forms of reasoning about that world are learned." (Good & Good, 1993: 83).

Però, per a Katz i Csordas (2003), ha estat en les últimes dècades que hi ha hagut un major moviment i afany per tal d'elaborar de manera més clara i evident un corrent fenomenològic dins dels estudis antropològics⁷. Entre ells, Desjarlais i Throop (2011) apunten als estudis de la corporalització (*embodiment*)⁸ com una de les aportacions més importants de la

⁷ Molts d'aquests treballs de caràcter fenomenològic es troben citats en Katz i Csordas (2003) i en Desjarlais i Throop (2011).

⁸ Com assenyala Esteban (2004a, 2004b) no hi ha un acord clar de com portar a terme la traducció al castellà d'aquest concepte: "... algunos/as autores/as están utilizando el término encarnación (García Selgas, 1994; del Valle, 1999); otros/as han preferido el de corporización (Capitán, 1999), en un intento de evitar los contenidos ligados a usos religiosos del término anterior; por último, hay también quien utiliza el término en inglés (Orobitg, 1999). En mi caso, he ido optando por el uso del adjetivo

fenomenologia en el camp de l'antropologia. De la mateixa manera, Katz i Csordas (2003), ressalten com la fenomenologia basada en la corporalització conforma una part fonamental dels estudis antropològics d'orientació fenomenològica apareguts des de finals dels 80, on situen, entre d'altres, els treballs del mateix Csordas. Com es mostrarà més endavant, Csordas (1990, 1994) construeix un paradigma⁹ de la corporalització a partir d'una perspectiva fenomenològica, per tal d'estudiar la cultura i la persona des d'una posició que para esment en el cos com a àmbit intersubjectiu de l'experiència:

“The approach I will develop from the perspective of psychological anthropology leans strongly in the direction of phenomenology. This approach to embodiment begins from the methodological postulate that the body is not an object to be studied in relation to culture, but is to be considered as the subject of culture, or in other words as the existential ground of culture” (Csordas, 1990: 5).

Tanmateix, Katz i Csordas, també assenyalen que una part dels estudis que apareixen amb la denominació de fenomenologia dins del camp de l'antropologia, entre ells els de Jackson, “... are tied together by a broad and eclectic consensus on what is to be understood by that term” (Katz i Csordas, 2003: 277). Jackson (1996), com ell mateix indica, prova de perfilar una antropologia fenomenològica superposant una sèrie d'idees de diferents tradicions associades o derivades de la fenomenologia, fent una aplicació de conceptes com intersubjectivitat, *epoche* fenomenològica o món de la vida (*lebenswelt*), entre d'altres, en l'àmbit de l'antropologia i de la cultura. Aquest autor, recull algunes de les idees apuntades per Bidney, el qual va trobar en el concepte de món de la vida (*lebenswelt*) el vincle de l'antropologia amb la teoria fenomenològica. Bidney (1973: 133), a l'hora de treballar en el desenvolupament d'aquesta associació va ressaltar que:

“Contemporary anthropologists frequently describe cultures as “the designs for living” historically constructed by man for life in society. A culture represents one possibility of existence which has been realized in a particular ecological environment. The task of the ethnologist is to describe and re-present conceptually the life-world of the society he is

‘encarnado/a’, reservando ‘corporización’ para el sustantivo” (Esteban, 2004b: 4). Devant d'aquesta manca de consens, s'ha preferit fer servir la traducció al català de “corporalització” per “*embodiment*” i d’“incorporat/da” per “*embodied*”, seguint els termes en castellà – “*corporalización*” i “*incorporado/a*” – utilitzats per Martínez Hernández (2010).

⁹ Entenen paradigma com a “... a consistent methodological perspective that encourages reanalyses of existing data and suggests new questions for empirical research” (Csordas, 1990: 5).

studying. Every ethnological study of a given culture is an abstraction from that culture in the sense that it is a construct or conceptualization based on observation of the social life of a given community”.

Un altre aspecte a considerar en la relació entre l’antropologia i la fenomenologia, com s’ha assenyalat anteriorment, és la influència desigual que els diversos corrents fenomenològics han tingut en els diferents autors del camp de l’antropologia amb aquesta orientació. Encara que amb punts centrals comuns, són marcades les diferències entre, per exemple, la fenomenologia transcendental de Husserl, la fenomenologia de la percepció de Merleau-Ponty, la fenomenologia hermenèutica de Heidegger o Gadamer, o la fenomenologia social de Schütz. La vinculació de l’antropòleg a un o altre corrent o autor també ha influït en la presència d’aquesta diversitat dins dels treballs antropològics de caràcter fenomenològic.

A més del fet de l’existència de diferents tradicions associades o derivades de la fenomenologia¹⁰ -des del seu vessant més filosòfic al seu vessant més social-, s’hauria de tenir també en compte les interrelacions de la fenomenologia amb altres tradicions teòriques (sobretot amb l’hermenèutica). Així, per exemple, Giddens (1987: 25) cita tres tradicions que, dins de les escoles de pensament interpretatives, s’interrelacionen i “...se ocupan, en uno u otro sentido, de problemas del lenguaje y del significado en relación con la ‘comprensión interpretativa’ de la acción humana”; i que serien: la filosofia hermenèutica, l’escola influenciada per Wittgenstein i la filosofia d’Austin, i la fenomenologia. Remarca com aquesta última ha jugat una funció de medidora entre els altres dos corrents, creant-se, d’aquesta manera, una “complicada ramificación de conexiones” (Giddens, 1987: 26).

Tanmateix, Wuthnow et al. (1988), citant Giddens, apunten que es poden distingir dos diferents fenomenologies depenent del seu centre d’anàlisi: la fenomenologia hermenèutica - que s’orienta cap al vessant col·lectiu de la cultura i la seva preocupació pel llenguatge, i on “... los textos proporcionan las pruebas objetivas del análisis; el propósito es explorar y determinar la naturaleza y estructura de la comunicación” - i la fenomenologia existencial -que es dirigeix cap a la dimensió individual i internalitzada de la cultura, i on s’estudia “...la persona en cuanto crea y extrae significado en el mundo de la vida cotidiana” (Wuthnow et al., 1988: 41)-.

¹⁰ Com expressa Giddens (1987: 26), la fenomenologia no és “un cuerpo unificado de pensamiento (...), la tradición fenomenológica se ha diversificado internamente en grado extremo”.

Segons assenyala Svenaeus (2001), no es pot parlar de la fenomenologia com d'una teoria sinó de diverses teories provinents de la filosofia i les ciències socials. Encara així, totes elles provenen de Husserl i de la seva declaració sobre la importància de retornar a 'les coses mateixes' i de prendre un cert modus d'atenció (Svenaeus, 2001). Com apunta Reinach (1986: 21), la fenomenologia "no es un sistema de proposiciones y verdades filosóficas – un sistema de proposiciones en las que deberían creer todos los que se denominan fenomenólogos", sinó una 'mirada' o una 'actitud'.

Com també remarca Natanson (1973), el denominador comú de la fenomenologia es pot trobar en el seu mètode i en els seus procediments fonamentals malgrat haver estat recollits i desenvolupats de formes diferents. Per a aquest autor, el que constitueix aquest mètode fenomenològic és una certa manera de veure el món i uns procediments necessaris a seguir

"... to learn what is meant by the natural attitude, to practice *epoche*, to attempt descriptions of presentations without prejudicing the results by taking for granted the history, causality, intersubjectivity, and value we ordinarily associate with our experience, and to examine with absolute care the fabric of the world of daily life so that we may grasp its source and its direction" (Natanson, 1973: 8).

D'aquesta manera, Natanson emfatitza la importància dins d'aquest mètode de saber què s'entén per actitud natural, de tenir en compte la intersubjectivitat i d'estudiar l'experiència. És, per tant, l'experiència com a estructura de significat, que es torna l'objecte d'anàlisi de la fenomenologia (Svenaeus, 2001).

Jackson (1996: 2) mostra com, en estudiar l'experiència, la fenomenologia, com a ciència descriptiva, tracta d'analitzar la consciència de la persona en la seva 'immediatesa viscuda', "...before it is subject to theoretical elaboration or conceptual systematizing". En aquesta descripció de l'experiència, el món és viscut i constituït per individus conscients, i el fet d'experimentar ve determinat per ser conscient de quelcom al món i dirigir-se cap a aquest en un acte mitjançant processos intencionals (Svenaeus, 2001: 76):

"To be conscious is to be *directed* towards the world. We do not pay attention to tis in our normal life – a state that Husserl refers to as 'the natural attitude'. The life of consciousness is transparent in the sense that we focus our attention, not upon the act

itself, but upon the object of the act. We do not reflect upon the structure of the act itself, but simply live in and though the acts”.

Les persones, en aquesta actitud natural, viuen en un món donat per descomptat, percebut com a objectiu i ja construït (Good, 2003), en una realitat que es presenta com a evident i ordenada (Berger & Luckmann, 1988). El mètode fenomenològic consisteix, així, en una variació en el mode d’atenció, un moviment des de l’actitud natural cap a l’actitud fenomenològica, denominat *epoche* o reducció fenomenològica (Svenaeus, 2001), on es posa entre parèntesi la realitat del món i els judicis sobre la seva existència (Wolff, 1988). Segons Svenaeus (2001) aquesta reducció permet un apropament a l’experiència i als continguts de la consciència que la fan possible. Com apunta Schütz (1974: 115):

“El fenomenólogo no niega la existencia del mundo externo, pero, para sus fines analíticos, decide suspender la creencia en su existencia; es decir, abstenerse intencional y sistemáticamente de todo juicio relacionado directa o indirectamente con la existencia del mundo externo. Tomando términos de la técnica matemática, Husserl llama a este procedimiento “poner el mundo entre paréntesis” o “efectuar la reducción fenomenológica”. (...) Lo que debemos poner entre paréntesis no es sólo la existencia del mundo exterior, junto con todas las cosas que este contiene, animadas e inanimadas, incluyendo a nuestros semejantes, los objetos culturales, la sociedad y las instituciones. También debe quedar en suspenso nuestra creencia en la validez de nuestras afirmaciones acerca de este mundo y su contenido, concebidos como dentro de la esfera mundana. Por consiguiente, debemos incluir en los paréntesis, no solo nuestro conocimiento práctico del mundo, sino también las proposiciones de todas las ciencias que se refieren a la existencia del mundo”.

D’aquesta manera, des de l’antropologia, Desjarlais i Throop (2011) assenyalen que els corrents fenomenològics en aquest camp plantegen com un dels seus objectius fonamentals la necessitat de posar en suspensió aquells pressupòsits que provenen de la nostra perspectiva teòrica i cultural, per tal de poder arribar a entendre tota una sèrie de realitats. En opinió de Jackson (1996), l’aplicació del mètode de la fenomenologia en la disciplina antropològica es relaciona amb la posada en pràctica d’un relativisme, on aspectes culturals particulars són analitzats no com a veritats objectives sinó com a modalitats de l’experiència.

“Ideas are not so much discounted as deconstructed; they are seen as approximate expressions rather than exact explanations of experience. The phenomenological method involves ‘placing in brackets’ or ‘setting aside’ questions concerning the rational, ontological, or objective status of ideas and beliefs in order to fully describe and do justice

to the ways in which people actually live, experience, and use them the ways in which they appear to consciousness" (Jackson: 1996: 10).

Es pot apuntar que és a partir de la segona meitat del segle XX quan s'observa en alguns importants intents d'aplicació de la filosofia fenomenològica a les ciències socials, sobretot pel que fa a la sociologia qualitativa, on l'influx de les idees d'aquest corrent va ser més palès (Toledo Nickels, 2003). Dins del camp de la sociologia, s'ha fet una utilització molt àmplia del terme 'fenomenologia', que ha anat des d'una concepció molt extensa i general, com a corrent amb una posició oposada al positivisme, fins a una interpretació més concreta: la filosofia fenomenològica de Husserl i l'aplicació que fa Schütz d'aquesta dins les ciències socials (Toledo Nickels, 2003). D'aquesta manera, Giddens (1987: 34), fent referència a aquesta diversitat d'autors i treballs d'orientació fenomenològica dins la sociologia, comenta:

"No creo útil plantear el interrogante sobre si «puede haber» o «no puede haber» una sociología fenomenológica en forma inequívoca, aunque sólo sea porque un espectro tan amplio de autores llamaron «fenomenológica» a su obra o recurrieron explícitamente a los escritos de Husserl".

A més, aquesta influència de la teoria fenomenològica en el camp de la sociologia ha anat més enllà de la seva aplicació en aquells corrents reconeguts com a fenomenològics, com la sociologia del coneixement de Berger i Luckman, i també ha tingut derivacions en autors d'altres tradicions teòriques amb posicions crítiques amb la fenomenologia, com pot ser la teoria crítica de Habermas¹¹ o l'estructuralisme Bourdieu¹².

¹¹ Com comenta Mèlich (1993: II): "... la obra de Jürgen Habermas es hoy por hoy un claro ejemplo de esta preocupación común a las distintas filosofías y ciencias sociales. No estaría de más recordar que uno de los autores más citados por el pensador de Francfort en su Teoría acción comunicativa es precisamente Alfred Schütz". El mateix autor també apunta que "...Jürgen Habermas, se ha referido a los estudios del Lebenswelt realizados por Alfred Schütz. En su Teoría de la acción comunicativa Habermas intenta una propuesta sociológica que consiste, como es sabido, en una síntesis entre «sistema» y «mundo de la vida». Para caracterizar este último, el pensador de Francfort no duda en citar repetidamente a Schütz" (Mèlich, 1993: XI).

¹² Jackson (1996: 20) fa referència al reconeixement de Bourdieu del seu deute a alguns autors del corrent fenomenològic, però que, a la vegada, aquest sempre va acompanyat d'una crítica cap a la fenomenologia: "Schutz presages Bourdieu in seeing the lifeworld as a "province of human practice, but Bourdieu disparages Schutz's focus on lived experiences (Erlebnisse) and encounters (Erfahrungen) as a kind of "flabby humanism". While acknowledging his intellectual debts to Heidegger, Husserl, and Schutz, Bourdieu repudiates phenomenology because it fails to account for the historical and cultural conditions under which forms of selfconsciousness and sociality emerge".

III. 3. Schütz i Merleau-Ponty: contribucions de la fenomenologia a les ciències socials

L'aplicació de la fenomenologia a algunes qüestions clau de les ciències socials i la seva anàlisi en base a aquesta filosofia, pot ser observada de forma més manifesta i precisa en les obres de Schütz i de Merleau-Ponty (Natanson, 1973) i en la tasca desenvolupada per aquests autors per tal de determinar la relació existent entre consciència i societat (Alexander, 1992).

Schütz (1972, 1974, 1987, 1993) parteix de l'estudi del món de la vida quotidiana per comprendre com es constitueix l'experiència dels subjectes i el món social, redefinir el nexa consciència/societat¹³ i desenvolupar una fenomenologia mundana¹⁴ (Alexander, 1992) o de l'actitud natural (Natanson, 1973). Es centrarà en analitzar i classificar les formes de relació existents dins del món de la vida (Mèlich, 1993) per tal de descobrir la seva estructura i significació (Natanson, 1974) mitjançant la proposta d'una "fenomenologia desenvolupada de la realitat social" (Zaner & Engelhardt, 1973: 18).

Aquest autor recull el concepte de *Lebenswelt* (món de la vida) que apareix en l'obra pòstuma de Husserl (1991)¹⁵, on el filòsof mostrava el seu interès en vincular la consciència individual amb els àmbits socials col·lectius (Alexander, 1992). Liotard (1989: 50) apunta que la filosofia de Husserl sobre el món de la vida es portada a terme al voltant de la comprensió del que s'entén per veritat, definida com experiència viscuda i on l'evidència és troba en "...el momento de la conciencia en que la cosa misma de que se habla se da en carne y hueso, en persona, a la conciencia, el momento en que la intuición 'se llena'", és a dir, "... en el proceso de recurrir a su experiencia originariamente fundadora dentro del mundo de la vida" (Schütz,

¹³ Com assenyala Zaner i Engelhardt (1973: 18), Schütz considera que existeix una vinculació entre societat i coneixement, ja que "...el conocimiento, tanto especializado como general, surge en una matriz de acción y experiencia compartidas y condicionadas por otros".

¹⁴ És dins d'aquesta fenomenologia mundana que Schütz incorpora "...la actividad intencional trascendental en el contexto de órdenes culturales particulares y quiere mostrar que ambas desempeñan papeles esenciales" (Alexander, 1992: 203).

¹⁵ Schütz comenta que Husserl estava preocupat per alguns aspectes vinculats a les ciències socials i que "...los problemas de la intersubjetividad, de la empatía y del carácter de la sociedad y la comunidad como subjetividades de un orden superior ocuparon su atención desde el primer esbozo de *Ideen II*. (...) El tema del *Lebenswelt* fue incorporado a las partes póstumas del estudio sobre la *Krisis*" (Schütz, 1974: 54).

1974: 137). Així, per a Husserl el món de la vida era el món de les experiències viscudes immediates i també col·lectives (Jackson, 1996), el món que es comparteix amb els altres i on s'actua i es comprenen les pròpies accions i les dels altres (Alves & Rabelo, 1998).

De la mateixa manera, per a Schütz, el món de la vida quotidiana també fa referència a aquest entorn d'experiència des d'on els individus se situen i dins i sobre del qual actuen davant dels objectes i dels altres, "...la escena de la acción social; en él los hombres entran en mutua relación y tratan de entenderse unos con otros, así como consigo mismos" (Natanson, 1974:16). Es tracta d'un món que trobem ja constituït quan naixem i en el que vivim ingènument: "Vivimos en él y lo soportamos, y la intencionalidad viva, de nuestro flujo de conciencia apoya nuestro pensar, por el cual nos orientamos prácticamente en este mundo de la vida, y nuestra acción, por la cual intervenimos en él" (Schütz, 1974: 137).

Per a aquest autor el món de la vida quotidiana és l'àmbit de la realitat diària i fonamental de les persones (Schütz & Luckmann, 1973), la realitat suprema (Wuthnow et al., 1988) i el món més real possible (Estruch, 1999). És la realitat primordial d'entre totes les esferes de realitat en què la consciència pot moure's (Berger & Luckmann, 1988), és a dir, d'entre totes les realitats múltiples¹⁶ de què consta el món vital (Wuthnow et al., 1988). D'aquesta manera, Schütz diferencia el món de la quotidianitat d'altres formes de realitat i d'organitzar l'experiència (Good, 2003), ja que segons aquest "...el mundo del ejecutar cotidiano es el arquetipo de nuestra experiencia de la realidad. Todos los demás ámbitos de sentido pueden considerarse como modificaciones suyas" (Natanson, 1974:28).

Com apunta Natanson (1974), un element significatiu que introdueix Schütz al voltant del tema de les realitats múltiples és la qüestió de l'*epoché* i l'actitud natural. El món de la vida quotidiana implica una *epoché* o posada entre parèntesis implícita, que suposa la suspensió dels dubtes que envolten la realitat del nostre món, les estructures del qual "...son aprehendidas como la trama de sentido presupuesto en la actitud natural, el contexto básico de «lo indiscutido» -y, en este sentido, lo «tomado como evidente»- que subyace en toda vida y acción sociales" (Zaner & Engelhardt, 1973: 18). Així, el ser pressuposat i donat per descomptat constitueix un

¹⁶ Com remarca Natanson (1974: 28), Schütz, en parlar de les realitats múltiples fa referència a àmbits de sentit, on cada àmbit "...posee su propio estilo cognitivo, respecto del cual las experiencias dentro de cada mundo son compatibles entre sí. Y cada ámbito finito de sentido puede recibir el «acento de realidad», puede ser atendido como real".

tret central de la realitat quotidiana (Natanson, 1974). Es tracta d'una realitat considerada com inqüestionable i que, per tant, no ha de ser verificada (Berger & Luckmann, 1988) i on, en actitud natural, no es dubta de la seva existència i s'accepta com a món fet de certeses (Estruch, 1999). És a dir, el món de la vida quotidiana és considerat per Schütz com a esfera de l'actitud natural:

“...ese ámbito de la realidad que el adulto alerta y normal simplemente presupone en la actitud del sentido común (...) En la actitud natural, siempre me encuentro en un mundo que presupongo y considero evidentemente ‘real’ (...) Es el fundamento incuestionado de todo lo dado en mi experiencia” (Schütz & Luckmann, 1973: 25).

La realitat de la vida quotidiana es fonamenta, així, en el sentit comú, en el coneixement donat per descomptant que es comparteix amb altres en les rutines de la vida (Berger & Luckmann, 1988). Aquest món dotat de sentit és, per tant, una realitat que s'experimenta com a social (Schütz, 1974) i que es presenta com un espai intersubjectiu dins del qual vivim i ens comuniquem (Natanson, 1974), un món d'experiències comunes (Zaner & Engelhardt, 1973) i significats compartits (Wuthnow et al., 1988). Com apunta el mateix Schütz (1987: 41-42):

“La comunidad de ambiente, y las experiencias compartidas en la relación Nosotros, otorgan al mundo al alcance de nuestra experiencia su carácter intersubjetivo y social. No es mi ambiente, ni el ambiente de usted, ni siquiera los dos sumados; es un mundo intersubjetivo al alcance de nuestra experiencia común. En esta experiencia común se origina y se confirma de modo continuo el carácter intersubjetivo del mundo en general”.

D'aquesta manera, aquest autor estudiarà les formes de relació intersubjectives¹⁷ experimentades pels subjectes en actitud natural dins del món de la vida quotidiana (Mèlich, 1993: V); un món que, segons Schütz, és un domini primordialment social i intersubjectiu¹⁸ on conviuen diferents subjectes i subjectivitats (Jackson, 1996) i, per tant, on “...mi conocimiento de él no es asunto mío privado, sino intersubjetivo o socializado desde el principio” (Schütz, 1974: 41-42). És a dir, es tracta, en paraules de Schütz, d'un món intersubjectiu de cultura:

¹⁷ Intersubjectivitat que, com apunta Mèlich (1993: V), esdevé “...en la condición de posibilidad del mismo Lebenswelt”.

¹⁸ Segons el mateix Schütz (1973: 26), el món quotidià és intersubjectiu ja que “...la estructura fundamental de su realidad consiste en que es compartido por nosotros”.

“Es intersubjetivo porque vivimos en él como hombres entre otros hombres, ligados a ellos por influencias y trabajos comunes, comprendiendo a otros y siendo un objeto de comprensión para otros. Es un mundo de cultura porque desde el comienzo el mundo de la vida es un universo de significación para nosotros, es decir, una estructura de sentido que debemos interpretar, y de interrelaciones de sentido que instituimos solo mediante nuestra acción en este mundo de la vida. Es también un mundo de cultura porque somos siempre conscientes de su historicidad, que encontramos en la tradición y los hábitos, y que es pasible de ser examinada porque lo «ya dado» se refiere a la propia actividad o a la actividad de Otros, de la cual es el sedimento. Yo, el ser humano nacido en este mundo y que vive ingenuamente en él, soy el centro de este mundo en la situación histórica de mi «Aquí y Ahora» actual; soy el «origen de coordenadas hacia el cual se orienta su constitución»” (Schütz, 1994: 137-138).

Així, per a Schütz, dins d'aquesta dimensió social central del món de la vida quotidiana, les relacions espacials i temporals són també elements socials que participen en l'estructuració d'aquest món (Zaner & Engelhardt, 1973):

“Las modificaciones que determinan mis relaciones con otros y mis experiencias de ellos son un factor esencial en la construcción de los diversos dominios del mundo social, uno de los cuales se caracteriza por la inmediatez de mi experiencia de otros. En este dominio, los seres humanos son mis semejantes; comparten conmigo un sector del espacio y del tiempo; el mundo que nos rodea es el mismo y mis procesos conscientes son un elemento de este mundo para ellos, así como sus procesos conscientes son un elemento de este mundo para mí” (Schütz, 1987: 33).

El món de la vida quotidiana està estructurat espacial i temporalment a partir de la realitat immediata de l'individu (Berger & Luckmann, 1988). La situació específica que ocupa en l'espai i en el temps són les coordenades de la matriu social des de la qual s'orienta i des de la que organitza el que succeeix dins del món: “...la realidad del sentido común nos es dada en formas culturales e históricas de validez universal, pero el modo en que estas formas se expresan en una vida individual depende de la totalidad de la experiencia que una persona construye en el curso de su experiencia concreta” (Natanson, 1974:17). Així, encara que la realitat de la vida quotidiana estructura les seves accions, cada persona es posiciona d'una manera concreta i específica mitjançant la seva situació espacial i temporal i la seva experiència bibliogràfica (Schütz, 1974: 45):

“Yo, ser humano, nacido en el mundo social y que vivo mi existencia cotidiana en él, lo experimento como construido alrededor del lugar que ocupó en él, como abierto a mi

interpretación y acción, pero siempre con referencia a mi situación real biográficamente determinada”.

Schütz apunta, d'aquesta manera, com la realitat quotidiana té lloc dins d'una situació¹⁹ específica socialment condicionada, i mostra el seu interès en analitzar aquest caràcter situacional de la realitat (Zaner & Engelhardt, 1973). La situació biogràfica d'un individu és, per tant, l'entorn tant físic com social que aquest determina i dins del qual s'ubica, tant pel que fa a la posició espacial i temporal, com pels aspectes morals i pel paper que ocupa dins la societat (Schütz, 1974).

“Mi situación biográfica define mi modo de ubicar el escenario de la acción, interpretar sus posibilidades y enfrentar sus desafíos. Incluso en la determinación de lo que el individuo puede o no modificar influye su situación exclusiva. La experiencia fundamentada de una vida -lo que un fenomenólogo llamaría la estructura «sedimentada» de la experiencia del individuo- condiciona la subsiguiente interpretación de todo nuevo suceso y actividad. «El» mundo es transpuesto a «mi» mundo, de acuerdo con los elementos significativos de mi situación biográfica” (Natanson, 1974:17).

Aquesta situació biogràficament determinada es fonamenta en el conjunt o provisió de coneixements i experiències prèvies, pròpies o d'altres, dels que disposa l'individu (Natanson, 1974), i que em serveix com a referència a l'hora d'explicitar la seva realitat “...de modo que los objetos y sucesos del mundo de la vida se me presentan desde el comienzo en su carácter típico” (Schütz & Luckmann, 1973: 28).

D'aquesta manera, Schütz vincula els seus raonaments al voltant de la situació i la significativitat amb les seves idees sobre la tipicitat. Com apunten Zaner i Engelhardt (1973: 19), la significativitat i la tipicitat han de ser compreses en termes de la interrelació existent entre la situació i la realitat social:

“Un tipo es producido en una situación y surge como solución (o intento de solución) a problemas concretos. Todo tipo contiene así una referencia implícita a la situación problemática de su constitución, al «estado "originario" del problema». Ese estado, sin embargo, debe a su vez su constitución a las tres estructuras de significatividades. Por

¹⁹ Zaner i Engelhardt (1973: 19) comenten com el concepte de “situació” és exposat per Schütz mitjançant “... las estructuras de significatividades temáticas, interpretativas y motivacionales, en las que se basa «toda experiencia y todo acto»”.

ende, todos los análisis de significatividad se refieren implícitamente a las estructuras sociales que determinan la situación”.

Segons Schütz aquesta provisió de coneixements comuns proporciona la informació necessària per comprendre i viure al món quotidià. Es tracta d'una sèrie de receptes d'acció, esquemes interpretatius o tipificacions²⁰ en què es fonamenta la vida (Natanson, 1974), mitjançant les quals les persones comprenen la seva realitat quotidiana i es relacionen al món. Aquestes estructures o receptes són pressuposades, per la qual cosa, “...no son advertidas o evaluadas formalmente por el sentido común” (Natanson, 1974: 16).

Per a Schütz el món de la vida és, així, experimentat en termes de tipificacions, l'anonimat de les quals augmenta a mesura que es distancien de les situacions cara a cara i de l'individu amb el que s'interactua (Wuthnow et al., 1988; Berger & Luckmann, 1988). És només un petit percentatge del coneixement de la persona el que procedeix directament de la seva pròpia experiència²¹ (Schütz, 1974: 36):

“Todo nuestro conocimiento del mundo, tanto en el sentido común como en el pensamiento científico, supone construcciones, es decir, conjunto de abstracciones, generalizaciones, formalizaciones e idealizaciones propias del nivel respectivo de organización del pensamiento. En términos estrictos, los hechos puros y simples no existen. Desde un primer momento todo hecho es un hecho extraído de un contexto universal por la actividad de nuestra mente”.

Aquestes tipificacions del sentit comú i les receptes d'acció són interioritzades i sedimentades en les consciències de les persones, i són preses com a coneixement objectiu (Orleans, 2000), on “...el proceso constituyente en sí mismo queda enteramente ignorado, mientras se da por sentada la objetividad constituida” (Schütz, 1972: 111). Són un mitjà per a mostrar als

²⁰ Com Giddens (1987: 31) apunta, fent servir paraules de Schütz, aquestes receptes d'acció farien referència a “...construcciones teóricas de «modos típicos» de conducta con el fin de iluminar los terrenos subjetivos de la acción”, i, per tant, a “...un proceso de tipificación, por el cual el actor aplica esquemas interpretativos aprendidos para captar los significados de lo que realizan”.

²¹ Schütz fa aquí una diferenciació entre la realitat que és experimentada directament de la que no: “La realidad social directamente vivenciada (*Umwelt*) consiste en mis consociados inmediatos, que yo estoy percibiendo directamente en el sentido ya observado. Aquellos a quienes no percibo directamente se dividen en tres clases. Primero está el mundo de mis contemporáneos (*Mitwelt*), luego el mundo de mis predecesores (*Vorwelt*), y finalmente el mundo de mis sucesores (*Folgewelt*)” (Walsh, 1972: 23).

individus que la seva realitat subjectiva és quelcom objectiu, és a dir, que les objectivacions funcionen com indicadors dels processos subjectius, a la vegada que es caracteritzen pel seu distanciament respecte aquests (Berger & Luckmann, 1988). Les tipificacions fan, així, que el món de la vida quotidiana es constitueixi com una realitat de consciència i acció (Orleans, 2000) i es presenti com una realitat significativa i objectivada. Com apunten Berger i Luckmann (1988: 57), “...no és que la realitat de la vida quotidiana sigui plena d’objectivacions: és que són les objectivacions que la fan possible” (Berger & Luckmann).

El llenguatge, com a sistema de signes, és un dels majors objectivadors i ordenadors de la realitat de la vida quotidiana, fent anònimes les experiències (tant biogràfiques com històriques) i tipificant (Berger i Luckmann, 1988). D’aquesta manera, el llenguatge esdevé un dipòsit de significats i experiències (Wuthnow et al., 1988), proveint als individus d’objectivacions dins del seu món i endreçant aquestes per tal de dotar-les de sentit i proporcionar una provisió de coneixements i esquemes necessaris en les rutines de la vida (Berger i Luckmann, 1988):

“Todo lenguaje se adecua a una cosmovisión natural-relativa determinada, y la forma interna del lenguaje concuerda con sus estructuras de sentido fundamentales. La estructura semántica y sintáctica objetiva las experiencias típicas y los resultados de su explicitación por los miembros de una sociedad” (Schütz & Luckmann, 1973: 53).

Però, encara que el sentit comú del món de la vida quotidiana és compartit, les persones desenvolupen unes provisions relativament diferents de receptes d’acció i tipificacions, ja que la situació biogràfica, que, com s’ha indicat, serveix com a referència a l’hora d’explicitar la realitat pròpia de cada persona, és única i articula aquests coneixements (Orleans, 2000):

“Ante todo, hay experiencias del mundo externo y sus objetos, animados e inanimados. El hombre en actitud natural ‘tiene’, por tanto, un repositorio de conocimiento de cosas físicas y de congéneres, de colectivos sociales y de artefactos, incluidos los objetos culturales. ‘Tiene’ igualmente síntesis de la experiencia interna. Entre éstas se encuentran contenidos de juicio (o contenidos proposicionales) que son el resultado de sus actos previos de juicio. Se hallan también aquí todos los productos de la actividad de la mente y la voluntad” (Schütz, 1972: 110).

Com apunta Natanson (1974: 17), el sentit comú configura la matriu de l’acció social, però “...el individuo, como actor en el mundo social, define, la realidad que encuentra”. La

configuració de la provisió de coneixements depèn dels elements significatius de la situació biogràfica de cada persona, és a dir, del fet que no tothom està interessat de la mateixa manera en tots els aspectes del món de la vida (Rabelo, Alves & Souza, 1999).

Per tant, aquest conjunt de coneixements està estructurat segons els interessos i prioritats pràctics dels individus en el seu món del cada dia (Wuthnow et al., 1988). Com apunta Schütz (1974: 137), "... la intencionalidad viva, de nuestro flujo de conciencia apoya nuestro pensar, por el cual nos orientamos prácticamente en este mundo de la vida, y nuestra acción, por la cual intervenimos en él". La realitat de la vida quotidiana està, així, determinada per un motiu pragmàtic: tot coneixement és pràctic, és d'alguna cosa (Berger i Luckmann, 1988). En aquest món quotidià de la praxis, els individus actuen per portar a terme els seus projectes d'acció i de vida (Schütz, 1993), basant-se en la seva provisió de coneixements, les seves receptes d'acció i tipificacions (Orleans, 2000).

"El mundo de la vida, entendido en su totalidad, como mundo natural y social, es el escenario y lo que pone límites a mi acción y a nuestra acción recíproca. (...) No solo actuamos y operamos dentro del mundo de vida sino también sobre él. Nuestros movimientos corporales se insertan en el mundo de la vida y transforman sus objetos y sus relaciones recíprocas. (...) El mundo de la vida es, entonces, una realidad que modificamos mediante nuestros actos y que, por otro lado, modifica nuestras acciones. En otras palabras, puede decirse que, en definitiva, nuestra actitud natural de la vida cotidiana está determinada totalmente por un motivo pragmático" (Schütz & Luckmann, 1973: 27-28).

Per a Schütz, el món de la vida quotidiana és, d'aquesta manera, l'àmbit de la pràctica i de l'acció social²², "...es primordialmente la escena de nuestras acciones y el locus de resistencia a la acción; no solo actuamos dentro del mundo, sino sobre él" (Natanson, 1974:16). Es tracta, així, d'una realitat que és viscuda i experimentada però que és també dominada per l'acció²³ (Jackson, 1996), i és per això que, "...los problemas de la acción y la elección deben ocupar, por lo tanto, un lugar fundamental en el análisis del mundo de la vida" (Schütz & Luckmann, 1973: 38).

²² És mitjançant el concepte d'acció social de Weber, que Schütz portarà a terme el seu estudi de la interacció en el món de la vida quotidiana (Mèlich, 1993).

²³ Per "acció" Schütz enten "...la conducta humana proyectada por el actor de manera autoconsciente" (Natanson, 1974: 22).

L'individu se situa com a actor en el món del sentit comú (Natanson, 1974) i s'insereix en aquest món com a cos, a través del qual actua en la vida quotidiana i experimenta la realitat que l'envolta (Good, 2003). Com apunta Natanson (1974: 19), "... el lugar que mi cuerpo ocupa dentro del mundo, mi Aquí actual, es el punto de partida desde el cual me oriento en el espacio. Es, por así decirlo, el origen de mi sistema de coordenadas". Però encara que Schütz va mostrar la rellevància del cos en relació a la temporalitat²⁴ i va apuntar la idea de la unitat del cos, "...Schütz's treatment of the body was underexplored" (Turner, 1992: 85).

"...ese ámbito de la realidad que el adulto alerta y normal simplemente presupone en la actitud del sentido común (...) En la actitud natural, siempre me encuentro en un mundo que presupongo y considero evidentemente 'real' (...) Es el fundamento incuestionado de todo lo dado en mi experiencia" (Schütz & Luckmann, 1973: 25).

Si Schütz, com abans s'ha assenyalat, va partir de l'anàlisi del món de la vida quotidiana per comprendre com es constitueix l'experiència dels subjectes i el món social i redefinir així el nexa existent entre consciència i societat; Merleau-Ponty (1994), des de la seva fenomenologia existencial (Paredes Martín, 2008) va estudiar el cos viscut com a àmbit d'experiència – una experiència incorporada (embodied)- i de comprensió del món (Good, 2003). Preocupat per la relació entre la consciència i el món, aquest autor ressituarà les arrels de la consciència al cos i al món (Williams & Bendelow, 1998). Mitjançant una aproximació no-dualista entre ment i cos, procurant reconciliar el món objectiu i la seva interpretació subjectiva (Natanson, 1973), va emfatitzar la intencionalitat²⁵ del cos viscut i el paper que aquest juga en la percepció (Paredes Martín, 2008) per tractar d'assolir una comprensió de les estructures de l'experiència quotidiana (Carman, 1999). Per tant, per a Merleau-Ponty, el cos viscut es converteix en quelcom fonamental a l'hora d'apropar-se fenomenològicament tant la qüestió de la percepció com la de la intencionalitat.

"Then, confronting the sources that had motivated him to take up a phenomenological approach to physiology and human embodiment, notably Husserl and Sartre, Merleau-Ponty found both that the lived body was crucial to resolving traditional epistemological

²⁴ Com mostra Turner (1992: 85), per a Schütz "...this knowledge of finiteness (of the body) was an important condition in ascertaining the meaning of human existence".

²⁵ Segons Carman (1999: 206) Merleau-Ponty "...bases his entire phenomenological project on an account of bodily intentionality and the challenge it poses to any adequate concept of mind".

problems concerning perception and illusion, intersubjectivity and solipsism, etc., and that the accounts of the human body offered by his mentors were lacking. The phenomenon of the lived body, as explicated by Husserl and Sartre, had also to be reconceived because neither of these two phenomenologists had succeeded in reconciling the body as mechanism with the body as vehicle of intentional behavior. But this failure turned out to be a consequence of fundamentally misconceived ontological commitments. The phenomenon of the lived body was misconstrued because phenomena, themselves, had been misconceived: the ontological foundations of phenomenology had to be reconceived. In sum, the phenomenon of the lived body became, for Merleau-Ponty, the clue to a new ontology” (Dillon, 1988: 131).

Malgrat la marcada influència de Husserl (sobretot, a l'igual que en Schütz, pel que fa a les seves obres pòstumes) en el treball de Merleau-Ponty, la problemàtica del cos pren en aquest autor un significat diferent que en el seu antecessor, anant més enllà de les dualitats per tal d'arribar a comprendre les estructures de l'experiència i tenint en compte la significació del paper del cos en la percepció (Carman, 1999):

“Notwithstanding their superficial similarities, then, and in spite of the undeniable influence Husserl’s later writings exerted on Merleau-Ponty, their positive accounts of the body and its role in perceptual experience differ in subtle but profound ways. The differences are evident in fine points of phenomenological detail, but more importantly in the broad outlines of their respective conceptions of intentionality, subjectivity, and philosophic method.” (Carman, 1999: 223).

Així, encara que moltes de les idees de Merleau-Ponty sobre la percepció tenen el seu origen en l'obra de Husserl, aquest entén la percepció de manera diferent, no només com “...una classe de vivències que pone a la consciència ante la presencia efectiva de un objeto; es sobre todo un tipo de experiencia fundamental en el que está implicado todo el sujeto de la experiencia” (Paredes Martín, 2008: 35).

De la mateixa manera, el concepte de món de la vida utilitzat per Merleau-Ponty té el seu origen, a l'igual que en cas de Schütz, en el *Lebenswelt* de Husserl²⁶, però s'ha de tenir en

²⁶ Dillon (1988: 87) fa referència a les possibles confusions que ha portat la utilització per part de Merleau-Ponty d'aquest concepte basat en l'obra de Husserl: “The historical problem arises with Merleau-Ponty's appropriation of one of Husserl's terms: the lived world (le monde vécu) of Merleau-Ponty is terminologically equivalent to the life-world (die Lebenswelt) of Husserl. The terms invite confusion: one is apt to think that Merleau-Ponty's lived world is the same as Husserl's life-world. Merleau-Ponty abets this confusion by using the terms interchangeably and not distinguishing between them”.

compte que "... the lived world of Merleau-Ponty must be conceived within the context of his own phenomenological ontology and should not be equated with Husserl's lifeworld" (Dillon, 1988: 87).

Com apunta Dillon, la preeminència de l'existència segons Merleau-Ponty es troba al món de la vida, dins del món de l'experiència perceptiva²⁷. Seguint aquesta tesi sobre la primacia de la percepció, Merleau-Ponty afirma que la consciència és sempre perceptiva (Dillon, 1988) i que el subjecte perceptor experimenta el món des d'un temps i un lloc particular (Matthews, 2006), fent servir la idea d'èsser-al-món²⁸ per a fer referència a "la implicación y compromiso de la consciència en la sedimentación de la vida" (Paredes Martín, 2008: 37).

"En lo referente a la consciencia, debemos concebirla, no como una consciencia constituyente y como un ser-para-sí, sino como una consciencia perceptiva, como el sujeto de un comportamiento, como ser-del-mundo o existencia, ya que es solamente así que el otro podrá aparecer en la cumbre de su cuerpo fenomenal y recibir una especie de «localidad»" (Merleau-Ponty, 1994: 363).

Dins l'anàlisi de l'experiència quotidiana, Merleau-Ponty estava interessat en la relació d'interdependència entre consciència i món, vincle que "...se advierte en el regreso a la experiencia que aún no está objetivada en forma de contenidos de saber" (Paredes Martín, 2008: 31). Així, l'experiència s'ha d'examinar en un context ja donat, com es mostra abans de tota reflexió, en el vincle que sorgeix entre consciència i món en l'acte de la percepció, en "...un medio perceptivo que no es todavía un mundo objetivo; un ser perceptivo que no es todavía un ser determinado" (Paredes Martín, 2008: 35). Previ a la percepció no hi ha cap objecte, aquests són fruit del pensament reflexiu, i el principi està, per tant, en la

²⁷ Dillon (1988: 90) mostra com Merleau-Ponty parteix de la idea que "...the phenomenal world is the real world: reality is conceived in terms of phenomenality. The phenomenal world is equated with the perceptual world, and perception becomes the touchstone of the real".

²⁸ Matthews (2006: 88) apunta com, tot i que la noció d'èsser-al-món de Merleau-Ponty segueix la de Heidegger, es poden trobar també algunes diferències entre ambdues: "Firstly, (...) Merleau-Ponty wanted to fit the notion of being-in-the-world into a general framework of a developed phenomenology (...) Heidegger, by contrast, (...) moved more and more in the direction of seeing philosophy as ontology, setting aside to a large extent the qualification 'phenomenological'. (...) The other major difference from Heidegger is Merleau-Ponty's strong insistence on the close connection between embodiment and being-in-the-world, which is not at all emphasized by Heidegger. For Merleau-Ponty, unlike Heidegger, to 'being-in-the-world' is inseparable from being a living organism".

indeterminada experiència del percebre (Csordas, 1990). És a dir, Merleau-Ponty troba l'inici en el preobjectiu²⁹, on comença l'experiència de la percepció, i el resultat final en els objectes, on acaba la percepció (Csordas, 1990).

“El reflejo, en cuanto se abre al sentido de una situación, y la percepción, en cuanto no plantea desde el principio un objeto de conocimiento y es una intención de nuestro ser total, son las modalidades de una visión preobjetiva que es lo que llamamos el ser-del-mundo” (...) “Es por ser una visión preobjetiva que el ser-del-mundo puede distinguirse de todo proceso en tercera persona, de toda modalidad de la res extensa, como de toda cogitatio, de todo conocimiento en primera persona —y que podrá realizar la unión de lo «psíquico» y lo «fisiológico»” (Merleau-Ponty, 1994: 98-99).

Per a Merleau-Ponty el subjecte perceptor i l'objecte percebut coexisteixen en l'experiència perceptiva (Paredes Martín, 2008). D'aquesta manera, restableix la unitat existent al món de l'experiència entre la interpretació subjectiva i el món objectiu, allunyant-se de la distinció tradicional de la filosofia entre objecte i subjecte (Natanson, 1973).

“El interior y el exterior son inseparables. El mundo está todo al interior y yo estoy todo al exterior de mí (...) En un pensamiento célebre, Pascal hace ver que, según cómo, yo comprendo al mundo, y que, según cómo, éste me comprende a mí. Hay que decir que es un mismo según cómo: comprendo al mundo porque para mí hay, en él, lo lejano y lo próximo, primeros planos y horizontes y que, así, forma cuadro y toma un sentido delante de mí; eso es, porque yo estoy situado en él y que él me comprende” (Merleau-Ponty, 1994: 416).

Merleau-Ponty fa, per tant, una crítica a la divisió cartesiana entre subjecte i objecte, entre interior i exterior, entre ment i cos, declarant que aquestes entitats no poden ser tractades de manera separada (Williams & Bendelow, 1998). Aquests dualismes conceptuals impliquen una visió errònia de que la subjectivitat es localitza només en la ment i que el cos és un objecte del món o entitat material que la ment dona sentit i ordres (Jackson, 1996).

“No es nunca nuestro cuerpo objetivo lo que movemos, sino nuestro cuerpo fenomenal; y lo hacemos sin misterio, pues es ya nuestro cuerpo, como potencia de tales y cuales

²⁹ S'ha de tenir en compte al respecte, tal com especifica Csordas (1990: 10), que el fet de partir del preobjectiu, no vol dir “...positing a precultural, but a preabstract. The concept offers to cultural analysis the open-ended human process of taking up and inhabiting the cultural world, in which our existence transcends but remains grounded in de facto situations”.

regiones del mundo, el que se erguía hacia los objetos por coger y los percibía” (Merleau-Ponty, 1994: 123).

Segons Merleau-Ponty, per a poder superar aquestes divisions, els esquemes dualistes han de ser reemplaçats per un “model of corporeal reflexivity” (Dillon, 1988: 110); és necessari que el cos sigui vist com el lloc on la consciència i la realitat comparteixen el mateix espai conceptual (Carman, 1999). Apunta, així, la rellevància de la relació entre consciència i cos, on el cos és la manera en què la consciència accedeix al món (Paredes Martín, 2008), en què s’encarna la consciència i la duu al món (Dillon, 1988).

“La consciencia es el ser-de-la-cosa por el intermediario del cuerpo. Un movimiento se aprende cuando el cuerpo lo ha comprendido, eso es, cuando lo ha incorporado a su «mundo», y mover su cuerpo es apuntar a través del mismo, hacia las cosas, es dejarle que responda a la sollicitación que éstas ejercen en él sin representación ninguna. La motricidad, pues, no es como una criada de la consciencia, que transportaría el cuerpo a aquel punto del espacio que primero nos habríamos representado” (Merleau-Ponty, 1994: 155-156).

Per a Merleau-Ponty, hi ha una estreta relació entre el nostre cos i la nostra experiència quotidiana (Turner, 2001b, 2006). Aquest autor assenyala que l’experiència del món requereix del cos viscut ja que el coneixement que tenim d’aquest és sempre una percepció corporal (Turner, 2006: 42). La realitat ens arriba mitjançant la percepció, la qual implica experiències corporals (Turner, 2001b), és a dir, depèn d’un cos viscut (Turner, 1992), el qual és l’agent de tots els actes perceptius (Carman, 1999). La percepció és, així, una experiència incorporada (Williams & Bendelow, 1998) i en aquesta “...we understand ourselves not as having but as being bodies” (Carman, 1999: 208).

És a través del nostre cos que estem al món i, a la vegada, és mitjançant el cos que el percebem (Carman, 1999); és a dir, el cos “...is the subject of perceptual experience and a possible object of perception. Indeed, it is only because it is a worldly object that it can perceive worldly objects (Dillon, 1988: 105).

“De igual manera será preciso despertar la experiencia del mundo tal como se nos aparece en cuanto somos del-mundo por nuestro cuerpo, en cuanto percibimos el mundo con nuestro cuerpo. Pero al tomar así nuevo contacto con el cuerpo y el mundo, también nos volveremos a encontrar a nosotros mismos, puesto que, si percibimos con nuestro cuerpo, el cuerpo es un yo natural y como el sujeto de la percepción” (Merleau-Ponty, 1994: 222).

D'aquesta forma, per a Merleau-Ponty, la corporalització (*embodiment*)³⁰ és fonamental en la percepció de del món (Turner, 2001b) i la seva conceptualització és clau a l'hora de desenvolupar una teoria de la percepció (Williams & Bendelow, 1995, 1998):

“In trying to understand human perception, Merleau-Ponty argued that perception is always undertaken from a particular place or perspective. It is not possible to talk about human perception of the world without a theory of embodiment as the ‘perspective’ from which observation occurs. Our perception of everyday reality depends on a lived body...” (Turner, 1992: 43).

Segons Merleau-Ponty, estem al món en la mesura que percebem el món amb el nostre cos. D'aquesta manera, a més de ser un component fonamental de la consciència perceptiva, el cos conforma també el fons permanent d'intencionalitat (Carman, 1999), ja que accedim al món que ens envolta a través del cos. Es tracta, així, d'una intencionalitat corporal en tant que és mitjançant el nostre cos que ens dirigim activament cap a l'exterior (Turner, 1992), i percebem i donem sentit al món de la vida i els seus objectes des de la situació determinada que aquest ocupa (Paredes Martín, 2008).

“La visión es una acción, eso es, no una operación eterna —la expresión es contradictoria—, sino una operación que da más de lo prometido, que siempre rebasa sus premisas y que sólo está interiormente preparada por mi apertura primordial a un campo de trascendencias, eso es, a un éxtasis. La visión se alcanza a sí misma y se reúne en la cosa vista. Le es esencial el captar y, de no hacerlo, no sería visión de nada; pero le es esencial el captarse en una especie de ambigüedad y oscuridad, porque no se posee y se escapa, por el contrario, en la cosa vista” (Merleau-Ponty, 1994: 386).

Merleau-Ponty descriu com, mitjançant la percepció, experimentem la realitat a partir del lloc, situació o punt de vista particular que té el cos al món (Turner, 1992, 2001b), “...siendo efectivamente cuerpo y entrando por este cuerpo en el mundo” (Merleau-Ponty, 1994: 91). El món arriba a la consciència través de l'“esquema corpori”³¹ que com, assenyala el mateix

³⁰ Turner (1992: 43) apunta com Merleau-Ponty fa servir aquest concepte de corporalització per a mostrar que “...neither the Cartesian body and mind dichotomy nor the idea of body-and-mind would do justice to his contention that all ‘higher’ mental functions are also somatic activities”.

³¹ Dillon (1988: 118) mostra com, malgrat que la noció d'esquema corpori de Merleau-Ponty fa referència al mateix “...phenomenon that Husserl calls pairing” (Dillon, 1988: 118), es poden trobar algunes diferències entre ambdues nocions: “...for example, the originality of the phenomenon can be explicated in terms of autochthonous organization instead of passive synthesis; Husserl's claim that my

autor, és “...una manera de expresar que mi cuerpo es-del-mundo” (Merleau-Ponty, 1994: 118):

“La teoría del esquema corpóreo es implícitamente una teoría de la percepción. Hemos aprendido de nuevo a sentir nuestro cuerpo, hemos reencontrado bajo el saber objetivo y distante del cuerpo este otro saber que del mismo tenemos, porque está siempre con nosotros y porque somos cuerpo” (Merleau-Ponty, 1994: 222).

“Es que el sujeto normal tiene su cuerpo, no sólo como sistema de posiciones actuales, sino además, y por eso mismo, como sistema abierto de una infinidad de posiciones equivalentes en otras orientaciones. Lo que hemos llamado esquema corpóreo es justamente este sistema de equivalencias, esta invariante inmediatamente dada por la que las diferentes tareas motrices son instantáneamente transponibles. Eso equivale a decir que aquél no es sólo una experiencia de mi cuerpo, sino también una experiencia de mi cuerpo en el mundo” (Merleau-Ponty, 1994: 158-159).

Aquest autor troba, així, una estreta relació entre la corporalització i l'èsser-al-món (Matthews, 2006), on el cos viscut és la base del nostre ésser-al-món (Williams, 2006), ja que l'èsser-al-món és ésser corporal (Jackson, 1996):

“El cuerpo es el vehículo del ser-del-mundo, y poseer un cuerpo es para un viviente conectar con un medio definido, confundirse con ciertos proyectos y comprometerse continuamente con ellos” (Merleau-Ponty, 1994: 100).

Merleau-Ponty apunta, no només a aquest arrelament al cos del nostre ésser-al-món, sinó també a la seva intercorporalitat i interexperiència, a la importància de les relacions que s'estableixen en el món de la vida quotidiana i les habilitats que el cos adquireix mitjançant la cultura (Williams & Bendelow, 1998). La corporalització és, per tant, quelcom fonamental en la subjectivitat de l'individu, però també en la seva sociabilitat (Jackson, 1996). Convivim amb altres en un món social i cultural³², un món intersubjectiu que existeix prèviament a que els individus s'introdueixin en ell (Good, 2003).

body is always sensuously prominent can be explicated in terms of Merleau-Ponty's tacit cogito or corporeal reflexivity; and so on—but the main difference under which all the others can be arrayed is a difference in starting point”.

³² El social entès per a Merleau-Ponty com “...the way in which the situational historicity of individual is lived in both concreteness and universality” (Natanson, 1973: 30).

“El mundo fenomenológico es, no ser puro, sino el sentido que se transparenta en la intersección de mis experiencias y en la intersección de mis experiencias con las del otro, por el engranaje de unas con otras; es inseparable, pues, de la subjetividad e intersubjetividad que constituyen su unidad a través de la reasunción de mis experiencias pasadas en mis experiencias, y nadie sabe mejor que nosotros cómo se efectúa por primera vez, la meditación del filósofo es lo bastante consciente como para no realizar en el mundo y antes de ella misma sus propios resultados” (Merleau-Ponty, 1994: 19).

III. 4. L'acostament de la fenomenologia a l'antropologia mèdica

III. 4. 1. Fenomenologia i cos

Ja en el camp de l'antropologia, i resseguint el concepte de cos de la teoria de la percepció de Merleau-Ponty, Csordas (1990,1994), en el seu paradigma de la corporalització (*embodiment*), tracta de fer una proposta de reformulació de les teories de la cultura i l'experiència, situant el cos al centre de la seva anàlisi. Reclama, així, per al cos un paper més important dins d'aquest àmbit de les ciències socials: no només com a concepte sinó com a base metodològica. Aquest autor assenyala que:

“...embodiment can be understood as an indeterminate methodological field defined by perceptual experience and the mode of presence and engagement in the world (...) The paradigm of embodiment means not that cultures have the same structure as bodily experience, but that embodied experience is the starting point for analysing human participation in a cultural world” (Csordas, 1993: 135).

“...to work in a 'paradigm of embodiment' is not to study anything new or different, but to address familiar topics -healing, emotion, gender, or power- from a different standpoint. There is not a special kind of data or a special method for eliciting such data, but a methodological attitude that demands attention to bodiliness even in purely verbal data such as written text or oral interview” (Csordas, 2001: 1273).

Des de la perspectiva de Csordas, el cos no pot ser concebut com a quelcom natural i limitat sinó com a una entitat que té una història i és tant un fet biològic com cultural; plantejant el pressupòsit de que el cos no és objecte sinó subjecte de la cultura: és l'àmbit existencial d'aquesta (Csordas, 1990, 1994). Partint de la corporalització, el cos passa a ser vist com agent d'experiència (Csordas, 1994) i la cultura a ser concebuda “...as an existential condition in which the body is the subjective source or intersubjective ground of experience” (Csordas, 2001: 1272).

El fet de definir el cos en termes d'experiència, comporta una distinció poc clara entre cos i ment i de la relació que aquests tenen amb la dicotomia objecte/subjecte (Csordas, 1994). El plantejar que el cos pot ser tant “...an object, as it is for contemporary technological medicine and conventional biological science, or it can be the subject of sensation, experience, and world”, presenta una alternativa a la interpretació del cos com a objecte i la ment com a

subjecte, per a concebre el cos "...as the source of subjectivity, and mind as the locus of objectification" (Csordas, 1994: 8). D'aquesta manera, Csordas (1990, 1994) apunta com el paradigma de la corporalització suposa una crítica a les principals dualitats conceptuals dins de les ciències socials com subjecte/objecte, ment/cos o subjectivitat/objectivitat, a més de tenir en compte una altra de les dicotomies implicada en l'estudi del cos: la de pre-objectiu/objectivat. Com apunta Csordas:

"Our lives are not always lived in objectified bodies, for our bodies are not originally objects to us. They are instead the ground of perceptual processes that end in objectification (Merleau-Ponty 1962; Csordas 1990, 1993, 1994), and the play between preobjective and objectified bodies within our own culture is precisely what is at issue in many of the contemporary critiques" (Csordas, 1994:7).

Per tal de traçar una teoria de la corporalització que permeti una superació d'aquestes dualitats, Csordas (1990) ressegueix les idees sobre el cos de la teoria de la percepció de Merleau-Ponty i del discurs sobre la pràctica de Bourdieu, assenyalant que el domini de la percepció i de la pràctica que aquests autors proposen són "paral·lels" i "compatibles" (Csordas, 1993).

"...for Merleau-Ponty the body is a 'setting in relation to the world', and consciousness is the body projecting itself into the world; for Bourdieu the socially informed body is the 'principle generating and unifying all practices', and consciousness is a form of strategic calculation fused with a system of objective potentialities" (Csordas, 1990: 8).

D'aquesta manera, de cara a construir la corporalització com a camp metodològic, Csordas tractarà de mostrar la dialèctica existent entre consciència perceptual i pràctica col·lectiva (Csordas, 1993), i analitzarà el concepte de 'pre-objectiu' de Merleau-Ponty i el de 'habitus' de Bourdieu (Csordas, 1990).

"To conjoin Bourdieu's understanding of the "habitus" as an unself-conscious orchestration of practices with Merleau-Ponty's notion of the "pre-objective" suggests that embodiment need not be restricted to the personal or dynamic micro-analysis customarily associated with phenomenology, but is relevant as well to social collectivities" (Csordas, 1993: 137).

Un aspecte important del paradigma de la corporalització assenyalat per Csordas és que des de l'àmbit de l'experiència es pot proporcionar una alternativa a l'excessiva presència que la

representació ha tingut dins de l'antropologia, mitjançant el terme fenomenològic d'ésser-al-món (Csordas, 1994). No es tractaria de substituir la representació sinó de proporcionar-li un concepte que la complementi, i que permeti entendre la cultura, més enllà de l'objectivació, com a experiència viscuda (Csordas, 2001: 1273):

“Semiotics offers the notion of textuality in order to understand representation, and phenomenology offers the notion of embodiment in order to understand being-in-the-world. ‘The body’ per se, can then be construed both as a source of representations and as a ground of being-in-the-world. Meanwhile, ‘embodiment’ becomes an avenue of approach to culture and self, just as textuality is an approach to the study of culture and self”.

Aquesta preocupació per la qüestió de la representació, porta també Csordas (1994) a tractar la relació entre llenguatge i experiència, assenyalant la necessitat d'anar més enllà de la seva polarització, on el llenguatge ens permet accedir al món de l'experiència, revelant, més que representant, l'ésser-al-món:

“I would argue that the polarization of language and experience is itself a function of a predominantly representationalist theory of language. One need conclude neither that language is "about" nothing other than itself, nor that language wholly constitutes experience, nor that language refers to experience that can be known in no other way. One can instead argue that language gives access to a world of experience in so far as experience comes to, or is brought to, language” (Csordas, 1994: 11).

Des d'un enfocament fenomenològic, i basant-se també en el treball de Merleau-Ponty, un altre autor, Leder (1990), examina el cos en la vida quotidiana i el seu paper en relació amb la subjectivitat (Zeiler, 2010). Leder (1990) desenvolupa una aproximació al cos viscut, partint de la distinció entre els conceptes alemanys de *Leib* (cos viscut) i *Körper* (cos físic), per tal de portar a terme una anàlisi filosòfica del dolor la malaltia i la mort com a experiència viscuda i incorporada, i on “...his treatment of phenomenology of human embodiment raises many issues which are germane to the understanding of health and illness” (Turner, 1991: 266).

Leder (1990: 1) afirma que el cos està sempre present en el desenvolupament de les interaccions quotidianes i apunta que “human experience is incarnated”. Però malgrat això, assenyala aquest autor, aquest està, a la vegada, fenomenològicament absent, o donat per descomptant, de la consciència d'aquestes rutines (Turner, 1991) i tendeix a allunyar-se de l'experiència directa (Leder, 1990). En les activitats de la vida quotidiana el cos desapareix de

la nostra atenció, sent poques vegades considerat per la nostra experiència (Zeiler, 2010). Com Merleau-Ponty ja va apuntar, malgrat el cos és fonamental en la nostra experiència, resta perifèric i marginal a les nostres percepcions (Carman, 1999).

“Correlativamente, yo no estoy enteramente en estas operaciones, ésas siguen siendo marginales, se producen adelantándoseme, el yo que ve o el yo que oye es, en cierto modo, un yo especializado, familiarizado con un solo sector del ser, y es precisamente a este precio que la mirada y la mano son capaces de acertar el movimiento que precisará la percepción y pueden hacer alarde de esta presciencia que les da la apariencia de automatismo” (Merleau-Ponty, 1994: 245).

Així, Leder apunta a aquesta paradoxa de la presència del cos, on, per una part, és una presència essencial en la nostra vida, i, per altra, es caracteritza per l'absència, on el cos en si mateix poques vegades representa en l'experiència “l'objecte temàtic”. Aquest autor parlarà, en aquest cas de desaparició (“dis-appearance”) corporal, la qual no implica que el cos ens sigui completament absent, ja que som pre-reflexivament conscients del nostre cos com a nostre i continua sent a través del cos que interacciona amb els altres i el món (Zeiler, 2010).

Segons Leder aquesta forma de desaparició corporal pot ser alterada en certs contextos, quan el cos passa a ser, encara que de manera disfuncional, un objecte important de l'experiència (Bendelow & Williams, 1995). Diferenciarà, així, entre “dis-appearance” i “dys-appearance”³³ corporal. En relació a aquest segon terme, apunta que els individus poden esdevenir més conscients dels seus cossos en els moments de disfunció, dolor o malaltia, experimentant el cos com l'absència d'un “desired or ordinary state” (Leder, 1990: 103). En aquestes situacions, el cos esdevé quelcom al que ara parlo esment, un objecte de la nostra consciència i experiència, l'experiència de que tinc un cos (Zeiler, 2010). L'alteració del nostre món donat per descomptat i de les nostres biografies pot portar a que aquesta experiència adquireixi nous significats, ja que el dolor redefineix el nostre espai, el nostre temps, les nostres intencions i les relacions amb nosaltres mateixos i amb els altres (Bendelow & Williams, 1995). En aquestes situacions el nostre món es transforma i impacta sobre la nostra percepció i les nostres accions i també sobre les de les persones que ens envolten (Zeiler, 2010).

³³ On el cos, segons Leder (1990: 84), es presenta “...as a thematic focus of attention, but precisely in a dys state – dys is from the Greek prefix signifying 'bad', 'hard' or 'ill', and is found in English words such as 'dysfunctional’”.

En casos de “dys-appearance” per dolor crònic o agut, segons Leder, una conseqüència de que el cos esdevingui un objecte de l'experiència podria ser l'alienació o la constricció espai-temporal del subjecte (Zeiler, 2010). Les experiències de patiment o malaltia trastocuen i desafien el coneixement del cos, tallant amb les rutines quotidianes de la seva l'experiència i de la medietat de ser al món (Becker, 1997).

Per a Leder la “dys-appearance” és també a la vegada social, ja que està condicionada per la mirada de l'altre, que ens pot portar una intensa consciència del nostre cos (Heyes, 2007). D'aquesta manera, com comenta Heyes, Leder apunta a certes subjectivitats que experimenten una “dys-appearance” com a desviacions d'una norma saludable, apel·lant a una “...descriptive phenomenology in which dualism grounds the truth of experience (albeit in a way inflected by sociality) struggles to capture the effects of normalization³⁴ on embodied subjectivity”(Heyes, 2007: 25).

Però Heyes assenyala que, encara que Leder apunti a la importància de la mirada de l'altre en la percepció del nostre cos, al considerar que “...self is ontologically prior to its intersubjective commitments” (Heyes, 2007: 16), aquest no veu que els cossos també poden estar fonamentats en la seva relació amb la “dys-appearance” social:

“If our default lived experience were more uniformly akin to the corporeal absence and intersubjective mutuality Leder establishes as his aspirational norm, then normalization would be a much more benign influence on our experience of ourselves” (Heyes, 2007: 25).

³⁴ La normalització entesa, segons Heyes (2007: 16), com a “...a set of mechanisms for sorting, taxonomizing, measuring, managing, and controlling populations, which both fosters conformity and generates modes of individuality”.

III. 4. 2. Experiència intersubjectiva, patiment i malaltia

Per la seva part, Good (1992, 2003), seguint les categories analítiques de 'món quotidià' i de 'sentit comú' de Schütz, també apunta que, en molts casos de dolor crònic, el cos és experimentat com un objecte diferent i alienat del seu jo i dels altres que comparteixen el seu món quotidià, el temps és sentit de manera diferent als altres, perdent la seva capacitat ordenadora³⁵. Com ja havien assenyat els mateixos Schütz i Luckmann (1973: 53):

“El mundo de la vida cotidiana nos es dado como presupuesto (...) El ámbito de sentido de este mundo conserva el acento de la realidad mientras nuestras experiencias prácticas confirmen su unidad y armonía. Se nos aparece como la realidad “natural”, y no estamos dispuestos a renunciar a la actitud que se basa en ella, salvo que una especial experiencia conmocionante irrumpa en la estructura de sentido de la realidad cotidiana y nos introduzca a transferir el acento de realidad a otro ámbito de sentido”.

Segons Good, el dolor soscava els objectius de la vida quotidiana i pot portar a una destrucció del món vital de la persona: “It is a world threatened by dissolution. Space and time are overwhelmed by pain, and the private world not only loses its relation to the world in which others live, its very organizing dimensions begin to break down. Pain threatens to unmake the world” (Good, 1992: 42).

Però Good (1992, 2003) també assenyalava que, en ser l'experiència intersubjectiva, les estructures i pràctiques socials que fan de mediadores juguen també un paper important en aquesta deconstrucció del món de la vida:

“Los aquejados de dolor crónico se ven profundamente implicados en el sistema de atención médica, al persistir en sus esfuerzos para encontrar alivio y un tratamiento eficaz. Sus interacciones con el sistema médico representan un papel crucial en la modelación de su experiencia” (Good, 2003: 235).

Aquests sistemes mèdics són dependents d'una realitat socialment i culturalment construïda, a la vegada que participen en la construcció i transformació d'aquesta realitat. D'aquesta

³⁵ A parer de Schütz “...there are experiences that, even when reflected upon, defy our abilities to secure typification and thus remain fundamentally discontinuous and indeterminate in structure” (Throop, 2003: 233).

manera apunta que una sèrie de processos formatius, que han estat constituïts per la cultura, conformen també el dolor i el patiment (Throop, 2002), i modelen la malaltia com “una realidad personal y social” (Good, 2003: 131).

Per la seva part, Kleinman (1988) apunta que el fet de topar amb la resistència d’una experiència de vida profunda ens treu fora de la nostra perspectiva de sentit comú del món que ens envolta -la qual prové d’un sistema cultural local i que és la manera acceptada de concebre la realitat-, i ens posa en una situació de canvi en la qual hem de prendre una altra perspectiva sobre la nostra experiència. Així, el patiment, com a condició humana³⁶, pot limitar aquesta experiència i redefinir la nostra vida (Kleinman & Kleinman, 1991).

Segons Kleinman (1992b) l’experiència serveix com a concepte clau a l’hora d’analitzar mons locals de patiment, dolor i malaltia. Kleinman tracta de situar conjuntament els pols col·lectiu i individual de l’anàlisi de l’experiència: “...collective (both local and societal) and individual (both public and intimate)” (Kleinman & Kleinman, 1991: 277). Per a ell l’experiència, experiència viscuda entesa fenomenològicament, com a manera d’ésser-al-món (Kleinman, 1997), és sempre al mateix temps social i subjectiva, i dóna forma i transforma, a la vegada que és formada i transformada pels aspectes socials, polítics i culturals (Biehl, Good & Kleinman, 2007): “...the outcome of cultural categories and social structures interacting with psychophysiological processes such that a mediating worlds is constituted” (Kleinman & Kleinman, 1991: 277). L’experiència és, per tant, interpretada com a una forma de “mediació interpersonal”³⁷ (Kleinman & Kleinman, 1991: 295).

Kleinman (1992b: 128) defineix, així, l’experiència com a “...the felt flow of interpersonal communication and engagements”, és a dir, com “...an interpersonal, intersubjective realm of engagements, transactions, communications, and other activities”. Per a aquest autor,

³⁶ Condició humana entesa, segons Kleinman (1991: 278) com a “...the existence of certain defining rhythms and limits to experience”. En aquest sentit, Kleinman (1991: 295) assenyala que: “That which is at stake for men and women is constrained by shared human conditions, and, at the same time, it is elaborated by the particularities of local life worlds and individuals. Thus, human conditions denote both universal and particular forms of living”.

³⁷ Kleinman (1991: 295) parla d’una aproximació a una “ethnography of interpersonal experience” o a una “sociodynamics of cultural experience”, ja que “...we regard culture to be constitutive through the everyday processes and practices, the interpersonal routines and rhythms of experience”.

l'experiència és, d'aquesta manera, intersubjectiva, on, en un joc dialèctic, els processos col·lectius i subjectius interactuen entre si (Kleinman, 1998), abastant tant les realitats socials com les reinterpretacions individuals d'aquestes (Kleinman & Fitz-henry, 2007: 53):

“We are born into the flow of palpable experience, where our senses are first patterned by the symbols and social interactions of our local worlds. But our emergent subjectivities also return to those symbols and interactions, reconfiguring, repatterning, and sometimes even completely reinterpreting them”.

Segons Kleinman, aquesta experiència forma part de la vida i pràctiques quotidianes, i sempre es desenvolupa dins d'espais socioculturals particulars (Biehl, Good & Kleinman, 2007; Kleinman & Fitz-henry, 2007), en una estructura interpersonal on les accions i les relacions socials, culturals i polítiques tenen lloc (Kleinman, 1992b): són els mons locals.

Aquest autor defineix el món local com “...a shape or coherence to its flow of interpersonal experience, whose contours, if we view them from afar and compare them with other local worlds, are recognizable as a particular form of life, a local way of being human” (Kleinman, 1992b: 129). En aquest món local les institucions socials, les categories culturals i el món individual estan interconnectats mitjançant processos mediadors interpersonals (Kleinman, 1992b).

Kleinman (1998) apunta que l'experiència és caracteritzada per ser intencional, dirigida cap a alguna cosa i per la seva orientació pràctica; és la manera en què les persones en la seva vida diària s'impliquen amb les coses al món local (Kleinman & Fitz-henry, 2007). Per a aquest autor “...what so thoroughly absorbs the attention of participants in a local world is that certain things matter, matter greatly, even desperately” i són els significats col·lectius i individuals del que és important el que dona a l'experiència el seu caràcter moral³⁸ (Kleinman, 1998: 360). Per tant, es pot parlar de mons locals com a morals

“... for what precedes, constitutes, expresses, and follows from our actions in interpersonal flows of experience are particular local patterns of recreating what is most

³⁸ Per a Kleinman (2006: 1–2) la vida de les persones és moral ja que “...for each and every one of us, life is about the things that matter most to us. Just carrying on our existence, negotiating important relations with others, doing work that means something to us, and living in some particular local place where others are also passionately engaged in these same existential activities.”

at stake for us, what we most fear, what we most aspire to, what we are most threatened by, what we most desire to cross over to for safety, and what we jointly take to be the purpose, or the Ultimate meaning, of our living and our dying” (Kleinman, 1992b: 129).

Són en aquests mons locals on tenen lloc els processos socio-dinàmics en els que les persones estan interessades, i des d'on es pot orientar l'acció i transformar l'experiència (Kleinman, 1997).

Kleinman descriu el patiment com una forma particular d'experiència interpersonal viscuda dins de mons locals en els que les institucions socials i el món individual estan interconnectats mitjançant processos mediadors interpersonals³⁹, situant el patiment “...within the social, psychological and moral processes that connect that interiority through the medium of interpersonal experience to a social context” (Kleinman, 1992b: 129-130).

Els mons locals són, així, aquells contextos culturals locals on l'experiència de la malaltia i altres formes de patiment són constituïdes com a realitats intersubjectives i morals (Jackson, 1996): “...those context of belief and behaviour are local moral worlds, where, inter alia, the experience of illness is constructed (Kleinman, 1992a: 172).

Segons Kleinman, vivim en un flux cultural d'experiència (Kleinman & Kleinman, 1991) i, per tant, en l'àmbit del patiment i la malaltia, la cultura fa de mediador entre la corporalització de la malaltia com a realitat fisiològica i la seva experiència significativa, és a dir, conforma la relació dialèctica entre cos i persona i entre significat i experiència (Kleinman, 1988: 27):

“The modern Western cultural orientation contributes to our experience of suffering precisely through this reciprocal relationship between the actual experience qua experience and how each of us relates to that experience as an observing self. We might say that culture fills the space between the immediate embodiment of sickness as a physiological process and its mediated (therefore meaning-laden) experience as a human phenomenon – for example, as an alienated part of body-self, as a vehicle for transcendence, or as source of embarrassment or grief. Illness takes on meaning as suffering because of the way this relationship between body and self is mediated through cultural symbols ...”.

³⁹ És en aquest sentit, que Kleinman (1995: 101) defineix el patiment com a “...universal aspects of human experience in which individuals and groups have to undergo or bear certain burdens, troubles, and serious wounds to the body and spirit that can be grouped into a variety of forms”.

Com apunta Kleinman, la cultura amb els seus significats de la malaltia configuren el patiment com una forma moral d'aflicció (Bendelow & Williams, 1995). El patiment, és, per a aquest autor, una experiència moral i apunta que en cap altre lloc la forma moral de l'experiència és més important (Kleinman & Benson, 2006): "Nowhere is this moral cast to the flow of experience more recognizably influential than in that type of experience of contingent misfortune or routinized misery to which we give the perennially resonant name "suffering"" (Kleinman, 1992b: 129). De la mateixa manera, Good (2003) assenyala aquest caràcter moral de la malaltia, ja que és experimentada com a quelcom que trenca amb l'ordre moral existent.

Aquest últim autor també apunta a aquesta base moral de l'experiència de la malaltia, ja que "... la enfermedad combina dimensiones físicas y existenciales, la dolencia corporal y el sufrimiento humano" (Good, 2003: 138). El coneixement mèdic és un medi per comprendre la naturalesa de la malaltia i el patiment i en les seves pràctiques mostra i transmet preocupacions, creences, judicis i compromisos morals amb el món (Good, 2003). Com apunta Kleinman, "for Good, the materialist and moral components of medicine's symbolic forms are exemplified in "the role of medicine in mediating physiology and soteriology" (Kleinman, 1995: 243).

III. 4. 3. Dimensions col·lectives de l'experiència

El patiment, per a Kleinman, és una forma particular d'experiència en els mons locals, però també és social i "...transcends it as cultural representation, as transpersonal experience, and as the embodiment of collective memory" (Kleinman, 1997: 317). El patiment és, per tant, una experiència social i deriva dels danys que les formes de poder socials poden causar sobre aquesta experiència (Kleinman, Das & Lock, 1997: ix): "Social suffering results from what political, economic, and institutional power does to people and, reciprocally, from how these forms of power themselves influence responses to social problems". D'aquesta manera, encara que partint de la idea fenomenològica principal d'experiència, Kleinman té en compte també un context social més ampli del patiment.

El patiment és social perquè és una construcció social que funciona com a model cultural (Kleinman 1997), però també perquè, a la vegada, participa en la construcció del món social (Kleinman, Das & Lock, 1997: xxiv-xxv): "that this social process carries an existential resonance today means that it is part of the constitution of our world. Social suffering possesses these meaning, among others".

Les categories biomèdiques, consolidades per les normes socials, conformen l'experiència, i és aquesta mateixa experiència construïda culturalment la que valida els discursos i les pràctiques d'aquestes categories objectivades⁴⁰ (Kleinman, 1995). Com assenyala Sachs (1995), les diferents formes en què les persones perceben i experimenten el seu cos i la malaltia com una realitat objectiva donada per descomptada és un reflex de com el discurs mèdic ha estat interpretat i institucionalitzat per aquests individus en les seves vides quotidianes. És així que el coneixement biomèdic està sempre present en la vida del món quotidià i té un paper fonamental en l'experiència de salut i malaltia de les persones (Lindenbaum & Lock , 1993).

⁴⁰ Kleinman fa referència a la idea de la construcció social de la realitat de Berger i Luckmann (1988) on es reflexiona sobre "...the internalization of cultural categories, through socialization, into personal experience as involving incorporation followed by objectivization. Thus, in their view, objectivity is, at least in part, a projection of internalized but socially derived categories onto the external world, where they are then "felt" to be "objective" structures of reality, because personal experience, through a grand tautology, does indeed match public definition" (Kleinman, 1995: 78).

Kleinman introdueix, amb la idea de patiment social, la dimensió col·lectiva de l'experiència del patiment i expressa com el patiment representa un compromís intersubjectiu en les relacions socials -experiència social del patiment-. Mostra com aquest patiment connecta els aspectes emocionals, morals i polítics de l'experiència de la persona, a la vegada que aquesta experiència és modificada i transformada per la història, l'economia i la política (Kleinman, 1997; Kleinman, Das & Lock, 1997).

Per a aquest autor, les experiències socials del patiment són configurades per les representacions culturals. Els diferents discursos i pràctiques socials conformen i transformen la vida quotidiana de les persones i la seva manera d'ésser-al-món, on "...experience is learned, shared, and, not infrequently contradicted" Kleinman, Das & Lock, 1997: xi-xii). Els significats, compromisos i interessos creats culturalment construeixen categories morals vinculades a les emocions i conformen les nostres pràctiques i experiències com a normals o com a patològiques (Kleinman, 1997; Kleinman, Das & Lock, 1997).

D'aquesta manera, Kleinman assenyala que les normes socials envolten la normalitat i la patologia (Kleinman, 1992a, 1997), modelant les distincions entre salut i malaltia⁴¹ (Kleinman & Petryna, 2001). Seguint el treball de Canguilhem de com la biomedicina comença la construcció dels seus objectes determinant què és normal i què és patològic⁴², apunta com els processos dialèctics existents entre "the socially normative and the biologically normal" -és a dir, entre les estructures morals creades per controlar i la condició de normalitat en el cos i l'experiència de l'individu- són per a aquest autor "...the ontological and epistemological grounds for understanding health and disease." (Kleinman, 1992a: 171).

Altres autors com Heyes (2007) o Becker (1997) també apunten com els discursos sobre la normalitat conformats per les institucions socials⁴³ són importants en la formació i

⁴¹ Així, les explicacions existents al voltant de la distinció entre salut i malaltia "...often convey value judgments, senses of right and wrong and of accountability and blame, as well as reveal what is morally at stake in definitions of health and its failures" (Kleinman & Petryna, 2001: 6495).

⁴² Segons Canguilhem (1986), normal/patològic fa referència a una distinció moral més que a una diferència de grau, rebutjant, així, "...o pensamento dominante da época, segundo o qual os fenômenos patológicos seriam meras variações quantitativas dos fenômenos normais" (Coelho & Almeida, 1999).

⁴³ Institucions que, segons Becker (1997: 201), "...may shape discourses in certain directions but also affect the translation of those discourses into practice".

transformació de l'experiència de la malaltia. Aquest últim autor, parla, així, sobre la rellevància de la força moralitzadora de les ideologies normalitzadores -"moral force of normalizing ideologies" (Becker, 1997: 101)- de les institucions sanitàries sobre la vida de les persones:

"Discourses on normalcy mediated by social institution play a major role in shaping the personal experience of disruption. They are not simply layered onto the experience of disruption, however; they are part of it. It is not possible to tease apart the experience of disruption and the discourses on normalcy. They form an ongoing dialogue, one that is continuously transformed in people's experiences" (Becker, 1997: 201).

Kleinman (1997) apunta, per tant, com els discursos i les pràctiques polítiques i professionals defineixen formes i categories de patiment així com els tipus de resposta a aquest, apropiant-se del patiment com a objecte de modelació, intervenció i atenció, sobretot mitjançant la medicalització:

"Political and professional processes powerfully shape responses to types of social suffering. These processes involve both authorized and contested appropriations of collective suffering. A central activity described later in this volume is medicalization. The state, its institutions, and groups that contest state control press medicalization for its advantages in regulating persons, their bodies and networks" (Kleinman, Das & Lock, 1997: xii).

Per la seva part, Good (2003: 133) fa servir el concepte de processos formatius per analitzar, "desde términos fenomenológicos", com es constitueix la medicina com una forma de realitat culturalment percebuda. Segons aquest autor, es tracta d'aquells processos a través dels quals "la medicina formula o constituye esa dimensión del mundo a la que se refiere el conocimiento médico" (Good, 2003: 132). És mitjançant aquests processos formatius que la medicina tracta de modelar el cos de les persones i d'objectivitzar la malaltia "como un objeto de diagnóstico, y de actividad terapéutica" (Good, 2003: 132), incorporant-la al món social i a l'experiència de les persones⁴⁴ com a objecte de coneixement i com a element de control (Roseman, 2002). La medicina, així, col·labora a formar les percepcions dels signes corporals de la malaltia i, per tant, a definir com les persones experimenten i expressen la salut i la malaltia (Sachs, 1995).

⁴⁴ Segons Kleinman (1995: 38), les construccions mèdiques "...are reinforced by societal regulations that can influence all sectors of experience".

Good, a l'hora de desenvolupar el concepte de processos formatius, utilitza la idea de Cassirer de principi formatiu. El fet de partir de l'anàlisi de les formes simbòliques de Cassirer com "...un modo de aprehender el mundo y de influir en él a través de los símbolos" (Good, 2003: 168), li serveix per a presentar la medicina com "...una forma simbólica a través de la que la realidad se formula y organiza de una manera específica" (Good, 2003: 135).

La proposta de Cassirer li permet, així, a Good una comprensió dels processos interpretatius mitjançant els quals es construeix i representa la realitat mèdica i parlar de

"...como modos de experiencia y clases de conocimiento a un tiempo, como formas de actividad que articulan y revelan el mundo de la experiencia, y su concepto de que la fenomenología de la cultura humana está situada en el centro de la actividad y que 'aprehende y esclarece los principios formativos'" (Good, 2003: 136).

Segons Good, el fet d'investigar les pràctiques formatives i les realitats mèdiques que aquestes elaboren i transformen, convida a fer una lectura de Foucault a través de les idees formulades per Cassirer. Com Kleinman apunta,

"Foucault's notion of the discursive practices subsumed under a particular discourse and the contemporary social anthropological concern with "practice" are viewed by Good as ways of approaching this study of the symbolic mediation of reality, including medical reality. For Good, the materialist and moral components of medicine's symbolic forms are exemplified in "the role of medicine in mediating physiology and soteriology" (Kleinman, 1995: 243).

Per a aquests dos autors, els treballs de Foucault aporten una perspectiva històrica i política sobre les pràctiques discursives mèdiques i la construcció i representació dels seus objectes (Good, 2003), ressaltant la importància d'analitzar els discursos mèdics, les seves estructures simbòliques, les realitats que conformen i transformen, les institucions que els legitimen i des d'on s'apliquen, i les relacions de poder que es creen (Good, 1981).

Altres autors com Heyes (2007) assenyalen com les idees de Foucault poden ser de gran utilitat a l'hora de comprendre la normalització com a fenomen corporal i la internalització dels judicis normalitzadors. Seguint les explicacions de Foucault, remarca com la normalització produeix diferents formes de subjectivitat, on els judicis normalitzadors que han estat interioritzats

generen un cert tipus d'identitat interior percebuda d'un mateix, que es experimentada com a subjectivitat i que es pot o no ajustar a l'aparença del cos exterior.

Però, malgrat les aportacions de Foucault, Good (2003:137) critica la seva anàlisi per no tenir en compte "las características dialógicas del discurso", per la manca d'elements d'intencionalitat i consciència del subjecte que rep aquestes pràctiques discursives, i, per tant, per la carència d'una perspectiva que tingui en compte l'experiència viscuda d'aquest⁴⁵. Així, Good assenyalava que "...pese a toda su atención "al cuerpo" como el objeto de las prácticas sociales, la obra de Foucault excluye en gran medida la atención al cuerpo como fuente de la experiencia y de la comprensión" (Good, 2003: 137).

Turner (1995) també apunta a aquest oblit de Foucault d'aspectes fenomenològics importants a l'hora d'analitzar el discurs biomèdic com la consciència, l'experiència i el cos viscut, remarcant que:

"...he tends to provide what we would call a structuralist theory of the body; that is, he treats the body as the outcome, or effect of changes in social organizations and thereby does not provides a phenomenology of the lived body. Foucault tends to deny the importance of consciousness at the phenomenological level, being more concerned with the effects of medical discourses" (Turner, 1995: 222).

Per la seva part, Jackson (1996: 22) troba en la qüestió del subjecte el principal problema de la noció de pràctiques discursives de Foucault, ja que "...excludes autonomous subjects from the anonymous labyrinths of culture". Apunta que, al no tenir en compte al subjecte conscient, Foucault prioritza temes sobre poder polític i dominació en detriment d'aspectes més existencials, com les experiències de vida i els significats del patiment, i d'aquesta manera "...would deprive us of the very site where life is lived, meanings are made, will is exercised, reflection takes place, consciousness fins expression, determinations take effect, and habits are formed or broken" (Jackson, 1996: 22).

⁴⁵ De la mateixa manera, Csordas (1994) també observa l'absència de la identitat i l'agència en l'explicació de Foucault sobre els aspectes discursius del cos com a objecte de dominació.

III. 5. Propostes dialèctiques entre diferents aproximacions analítiques

Williams i Bendellow (1998) afirmen que no es pot arribar a comprendre com es conformen les pràctiques discursives sense tenir en compte les accions i experiències incorporades de les persones: “...only on this basis can we begin to put minds back in bodies, bodies back in society, and society back into bodies” (Williams & Bendellow, 1998: 209). Ressalten que el dolor i la malaltia, com a experiència, s’originen en el cos viscut, però a la vegada estan vinculats a àmbits de significats culturals, de la mateixa manera que les relacions socials en aquest context no poden ser enteses sense tenir en compte la corporalització i les experiències de la vida. Com ells mateixos apunten, es tracta d’uns lligams complexes on “...through an imperceptible twist bodily ‘interiority’ becomes ‘externalised’ and social ‘exteriority’ becomes ‘interiorised’” (Williams i Bendellow, 1998: 8).

Aquests autors (1998, 2000) mostren com l’exploració de temes com el cos, les emocions, el dolor o la malaltia ens proporcionen un exemple de la utilitat de la combinació d’una ontologia fundacional del cos i una epistemologia constructivista social⁴⁶ a l’hora d’aportar una comprensió més unitària i global dels aspectes socials, culturals i biològics i evitar, així, concepcions dicotòmiques que han resultat molt limitades en tractar d’explicar tals fenòmens.

“Seen in these terms, pain provides a perfect example of how a foundationalist ontology of the body (as a material, pre-social entity) can profitably be combined with a social-constructionist epistemology - one in which culture and narrative fill the existential space

⁴⁶ Turner (1992), en parlar de les diferents aproximacions analítiques al cos dins les ciències socials, distingeix entre ontologies fundacionalistes (*foundationalist*) i anti-fundacionalistes i entre epistemologies construccionistes socials i anti-construccionistes. Les ontologies fundacionalistes serien aquelles que “...are concerned to understand the body as a lived experience, or to comprehend the phenomenology of embodiment, or to understand how the biological conditions of existence impinge upon the everyday live and macro organization of human population” (Turner, 1992). En canvi les anti-fundacionalistes “...conceptualize the body as a discourse about the nature of social relations, or comprehend the body as a system of symbols, or seek to understand how bodily practices are metaphors for larger social structures, or they understand the body as a social construction of power and knowledge in society, or perceive the body as an effect of social discourse” (Turner, 1992). Pel que fa al nivell epistemològic, pels construccionistes socials el cos “...is socially constructed by discursive practices” (Turner, 1992), a diferència dels anti-construccionistes socials, pels quals el cos “...exists independently of the forms of discourse which represent it” (Turner, 1992).

between the 'immediate embodiment of disease as brute materiality' and its 'meaning-laden character as human experience' (Kleinman 1988). A truly satisfactory account of pain must also, however, confront the enduring power of these dichotomies at the experiential level. As an 'anti-language', pain, paradoxically, 'deconstructs our world', shattering the self into a 'series of lived oppositions' and rendering all meaning meaningless. Here we return to the 'discursive limits' of social constructionism and the need for more complex, foundational, approaches to the body, disease and illness" (Williams & Bendelow, 1998: 210).

Així, per a una major comprensió de la relació entre persona, cos i cultura, Williams i Bendellow (1998, 2000) aposten per una concepció de la corporalització com a base existencial de l'ésser-al-món, però que a la vegada tingui en compte l'acció social i la constitució cultural i històrica dels cossos⁴⁷. D'aquesta manera, volen posar èmfasi en la creació de propostes dialèctiques que integrin els diferents nivells d'anàlisi existents:

"In theorising the body, it is not, therefore, a question of choosing between order or control, materialism or constructionism, experience or representation, but of exploring their dialectical relationship to each other and the emergent properties contained therein" (Williams & Bendelow, 1998: 8).

Podem trobar també en Scheper-Hughes i Lock (1987: 31), un intent d'integració de diferents nivells d'anàlisi per tal de mostrar "...the interaction among the mind-body and the individual, social, and body politic in the production and expression of health and illness". En aquest text es planteja un concepte de cos entès en les seves diferents perspectives unificades a través de la noció de 'cos conscient' (cos pensant, *mindful body*) (Bendelow & Williams, 1995): el cos individual -en el sentit fenomenològic de l'experiència viscuda del propi cos-, el cos social - "...referring to the representational uses of the body as a natural symbol with which to think about nature, society, and culture" (Scheper-Hughes & Lock, 1987: 7)- i el cos polític - "...referring to the regulation, surveillance, and control of bodies (individual and collective) in reproduction and sexuality, work, leisure, and sickness" (Scheper-Hughes & Lock, 1987: 7-8)-. Aquestes autores apunten a que es tracta de tres nivells d'anàlisi superposats, on els tres

⁴⁷ Altres autors, com Berger i Luckmann (1988) dins de la seva sociologia del coneixement, també assenyalen la importància d'analitzar la vinculació existent entre, per una banda, les estructures de la consciència i de l'experiència subjectiva i, per altra, els universos simbòlics, circumstàncies socials i processos institucionals específics. Berger i Luckmann, remarquen la utilitat de poder combinar el mètode fenomenològic i la sociologia de les institucions, per tal de poder aprofundir en ambdós aspectes.

cossos representen diferents aproximacions teòriques: la fenomenologia, l'estructuralisme i simbolisme, i el post-estructuralisme, respectivament⁴⁸.

El 'cos conscient' (cos pensant, *mindful body*) esdevé, així, per a Scheper-Hughes i Lock, en una part fonamental en la compressió de la persona (self) com a corpòria en temps i llocs diversos, però específics, i on el cos forma part dels processos socials i polítics (Biehl, Good & Kleinman, 2007). Les emocions, entre elles el dolor, són vistes com a mediadores dels tres cossos, al trobar-se en la unió entre la ment i el cos i servir de connexió entre l'individu, la societat i el sistema polític (Bendelow & Williams, 1995).

Seguint amb les propostes que tracten d'integrar diferents nivells d'anàlisi, Crossley (1996), per la seva part, demanda per als estudis sobre el cos un plantejament metodològic basat en la fenomenologia que també tingui en compte aspectes com el poder, l'estructura o la història. Així, més enllà d'assenyalar com de significatives poden ser les teories de Merleau-Ponty i Foucault sobre el cos, aquest autor considera que aquestes teories són compatibles entre si i poden fer-se servir de forma complementària, ja que tenen en comú una concepció del cos que tracta d'allunyar-se dels principis predominants a Occident⁴⁹, i en la que es té present tant la relació entre l'agència i el poder, com els aspectes socio-històrics que comporten una anàlisi de les relacions espai-temporals (Crossley, 1996). Per tant, per a Crossley, de forma relacional i en una mateixa estructura, el cos és tant viscut i actiu, seguint Merleau-Ponty, com a quelcom sobre el qual s'actua, tal com remarca Foucault:

"This tension, I contend, is precisely what constitutes the human body qua socio-historical being. The body as a mastered and self-aware being is, as I have argued, formed in this interstice. Likewise, as I have shown with regard to spatiality, the modalities of the body-subject are formed in this tension: it positions and is positioned, functions and makes function" (Crossley, 1996: 114).

⁴⁸ Encara que aquesta proposta de Scheper-Hughes i Lock aporta elements interessants de discussió per tal de superar la divisió cartesiana ment/cos, mostra, com apunta Martínez Hernàez (2008: 118-119), "...una perenne confusión entre lo que pueden ser tres dimensiones de cuerpo (individual, social y política) y tres teorías y epistemologías sobre el cuerpo (fenomenología, estructuralismo y postestructuralismo). En realidad, cualquiera de las teorías o epistemologías sobre el cuerpo no parece negar los otros niveles corporales".

⁴⁹ Segons Crossley (1996: 100), ambdós autors tracten d'oferir una alternativa a la concepció occidental de cos "...as a closed, object-like, physiological system, or rather, each opposes the notion that the body is only an object-like system".

L'autor ressalta aquesta complementarietat i punts en comú entre Merleau-Ponty i Foucault, malgrat que és conscient de les diferències que separen ambdós a l'hora de formular i desenvolupar cadascuna de les seves propostes. Per exemple, com treballen en diferents marcs temporals, com no entenen els hàbits històrics de la mateixa forma (Merleau-Ponty com a manera d'ésser-al-món i Foucault des de la història i les pràctiques polítiques) o com conceben de manera diferent la consciència del cos⁵⁰.

Tanmateix, Turner (2001a, 2001b, 2006) tracta també d'apropar-se a una proposta dialèctica. Aquest autor assenyala que dins dels estudis sobre el cos en ciències socials destaquen sobretot dues tradicions o enfocaments. Per una banda, aquella on el cos és vist com un conjunt estructurat de significats, com una representació sociocultural, i que és independent de les intencions dels mateixos actors. Des d'aquesta perspectiva es tracta d'entendre com el cos forma part i és representat pels discursos dels governs, i com s'exerceix el poder, la regulació, la disciplina i el control sobre aquest (Turner, 2006). Turner situa en aquesta tradició els treballs de Foucault. L'altre dels enfocaments seria el de la fenomenologia de la corporalització, la qual busca arribar a la comprensió de l'experiència fenomenològica i les pràctiques del cos viscut, i poder analitzar els vincles entre el cos, l'experiència i la persona. L'inici d'aquests tipus d'estudis es troba, segons Turner (2006), en la fenomenologia de la percepció de Merleau-Ponty. Aquest autor insisteix en la importància d'una "reconciliació analítica" entre aquestes dues perspectives⁵¹ per tal que ens pugui ajudar a "...distinguishing between, first, the idea of the body as representation, and, second, embodiment as practice and experience" (Turner, 2006: 44).

⁵⁰ Crossley (1996) assenyala que per a Merleau-Ponty el cos, malgrat desenvolupar una consciència del seu entorn, no és inicialment un objecte directe de la seva pròpia consciència, sinó que aquesta consciència és adquirida a través de la seva participació en un món sociocultural; i que per a Foucault la consciència que un té del seu cos és mitjançada pel poder i els seus esquemes discursius associats a formes socials institucionalitzades.

⁵¹ Per a aquest autor, una possible proposta dialèctica entre les dues tradicions es podria trobar en la teoria de la pràctica de Bourdieu: "Bourdieu's theory of practice offers a possible solution to this persistent tension between meaning and experience, or between representation and practice. Bourdieu's notions of habitus and practice in provide robust research strategies for looking simultaneously at how social status differences are inscribed on the body and how we experience the world through our bodies that are ranked in terms of their cultural capital" (Turner, 2006, 44).

Turner (2001a, 2001b), d'aquesta forma, apunta al valor de poder desenvolupar una sociologia del cos que combini una comprensió de la fenomenologia del cos viscut amb la idea de que el cos és construït com a quelcom d'interès professional per tal de portar a terme una aproximació a la vida quotidiana basada en la corporalització, les relacions socials i les institucions.

Per a Turner (2001a: 260), la corporalització, encara que es refereix a "...the lived experience of the sensual or subjective body", no és un projecte individual i aïllat sinó social, ja que té lloc dins d'un món social i històric d'actors socials relacionats entre si. Així, la fenomenologia del cos viscut no es fonamenta en supòsits individuals, sinó que tracta el cos com a un producte social (Turner, 2001a, 2001b).

D'aquesta manera, aquest autor suggereix que s'hauria de tenir en compte tant l'experiència del cos viscut formulada des de la fenomenologia, com les estructures polítiques i socials que reproduïxen i regulen els cossos i les societats analitzades per Foucault (Turner, 2001a). Planteja, així, combinar dos termes: el de la "corporalització", per tal de descriure la subjectivitat del cos viscut, i el de "governamentalitat"⁵², per dirigir-se cap a la producció del cos com un objecte de les pràctiques institucionals. Per una banda, una fenomenologia del cos podria servir com a base per estudiar les experiències i subjectivitats de la corporalització, i per una altra, la idea de Foucault de normalització podria ajudar a comprendre com les pràctiques mèdiques tipifiquen l'experiència de les persones (Turner, 2001a).

Segons Turner (1987: 222), les explicacions de Foucault, centrades en els efectes dels discursos mèdics, proveeixen a les ciències socials d'una anàlisi de la medicina moderna, de la malaltia i del cos en relació a qüestions d'estructura i organització social i de poder⁵³, i enfocat al "...development of medical institutions in relation to scientific bodies of knowledge and to the new professional organization of health-care institutions". D'aquesta manera, el cos i la malaltia esdevenen qüestions discursives configurades per estratègies de poder i coneixement,

⁵² Per a Turner (2001a: 253) el concepte de "governamentalitat" fa referència a "...the development of micro-systems of social regulation that exercise normative control over individuals and populations".

⁵³ Aquestes idees de Foucault al voltant del poder i la disciplina ha estat de gran rellevància, segons Turner (1997: xiii), de cara a entendre el funcionament de les pràctiques mèdiques: "Foucault's work permitted sociologists to think about the medicalisation of society within a new framework, where the exercise of medical power was seen in terms of local diffuse practices".

en el context de la representació, la regulació, la vigilància i la disciplinària mitjançant formes de governamentalitat (Williams, 2006).

Per a Foucault la governamentalitat fa referència a un sistema de poder sorgit al segle XVIII “...which articulated the triangular relationship between sovereignty, discipline and government” i que conforma una sèrie de mecanismes, procediments i tècniques per tal de “...regulating and controlling populations through an apparatus of security” (Turner, 1997: xiii). Foucault (1991: 103) apunta al respecte:

“We live in the era of a 'governmentality' first discovered in the eighteenth century. This governmentalization of the state is a singularly paradoxical phenomenon, since if in fact the problems of governmentality and the techniques of government have become the only political issue, the only real space for political struggle and contestation, this is because the governmentalization of the state is at the same time what has permitted the state to survive, and it is possible to suppose that if the state is what it is today, this is so precisely thanks to this governmentality, which is at once internal and external to the state, since it is the tactics of government which make possible the continual definition and redefinition of what is within the competence of the state and what is not, the public versus the private, and so on; thus the state can only be understood in its survival and its limits on the basis of the general tactics or governmentality”.

Turner assenyala que el concepte de governamentalitat de Foucault pot ser vist com a vincle entre les tecnologies del jo i les tecnologies del poder, la dominació i la regulació, és a dir, com “...the bridge between the early historical interest in regimes of discipline and the later work on the production of the self, which began with his investigations into the ancient world and early Christianity” (Turner, 1997: xi).

Segons Coveney (1998), Foucault estableix una continuïtat entre aquestes dues tecnologies mitjançant la noció de govern i analitza l'organització de l'Estat modern com a base política i moral per al control. També apunta que per a Foucault el subjecte és producte d'aquestes dues tecnologies, les del poder i les del jo⁵⁴. Les primeres funcionen controlant i dirigint les

⁵⁴ Foucault (1990: 48) diferencia quatre tipus de tecnologies que les persones fan servir en la nostra cultura per tal de tenir coneixement sobre si mateixes, que estan vinculades a una forma de dominació: “1) tecnologías de producción, que nos permiten producir, transformar o manipular cosas; 2) tecnologías de sistemas de signos, que nos permiten utilizar signos, sentidos, símbolos o significaciones; 3) tecnologías de poder, que determinan la conducta de los individuos, los someten a cierto tipo de fines o de dominación, y consisten en una objetivación del sujeto; 4) tecnologías del yo, que permiten a los

persones i les seves experiències mitjançant la vigilància, la regulació i la normalització. Les segones fan referència a com les persones es controlen a si mateixes i conformen un sentit del jo o una ètica a través de pràctiques d'autoregulació i autodisciplina (Coveney, 1998).

Foucault (1982), en la seva preocupació per a la configuració històrica i sociocultural de l'individu, analitza com s'han arribat a generar diferents tipus de subjectes. Tal com ell mateix afirma:

"...the goal of my work during the last twenty years. It has not been to analyze the phenomena of power, nor to elaborate the foundations of such an analysis. My objective, instead, has been to create a history of the different modes by which, in our culture, human beings are made subjects" (Foucault, 1982: 208).

Com Rabinow (1984) remarca, Foucault diferencia tres modes o maneres d'objectivació del subjecte: la classificació científica (Foucault, 1988), les pràctiques divisòries (Foucault, 1985, 1992) i la subjectivació (Foucault, 1987). En el primer dels modes citats, Foucault situa disciplines com la filologia i la lingüística (objectivació del subjecte parlant), l'economia (objectivació del subjecte productiu), la biologia (objectivació de subjecte com a ésser viu), i altres "...modes of inquiry which try to give themselves the status of sciences" (Foucault, 1982: 208). Parla del progrés del coneixement i dels sabers científics en relació a les seves pràctiques discursives i de com aquestes disciplines van estructurar els seus discursos amb un major grau de "internal autonomy and coherence" (Rabinow, 1984: 9) que les disciplines que les precedien, creant noves formes de saber, objectes d'estudi, formes de classificació i conceptes. Així, Foucault destaca en les ciències humanes "... abrupt changes in the structures of discourse" i "sharp lines of discursive discontinuity" (Rabinow, 1984: 9). Rabinow subratlla que això contrasta amb les continuïtats en les pràctiques culturals no discursives assenyalades per Foucault; i que l'anàlisi d'ambdues pràctiques, discursives i no discursives, li permet apropiarse a les relacions entre coneixement i poder.

Per aquest autor, en el treball de Foucault els diferents discursos científics i les seves formes de classificació s'interrelacionen amb un altre mode d'objectivació que són les pràctiques

individuos efectuar, por cuenta propia o con la ayuda de otros, cierto número de operaciones sobre su cuerpo y su alma, pensamientos, conducta, o cualquier forma de ser, obteniendo así una transformación de sí mismos con el fin de alcanzar cierto estado de felicidad, pureza, sabiduría o inmortalidad".

divisòries; modes de dominació i control normatiu mitjançant la combinació del coneixement i categorització de la ciència amb la pràctica de la divisió i l'exclusió; on es situen

"...the new classifications of disease and the associated practices of clinical medicine in early-nineteenth-century France; the rise of modern psychiatry and its entry into the hospitals, prisons, and clinics throughout the nineteenth and twentieth centuries; and finally the medicalization, stigmatization, and normalization of sexual deviance in modern Europe" (Rabinow, 1984: 8).

D'aquesta forma, fent servir diferents mitjans i processos de poder/coneixement de normativitat i normalització, s'atorga una identitat al subjecte, el qual és "...either divided inside himself or divided from others" (Foucault, 1982: 208). Per una banda, mitjançant la "divisió binària" i la "marcació" per una altra, fent servir l'"assignació coercitiva" i la "distribució diferencial" (Foucault, 1992).

"De un lado, se "apesta" a los leprosos; se impone a los excluidos la táctica de las disciplinas individualizantes; y, de otra parte, la universalidad de los controles disciplinarios permite marcar quién es "leproso" y hacer jugar contra él los mecanismos dualistas de la exclusión. La división constante de lo normal y de lo anormal, a que todo individuo está sometido, prolonga hasta nosotros y aplicándolos a otros objetos distintos, la marcación binaria y el exilio del leproso; la existencia de todo un conjunto de técnicas y de instituciones que se atribuyen como tarea medir, controlar y corregir a los anormales, hace funcionar los dispositivos disciplinarios a que apelaba el miedo de la peste. Todos los mecanismos de poder que, todavía en la actualidad, se disponen en torno de lo anormal, para marcarlo, como para modificarlo, componen estas dos formas, de las que derivan de lejos" (Foucault, 1992: 203).

Un tercer mode d'objectivació del subjecte apuntat per Foucault és el de la subjectivació, que fa referència a la manera en què les persones, de manera activa, es converteixen a si mateixes en subjectes, per exemple, en "...the domain of sexuality – how men have learned to recognize themselves as subjects of sexuality" (Foucault, 1982: 208). Aquest autor estudia, així, els processos i les pràctiques d'autoformació i autoregulació, com les persones es controlen a si mateixes i conformen un sentit del jo centrant-se en "...isolating those techniques through which the person initiates an active self-formation" (Rabinow, 1984: 11).

Segons Foucault, el subjecte, a través d'aquestes maneres d'objectivació, es conforma al voltant de les relacions de poder/coneixement, en la que s'exerceix control mitjançant pràctiques culturals que van des de les relacions personals en la vida quotidiana fins als òrgans

institucionals de poder (Wuthnow et al., 1988). Aquesta forma de poder centrat en la vida quotidiana, classifica, identifica i defineix als individus mitjançant el coneixement, transformant-los en subjectes⁵⁵ i actuant sobre aquests i sobre les seves accions o possibles accions (Foucault, 1982). Com assenyala el mateix Foucault es tracta de:

“...a total structure of actions brought to bear upon possible actions; it incites, it induces, it seduces, it makes easier or more difficult; in the extreme it constrains or forbids absolutely; it is nevertheless always a way of acting upon an acting subject or acting subjects by virtue of their acting or being capable of action. A set of actions upon other actions” (Foucault, 1982: 220).

Les normes i pràctiques que defineixen als subjectes són elements culturals i històrics que es presenten com la veritable realitat quotidiana de les persones (Wuthnow et al., 1988). Són a través d'aquests processos de poder/coneixement de normativitat i normalització (Foucault, 1982), on es fa servir el coneixement per a exercir el poder, que els subjectes són organitzats, controlats i vigilats (Ravinow, 1984). Segons Ravinow, Foucault parlarà de la normalització com un “...system of finely gradated and measurable intervals in which individuals can be distributed around a norm -a norm which both organizes and is the result of this controlled distribution” (Rabinow, 1984: 20); on la normalització té com a principal funció la classificació de les anomalies i la “...possibility of knowledge about and control over the most minute aspect of behavior in the name of the population’s welfare” (Rabinow, 1984: 21-22).

A través d'aquestes tecnologies de normalització, on les normes sobre els comportaments i la salut dels individus o de les poblacions són identificades, es construeixen tipus de subjectes i coneixement sobre els seus cossos per tal de regular-los (Lupton, 1999b). Aquest coneixement serà utilitzat, així, en “...the measuring of populations, documenting and establishing trends against which to compare individuals and to make decrees on their relative ‘normality’ in comparison to others” (Lupton, 1995: 10).

Heyes (2007) destaca dos punts importants a l'hora d'entendre la idea de normalització de Foucault. Per una part, com la normalització actua sobre els subjectes per tal de conformar-los com a individus, identificant-los i classificant-los. Foucault tracta de mostrar “...the contingency

⁵⁵ Foucault (1982: 212) distingeix dos significats diferents del concepte de subjecte “... subject to someone else by control and dependence; and tied to his own identity by a conscience or self-knowledge. Both meanings suggest a form of power which subjugates and makes subject to”.

of these labels; far from existing as “natural kinds” of human beings, these classifications come into being piecemeal during a certain historical period”, apuntant com, mitjançant la cultura, la normalització es dirigeix cap a comportaments que perfilen classes d'individus i pràctiques que conformen tipus de subjectivitats (Heyes, 2007: 32):

“The totalizing conditions of the modern prison create the criminal personality, and criminology in turn starts to occupy itself with defining and identifying the criminal in society. The asylum and psychiatry create classifications of mental illness that define the subjectivities of ever-more individuals who previously had only collections of eccentricities, life struggles, or behaviors”.

Per altre part, ressalta com, en la normalització, el conjunt d'individus d'una població és descrit, definit i delimitat en funció de les normes. D'aquesta manera, es conforma, per una banda, una identitat compartida i, per una altra, s'avalua i mesura les conseqüències de la desviació d'aquestes normes. Per tant, les normes mesuren

“...not only of individual but also statistical deviance. The concept of the natural body as an evolving set of processes (rather than as a simple machine) enables individuals to be controlled and directed using understandings of their functional capacities: by measuring some feature of members of a population over time, the technician of normalization can describe the statistically typical individual and her developmental path, and then posit a norm and degrees of divergence from it” (Heyes, 2007: 34).

Segons Heyes (2007), l'avaluació de les repercussions de la desviació de les normes es caracteritza per un èmfasi en el cos del subjecte on opera el judici normalitzador⁵⁶ i per fer servir el concepte de risc.

El cos, tant el de l'individu com el de les poblacions -cos social-, i la seva regulació es va convertir per a les institucions en una de les seves principals preocupacions i demanava ser gestionat i intervingut (Lupton, 1999b). Aquesta regulació no anava dirigida únicament a les pràctiques sobre el cos, sinó també al procés de constitució de la persona (Lupton, 1995: 11):

⁵⁶ Un exemple de com Foucault mostra que el cos és un “contingent effect of power” (Turner, 2001b: 19).

“In late modernity our personalities, our subjectivities, our relationships with others, while considered ‘private’ by most people, are intensely governed, such that even aspects of the self deemed intimate and individual such as thoughts and feelings are socially organized”.

Per altra banda, i com també apunta Lupton (1999a), el risc és un dels aspectes bàsics dels discursos de la normalització⁵⁷, on les institucions responen a aquest risc creant complexes estructures i estratègies de governamentalitat i formes de regulació, vigilància i intervenció per part dels experts (Turner, 2001b).

“Information about diverse risks is collected and analysed by medical researchers, statisticians, sociologists, demographers, environmental scientists, legal practitioners, statisticians, bankers and accountants, to name but a few. Through these never ceasing efforts, risk is problematized, rendered calculable and governable” (Lupton, 1999b: 89).

Segons aquesta autora (1999b), és des de la idea de Foucault de governamentalitat que el risc pot ser entès com una forma institucional de poder i regulació dels subjectes i les societats. Tanmateix, el risc pot ser vist com una tecnologia moral on determinats individus i grups són identificats com de risc, requerint formes concretes d'intervenció, autoregulació i autodisciplina. És així que els treballs de Foucault ens ajuden a pensar sobre el risc com a fenomen sociocultural conformat a través de les institucions, discursos, sabers, estratègies i pràctiques existents al voltant d'ell, ja que aquests elements en el seu conjunt “...produce ‘truths’ on risk that are then the basis for action” (Lupton, 1999b: 86).

Dins d'aquestes tecnologies de regulació i normalització, les institucions mèdiques i de salut pública han tingut un paper fonamental a l'hora de donar forma als cossos i als comportaments dels individus on “...has served as a network of expert advice, embodied in professionals such as doctors and health promoters, who have dispensed wisdom directed at improving individuals' health regulations” (Lupton, 1995: 10). A més, i com assenyala Heyes

⁵⁷ Lupton (1993), partint de la idea del risc com a concepte socio-cultural, analitza la construcció social del risc en les societats occidentals contemporànies des del discurs de la salut pública. Per a aquesta autora (1999a), la percepció i la resposta al risc està sempre formada i localitzada dintre d'una identitat socio-cultural específica, i assenyala que cada una de les tres grans perspectives teòriques sobre risc desenvolupades dins les ciències socials –la "cultural/simbòlica" de Douglas, la de la "societat del risc" de Beck i la de la "governamentalitat" de Foucault–, emfatitzen aquest caràcter cultural, social i polític del risc com a socialment construït.

(2007), els discursos al voltant del risc i l'èmfasi en el cos del subjecte de la normalització dins de les pràctiques mèdiques han portat també a una nova definició del que significa la salut.

“...health itself is increasingly assessed in terms of risk—a conceptual framework that simultaneously uses statistical prognoses within populations as the basis for individual conduct, and often presses “healthy” individuals to redefine themselves as failed bodies” (Heyes, 2007: 34).

És en les pràctiques que defineixen la normalitat i l'anormalitat dins del camp de la salut, que es configura una concepció d'un cos, d'unes pràctiques i d'uns hàbits sans, una responsabilització de l'individu, al mateix temps que es generen exclusions i estigmes (Sachs L., 1995).

Autors com Lupton (1995), Petersen (1997), Coveney (1998) o Williams (2006) indiquen que els estudis sobre governamentalitat de Foucault poden ser de gran utilitat a l'hora d'analitzar els processos de construcció dels subjectes i dels cossos en el camp de la salut pública i de la promoció de la salut. Lupton (1995: 48-49) identifica estratègies de governamentalitat dins la promoció de la salut les quals depenen dels coneixements dels experts

“...they are directed at the level of the population, they constitute individuals and groups as problems and domains of governance needing the assistance of health promotion ‘experts’, they are systematic, calculated and directed at defined ends, they emerge from the state but are also articulated by associated independent institutions and agencies, they are constantly subject to evaluation and revision, they are not crudely repressive of right but are directed at productive purposes (the health and happiness of the population)”.

Per Coveney (1998) les tècniques de govern utilitzades per a la promoció de la salut s'asseguren, així, per una banda, que els subjectes estan lligats als discursos dels experts que defineixen què és o no sa i que regulen les diferents formes d'intervenció. Per una altra banda, aquestes tècniques proveeixen als individus d'una ètica⁵⁸, d'una forma de mesurar, avaluar i regular els seus propis cossos, hàbits i actituds en relació amb aquests discursos. D'aquesta manera, com comenta aquest autor:

⁵⁸ Com apunta Coveney (1998: 462), per a Foucault la promoció de la salut és quelcom ètic ja que “...it provides us with an ascesis – a course of action for moral training”.

“As a practice of government, Health promotion (in its various guises) establishes that which should be aspired to, and the technologies of the self encouraged by health promotion provide for individuals the ethics which they seek in order to understand themselves as 'good', moral and ethical individuals” (Coveney, 1998: 466).

De la mateixa manera, Petersen i Lupton (2000) assenyalen la salut pública de les societats modernes occidentals⁵⁹ com un model de moralitat adreçada a conformar tipus d'individus, així com els seus cossos i els seus estils de vida, i on els discursos sobre la salut han estat la base per a construir subjectivitats i categories morals que dibuixen les diferències entre nosaltres i els altres (Lupton, 1995). Segons aquests autors, és a partir dels seus discursos i pràctiques que la nova salut pública construeix tota una sèrie de judicis morals al voltant de l'autoregulació i autocontrol dels individus, dels seus cossos i la seva salut, com a deure i com a desig compartit. Aquestes estratègies mostren a la nova salut pública i a la promoció de la salut com a una estructura de poder/coneixement dirigida a la regulació i a la vigilància dels subjectes i que interactuen per tal de participar en la conformació de la manera en què els individus s'experimenten a ells mateixos, als seus cossos, a la seva salut i, en general, al món que els envolta (Petersen & Lupton, 2000).

Però Petersen i Lupton, seguint l'anàlisi de les pràctiques del jo de Foucault, també apunten que, encara que els imperatius externs i les normes sorgides de les institucions com la salut pública són fonamentals a l'hora de conformar els individus com a subjectes, els vincles i connexions existents entre les normes i les accions dels individus són complicades, i els contextos existents proporcionen diferents graus de llibertat per a la persona de cara a interpretar, negociar o resistir-se a aquests imperatius o tècniques normalitzadores. D'aquesta manera, és possible que els individus es resisteixin i ignorin les normes i provin de fer servir pràctiques alternatives (Petersen & Lupton, 2000).

⁵⁹ Segons Petersen i Lupton (2000), en les societats occidentals contemporànies s'ha produït una creixent amplitud i intensitat dels interessos relacionats amb la salut, una nova consciència dels riscos i una proliferació de nous coneixements i activitats centrats en l'estat de la salut de la població. Aquests autors parlen d'una “nova salut pública”, la qual es diferencia però té algunes continuïtats amb la “vella salut pública” del segle dinou, basada en la teoria del miasma, i dirigida, principalment, al control de la brutícia i el contagi de les malalties infeccioses.

IV. Salut i malaltia: les diferents dimensions de l'experiència



Segons Petersen i Lupton (2000), en les societats occidentals contemporànies s'ha produït una creixent amplitud i intensitat dels interessos relacionats amb la salut, una nova consciència dels riscos i una proliferació de nous coneixements i activitats centrats en l'estat de la salut de la població. Apunten a la salut pública d'aquestes societats com un model de moralitat adreçada a conformar tipus d'individus, així com els seus cossos i els seus estils de vida, i on els discursos sobre la salut han estat la base per a construir subjectivitats i categories morals que dibuixen les diferències entre nosaltres i els altres⁶⁰ (Lupton, 1995). D'aquesta manera, s'ha produït un increment de la importància de la salut en la vida quotidiana de les persones, on el manteniment i la protecció de la salut ha esdevingut un objectiu fonamental i ha perfilat pràctiques i estratègies de vida (Crawford, 2006).

Com anota Sachs (1996: 632), l'orientació que pren la salut pública i la prevenció en una societat mostra la manera en què aquesta "...is organized to sustain values like 'a healthy life', 'a healthy body', and 'a healthy society'". Per a Petersen i Lupton (2000), la nova salut pública⁶¹ parteix d'una perspectiva centrada en una concepció àmplia de salut que inclou tant elements poblacionals com ambientals, integrant en aquesta categoria aspectes no només físics sinó també psicològics i del camp social, cobrint, i també regularitzant, d'aquesta manera, pràcticament tots els àmbits de la vida de les persones.

Es passa, així, a una comprensió de la salut que va més allà de la seva definició més estreta com absència de malalties, de discapacitats o de patiments, per a veure la salut com quelcom amb què les persones han de tractar en la seva vida quotidiana i que està encaminat a arribar

⁶⁰ En relació a aquest caràcter moral, Crawford (2006: 402-403) assenyalava que " ...health and the qualities of personhood associated with its achievement are key metaphors traversing the moral terrain of contemporary societies. Through health, the modern self demonstrates his or her agency, the rational capacity to re-make self and world".

⁶¹ Com ja s'ha assenyalat anteriorment, aquests autors parlen d'una "nova salut pública", la qual es diferencia però té algunes continuïtats amb la "vella salut pública" del segle dinou, basada en la teoria del miasma, i dirigida, principalment, al control de la brutícia i el contagi de les malalties infeccioses (Petersen & Lupton, 2000).

a assolir un estat de benestar (tant a nivell individual com col·lectiu)⁶² (Petersen & Lupton, 2000). Com apunta Lupton (1995: 71):

“The holistic model expands the definition of health to include feelings of self-empowerment and autonomy, a potential for self-improvement, and spiritual equilibrium. Such a philosophy of health, encompassing all dimensions of a person's life...”.

Malgrat aquests nous elements, Petersen i Lupton (2000) assenyalen que, en aquesta manera de veure la salut es poden observar també aspectes del model humoral de la malaltia (que apunta a la importància de la constitució de les persones, a l'equilibri entre cos i ment i a la protecció de les persones de les amenaces exteriors), i que s'entrellaça a un model mecanicista de la persona que associa la salut amb un bon funcionament del cos.

Segons Lupton (1995), en aquesta concepció de salut, l'aconseguir una bona salut esdevé una finalitat, i es considera que una cosa és saludable si condueix a aquest estat de bona salut de la persona. La salut és vista com a quelcom sobre la qual s'ha d'actuar i on el mateix individu ha de tenir com a objectiu cercar un estat de bona salut per tal de poder assolir les seves fites i el control de la seva vida. Per tant, es tracta d'una concepció que porta a una comprensió de la salut com una responsabilitat individual. La responsabilitat personal per la salut passa a ser:

“...the sine qua non of individual autonomy and good citizenship. Individuals are expected to acquire medical knowledge. Large numbers of people eagerly seek out health information, and the media oblige them in devoting extensive coverage of health matters and in offering advice on a variety of health concerns” (Crawford, 2006: 402).

Com anoten al respecte Petersen i Lupton (2000), els discursos i pràctiques sobre la salut de la nova salut pública construeixen tota una sèrie de judicis morals al voltant de l'autoregulació i autodisciplina dels individus, dels seus cossos i la seva salut, com a deure i com a desig compartit. Les estratègies d'autoatenció i d'autogovern per a preservar i millorar la pròpia salut dels individus adquireixen un paper essencial, on s'espera que les persones tinguin la

⁶² Hughner & Kleine (2004), en una revisió bibliogràfica interdisciplinària de publicacions sobre recerques qualitatives al voltant de les creences en salut de la gent, assenyalen que les definicions de salut a les que majoritàriament s'apunten són, a més de la idea de salut com absència de malalties, a la salut com capacitat per a poder portar a terme les funcions diàries, com a equilibri estat positiu de benestar en la nostra vida i com a llibertat, dret a una vida satisfactòria i a poder triar lliurement com viure-la.

responsabilitat de la seva salut i del seu cos, i on les institucions i els experts participen promovent i aconsellant accions saludables (Lupton, 1995; Petersen & Lupton, 2000).

Aquestes concepcions i pràctiques al voltant de la salut i la responsabilitat individual mostren la importància que se li dóna al cos en aquestes feines d'autocontrol de la persona sobre la cura i manteniment de la seva salut⁶³, les quals han de portar a la construcció de cossos saludables (Lupton, 1995; Petersen & Lupton, 2000). Per altra banda, també apunten als estils de vida⁶⁴ per tal que l'individu autopreservi un entorn saludable, i on tota una sèrie d'iniciatives són preses per les institucions i els experts per identificar, informar, i educar sobre aquells comportaments que poden ser saludables o no saludables (Petersen & Lupton, 2000). Així, Sachs (1995: 503) afirma que:

“Preventive thinking is founded in part on perceptions of causal connections, that assign responsibility to the individual. In preventive health check-ups in general practice for instance, there is a growing tendency to locate responsibility for the cause and the cure of health problems in people's life-styles.”

A través d'aquestes interpretacions i pràctiques de salut, una sèrie de principis externs arriben a ser internalitzats i naturalitzats pels individus com a quelcom privat i sota la seva pròpia responsabilitat, no per imposició, sinó mitjançant els hàbits de les persones en les seves vides diàries (Lupton, 1995; Petersen & Lupton, 2000). D'aquesta manera, segons Petersen i Lupton (2000: 88), “one engages as a health citizen by participating in self-care practices that are often intensely private; for example, teeth-brushing, condom use and restrained dietary habits”.

⁶³ El cos, tant el de l'individu com el de les poblacions –cos social–, i la seva regulació ha arribat a convertir-se en una de les principals preocupacions de la salut pública, dirigint-se no únicament a les pràctiques sobre el cos, sinó també al procés de constitució de la persona (Lupton, 1995, 1999b).

⁶⁴ Lupton parla de dues perspectives del risc en el discurs de la salut pública. Per una banda, el dels perills mediambientals (originats en causes externes), on “...the health threat is regarded as a hazard that is external, over which the individual has little control” (Lupton, 1993: 395). Per una altra, el dels perills derivats dels estils de vida, que emfatitza l'autocontrol i l'autoresponsabilitat, i on “individuals are exhorted by Health promotion authorities to evaluate their risk of succumbing to disease and change their behaviour according” (Lupton, 1993: 396). Aquesta autora remarca que els discursos sobre els riscos basats en els estils de vida han anat adquirint progressivament més importància en les polítiques preventives, i han accentuat el paper de la responsabilitat de l'individu per tal d'evitar riscos en salut.

Aquestes concepcions sobre salut provinents d'imperatius externs es barregen i s'entrelliguen de manera dinàmica amb l'experiència quotidiana de l'individu. Com apunta Kleinman (1995) les categories dels experts, consolidades per les normes socials, conformen l'experiència, i és aquesta mateixa experiència construïda culturalment la que valida els discursos i les pràctiques d'aquestes categories objectivades. Segons Sachs (1995), les diferents formes en què les persones perceben i experimenten el cos i la salut com a una realitat objectiva donada per descomptada és un reflex de com els discursos dels experts han estat interpretats i interioritzats per aquests individus en les seves vides quotidianes.

En ser l'experiència intersubjectiva, on els processos col·lectius i subjectius interactuen entre si (Kleinman, 1998), les estructures i pràctiques socials que fan de mediadores juguen un paper important a l'hora de conformar la salut com una realitat tan individual com social (Good, 1992, 2003). D'aquesta manera, es connecten els aspectes emocionals, morals i polítics de l'experiència de la persona⁶⁵, a la vegada que aquesta experiència és modificada i transformada per la història, l'economia i la política (Kleinman, 1997; Kleinman, Das & Lock, 1997).

La salut es conforma, per tant, en funció de les estructures socio-culturals –ja que és contextual i històrica- i de l'experiència viscuda dels individus, articulant-se amb altres interpretacions i pràctiques existents que construeixen i reelaboren l'experiència, els comportaments i les institucions (Crawford, 2006). Segons Kleinman i Petryna (2001) la salut sorgeix, així, de les interaccions complexes existents entre les persones i els seus contextos socials, esdevenint, a la vegada, una construcció - tant individual com cultural i històrica- i una forma d'ésser-al-món:

“Contexts of health are themselves undergoing changes and are influenced by transformations in economy and polity, in science and technology, and in culture. These contexts shape the conditions of health and are in turn affected by it. These processes demonstrate that health as an experience is irreducible to a set of norms of physiological and mental activity, or strictly to a set of cultural differences. Only through concrete understandings of particular worlds of suffering and the way they are shaped by local

⁶⁵ Segons Kleinman, aquesta experiència forma part de la vida i pràctiques quotidianes, i sempre es desenvolupa dins d'espais socioculturals particulars (Biehl, Good & Kleinman, 2007; Kleinman & Fitzhenry, 2007), en una estructura interpersonal, dels mons locals, on les accions i les relacions socials, culturals i polítiques tenen lloc (Kleinman, 1992b).

histories and political economies can we possibly come to terms with the complex human dimensions that protect or undermine Health" (Kleinman & Petryna, 2001: 9).

Com apunten Kleinman, Das i Lock (1997), els diferents discursos i pràctiques socials conformen i transformen la vida quotidiana de les persones i la seva manera d'ésser-al-món. Els significats, compromisos i interessos creats culturalment construeixen categories morals vinculades a les emocions i configuren les nostres pràctiques i experiències com a normals o com a patològiques (Kleinman, 1997; Kleinman, Das i Lock, 1997). Per Becker (1997), aquests discursos morals de les ideologies normalitzadores esdevenen fonamentals en la formació i transformació de l'experiència de la salut i la malaltia de les persones, ja que participen en l'estructuració i construcció de la seva realitat i en la constitució de les interpretacions i explicacions sobre el món en què viuen, aportant sentit als diferents esdeveniments i experiències dins de les seves vides quotidianes.

Aquest món de la vida quotidiana, com a àmbit de la nostra realitat diària (Schütz & Luckmann, 1973) i entorn d'experiència des del que ens situem i sobre el qual actuem (Natanson, 1974), es fonamenta en el coneixement donat per descomptant que comparteixo amb altres en les rutines de la vida (Berger & Luckmann, 1988) i que es presenta com un espai intersubjectiu dins del qual vivim i ens comuniquem (Natanson, 1974). La realitat natural d'aquesta vida quotidiana és mantinguda a excepció que una experiència commocionant o pertorbació irrompi en la seva estructura de sentit (Schütz & Luckmann, 1973). Una pertorbació o alteració pot trencar amb les rutines de la vida quotidiana de l'individu i els supòsits que les sustenten i, d'aquesta manera, amb la seva immediata d'ésser-al-món (Becker, 1997). Això pot succeir, segons Good (1992), per exemple, quan el dolor o la malaltia soscava els objectius de la vida quotidiana, portant a una destrucció del món vital de la persona. L'alteració del nostre món donat per descomptat i de les nostres biografies pot portar a que l'experiència adquireixi nous significats, ja que el dolor o la malaltia redefeixen el nostre espai, el nostre temps, les nostres intencions i les relacions amb nosaltres mateixos i amb els altres (Bendelow & Williams, 1995).

Els discursos existents sobre la normalitat tenen un paper fonamental en la conformació de l'experiència commocionant o pertorbadora de la persona, en una contínua relació dialèctica que va transformant aquesta experiència constantment (Becker, 1997). Svenaeus (2001) apunta que la malaltia, per a la major part de les persones, és una excepció o una interrupció de la manera normal d'ésser-al-món. Així, aquest autor descriu la salut i la malaltia com dos

formes de l'existència mundana⁶⁶, on la salut és interpretada com un ésser-al-món de benestar (*homelikeness*). Segons Svenaeus (2001), la salut és el ritme de la vida, un ésser-al-món rítmic, un estat d'ànim o disposició de la ment (*attunement*) que sustenta les explicacions i la manera de viure que tenen les persones de la realitat intersubjectiva donada per descomptada:

“Health is to be understood as a being at home that keeps the not being at home in the world from becoming apparent. The not being at home, which is a basic and necessary condition of human existence, related to our finitude and dependence upon others and otherness, is, in illness, brought to attention and transformed into a pervasive homelessness. One of two *a priori* structures of existence –not being at home and being at home– wins out over the other: unhomelikeness takes control of our being-in-the-world. The basic alienness of my being-in-the-world, which in health is always in the process of receding into the background, breaks forth in illness to pervade existence. This unhomelikeness will be the central theme in our following interpretation of illness” (Svenaeus, 2001: 93).

Com apunta Gadamer (1996: 113), la salut és quelcom que resta ocult, que no crida l'atenció ni es té consciència d'ella: “...forma parte de ese milagro que es el olvido de uno mismo”. Encara així, es manifesta mitjançant un estat de benestar i d'equilibri⁶⁷: “es ese ritmo de la vida, un proceso continuo en el cual el equilibrio se estabiliza una y otra vez” (Gadamer 1996: 129). És d'aquesta manera que s'entén que la salut és un ésser-al-món⁶⁸ “...un estar-con-la-gente, un sentirse satisfecho con los problemas que le plantea a uno la vida y mantenerse activo en ellos” (Gadamer 1996: 128).

⁶⁶ Svenaeus (2001: 92), per tal de poder arribar a entendre fenomenològicament la salut, segueix conceptes i idees desenvolupats per Heidegger, així com fa una aproximació als treballs d'altres autors com Gadamer i Merleau-Ponty. Com ell mateix apunta: “I want to make clear from the start that what I will present below is not an orthodox reading of Heidegger, which merely explicates a hidden theory of health in his work, but rather a theory inspired by his thinking, which makes use of parts of his vocabulary and many of his insights. The theory is also inspired, however, by other phenomenologist– in particular F.J.J. Buytendijk, Hans-Georg Gadamer, Maurice Merleau-Ponty and Erwin Straus”.

⁶⁷ Equibri entès, segons Gadamer (1996: 129) com “...un equivalente a la ingravidez, y a que en él los pesos se compensan. La perturbación del equilibrio sólo puede evitarse con un contrapeso. Pero todo intento de compensar una perturbación mediante un contrapeso significa, a la vez, la amenaza de una nueva pérdida del equilibrio en el sentido contrario”.

⁶⁸ Ésser-al-món com a “presencia real”, com a “presencia significa” (Gadamer 1996: 91).

Per a aquest autor, a diferència de la salut, la malaltia posseeix una aparença d'excepció i pertorbació "...algo que ofrece una resistencia que es preciso quebrar" (Gadamer 1996: 113), auto-objectivant-se i fent evident "...hasta el límite de la impertinencia, nuestra corporeidad, esa corporeidad que casi pasa inadvertida cuando no experimenta una perturbación" (Gadamer 1996: 90).

Els signes del cos són processos comunicatius de la persona, de com experimenta en la vida quotidiana el seu cos en relació al benestar o el dolor o/i la malaltia física (Sachs, 1995). És mitjançant el cos que la malaltia és experimentada i viscuda, però, a més, en ser el cos el fonament de l'experiència de l'individu al món, la malaltia o el dolor no només afecta al cos sinó a la vida quotidiana i a l'experiència viscuda (al seu temps i història, al seu espai i context...) (Good, 2003), on "...los acontecimientos del cuerpo se convierten en los acontecimientos del día" (Merleau-Ponty, 1994: 104). El dolor, com a experiència, envaeix tots els aspectes de la vida de la persona, i és, al mateix temps, físic i fenomenològicament incorporat (Bendelow & Williams, 1995; Williams & Bendelow, 1998).

A la vegada, el dolor és una experiència social i està mitjançat i conformat per la cultura (Williams & Bendelow, 1998). D'aquesta manera, l'experiència del dolor, modelada tant per la mateixa persona com pels factors socioculturals que l'envolten (Bendelow & Williams, 1995), aplega la realitat subjectiva de l'individu i la del món objectivitzat dels altres:

"Although specific pain stimuli may provoke attention from the individual, such responses are mediated by the interpretive work of self and others drawing upon lay health knowledge and beliefs which give these stimuli 'subjective' meanings" (Bendelow & Williams, 1995: 161).

En ser l'experiència intersubjectiva, les estructures i pràctiques socioculturals juguen un paper important en la deconstrucció del món vital en l'experiència del dolor, el patiment i la malaltia (Good, 1992, 2003), on aquesta experiència pot redefinir la nostra vida, trastocar el coneixement del nostre cos⁶⁹ i modificar les nostres rutines quotidianes (Becker, 1997).

⁶⁹ Becker (1997) remarca, en aquest sentit, com "...we have seen repeatedly how illness wreaks havoc with bodily knowledge, we have also seen how events that are external to the body disrupt meaning and challenge bodily knowledge" (Becker, 1997: 193).

Segons Turner (2001b) és necessari que hi hagi un jo que sigui fiable i que tingui continuïtat perquè existeixi la sensació d'una realitat quotidiana estable dins la normalitat i, d'aquesta manera, assumir que les perturbacions que tenen lloc en la nostra vida diària i que poden amenaçar de canviar el nostre món i les nostres relacions amb els altres, són quelcom excepcional:

“For interaction to take place at all, one must be able to make assumptions about the continuity of an embodied self through time and space. There must be a set of effective ‘plausibility structures’ giving the everyday world a legitimate sense of stability” (Turner, 2001b: 29).

És aquí, en aquesta alteració del món donat per descomptat (Bendelow & Williams, 1995), que les narratives, relats i expressions de dolor i malaltia prenen importància com un recurs simbòlic per tal de reconstruir el món (Good, 2003) i tornar a realinear el cos, la persona i la societat (Williams & Bendelow, 1998). Aquestes narratives suposen una via per vèncer l'adversitat i entendre l'experiència de la malaltia (Good, 2003), així com per expressar, representar i donar sentit al dolor i al patiment (Kleinman, 1988).

“The illness narrative is a story the patient tells, and significant others retell, to give coherence to the distinctive events and long-term course of suffering... The personal narrative does not merely reflect illness experience, but rather it contributes to the experience of symptoms and suffering. The plot lines, core metaphors, and rhetorical devices that structure the illness narrative are drawn from cultural and personal models for arranging experiences in meaningful ways and for effectively communicating those meanings. Over the long course of chronic disorder, these model texts shape and even create experience. The personal narrative does not merely reflect illness experience, but rather it contributes to the experience of symptoms and suffering” (Kleinman, 1988: 49).

Segons Good (2003: 219) les estratègies narratives són “vínculos imaginarios de experiencias y acontecimientos en una historia o trama significativas” que estan conformats culturalment i que mostren formes concretes d'experiència. D'igual forma, Becker (1997) indica que les narratives del patiment són culturalment tramades, prenent elements, costums, relacions i restriccions de la cultura i situant-los dins del marc biogràfic de la persona. La cultura, així, conforma la narrativa de la mateixa manera que l'experiència corporal, on “cultural processes are mediated at their most elemental level through subjective experience, which enables people to take in and reformulate the external world” (Becker, 1997: 194).

Però, com assenyala Good (2003), encara que les narratives són una via per a expressar, representar i donar forma a l'experiència del dolor i la malaltia, aquesta experiència sempre és més ampla i complexa, a la vegada que més propera, sensitiva i immediata que qualsevol narrativació. Per tant, l'experiència viscuda no pot ser abastada per la descripció i el llenguatge i es resisteix a la simbolització (Throop, 2002).

“Pain (...) defies language. It occurs on that fundamental level of body experience which language encounters, attempts to express, and then fails to encompass. Perhaps more than other somatic experiences, pain resists symbolization. Language and categories may rework and reshape pain, but they cannot remove or avoid it” (Good, Brodwin, Good, Kleinman, 1992: 7-8).

D'aquesta manera, Good (2003) apunta a l'ambigüitat que planteja el fet d'haver de relatar i representar l'experiència del dolor i la malaltia a través de la narració, quan la descripció no la pot contenir i sempre excedeix a la seva objectivació. Com expressa Martínez-Hernández (2003: 173):

“El intérprete de este tipo de relatos se encuentra, pues, ante la situación paradójica de reducir la experiencia a la textualidad, aun cuando la primera desborda siempre las limitaciones del lenguaje y el campo narrativo. Es el eterno dilema entre hermenéutica y fenomenología, entre significado y experiencia”.

V. Aproximació teòrica i metodològica a l'estudi amb nens



Un fet determinant en el desenvolupament d'aquesta investigació ha estat el de partir d'una aproximació centrada en els nens com actors socials competents amb una participació activa en la vida social i amb un paper important en la construcció dels seus mons i relacions (Mayall, 1999). Com Harden et al. (2000) apunten, la concepció que es té de la infància acabarà condicionant les recerques en què els nens participen i, per tant, les discussions al voltant de les aproximacions metodològiques a l'estudi d'aquestes investigacions dins de les ciències socials giren principalment al voltant de la naturalesa de la infància.

Com s'ha apuntat anteriorment, en aquest treball s'ha tractat d'indagar com s'arriben a construir les percepcions dels nens i nenes sobre salut i malaltia, i com aquests/es s'involucren i intervenen en aquestes construccions, analitzant com, en les seves vides diàries, gestionen els significats entre les seves experiències subjectives, les pràctiques col·lectives i les representacions socioculturals. D'aquesta manera, s'han examinat les relacions existents entre les experiències viscudes i els diferents elements i processos socials que actuen sobre elles, sense obviar el paper que poden tenir els/les nens/es en la construcció de la seva realitat⁷⁰. En part, així, des d'un apropament a les experiències col·lectives en salut derivat de la pròpia perspectiva dels nens i nenes, era important tenir en compte que, tal com apunten Christensen i James (2000: 7), "...only through listening and hearing what children say and paying attention to the ways in which they communicate with us will progress be made towards conducting research with, rather than simply on, children".

Per a Mayall (2002), els nens comparteixen realitats quotidianes i experiències comunes mitjançant les quals conformen les seves infàncies i participen en la construcció i estructuració dels seus coneixements i les seves vivències. D'aquesta manera, per tal d'assolir una comprensió de la infància, esdevenen imprescindibles les pròpies visions dels nens sobre les seves experiències en els seus espais socials on conviuen amb altres iguals i amb els adults (Mayall, 2002). Els nens, passen, d'aquesta manera, a ser actors socials competents que interactuen amb el món en què viuen i en la transformació de la seva pròpia infància i, per

⁷⁰ Hirschfeld (2002: 615) apunta, en aquest sentit, que "...children do not ape culture, they learn or acquire it. They come to represent cultural information, manipulate these representations, and use them as the basis for making sense of the world and organizing action in it".

tant, les realitats expressades per aquests són imprescindibles a l'hora de comprendre com es configuren i interpreten els coneixements i les pràctiques socials (Mayall, 1999).

Aquestes idees reflecteixen un canvi de perspectiva a l'hora de concebre el nen i la infància que, com assenyala Prout (2000), ha permès una "autonomia conceptual" i poder tenir en compte aspectes de la infància que abans no eren considerats.

En les últimes dècades, ha augmentat l'interès de les ciències socials per la manera en què s'ha conceptualitzat els nens i la infància⁷¹. Fruit d'aquesta preocupació ha estat el sorgiment d'un nou paradigma dins d'aquest camp, denominat "emergent paradigm" per James i Prout (1997), que ha suposat un reconeixement de la importància de la comprensió dels nens com a agents (James et al., 1998). D'aquesta manera, aquest nova perspectiva emergida des de les disciplines socials reconeix que els nens tenen les seves pròpies visions significatives sobre la realitat i els descriu com actors socials i participants actius en els mons socials on viuen (Mitchell, 2006).

James i Prout (1997) assenyalen una sèrie de trets comuns en les aproximacions que s'acosten a aquest nou paradigma, però, apuntant, a la vegada, que es tracta més d'un possible paradigma que d'un conjunt tancat i acabat de premisses i principis.

Un dels aspectes més importants és que, dins d'aquest paradigma, la infància és entesa com una construcció social, com una institució que proporciona un àmbit interpretatiu de cara a ubicar i comprendre aquesta etapa de la vida (James & Prout, 1997). Per tant, no és vista com a un fenomen natural sinó com un element sociocultural estructural:

"...the social transformation from child to adult does not follow directly from physical growth; the recognition of children by adults, and vice versa, is not singularly contingent upon physical difference; and neither is that form of difference an adequately intelligible basis for relationship between the adult and the children" (Jenks, 1992: 12).

⁷¹ James i Prout (1997) mostren com des de la dècada dels 70 hi ha hagut dins de les ciències socials una sèrie de reflexions sobre la necessitat de nous marcs per a l'estudi de la infància, citant com: "...Richards (1974) and Richards and Light (1986) offered a critique of psychological accounts of child development; Aries (1962) initiated a new historical debate about 'the invention of childhood'; MacKay (1973) and Denzin (1977) developed an alternative approach to traditional concepts of socialization" (James & Prout, 1997: 2).

La infància, per tant, ha de ser entesa com una construcció social que descriu un estatus social, que es presenta en un espai sociocultural concret i que es revela mitjançant una sèrie particular de conductes i pràctiques (Jenks, 1992). Degut al fet que la infància és socialment construïda, la concepció de la immaduresa del nen no és quelcom fixe, podent trobar diferents “...ways in which the immaturity of children is conceived and articulated in particular societies into culturally specific sets of ideas and philosophies, attitudes and practices which combine to define the ‘nature of childhood’” (James & Prout, 1997: 1).

D’aquesta manera, com indiquen James i Prout (1997), malgrat que la immaduresa és biològica i natural, com aquesta és entesa i estructurada respon a quelcom cultural. Mentre la immaduresa, com a fet biològic i fase de creixement, pot ser definida com a universal, la infància com a fet social i construcció discursiva varia a través de les cultures i la història⁷², i haurien de ser enteses, per tant, de forma diferenciada (Prout, 2000).

“...in these terms it is biological immaturity rather than childhood which is a universal and natural feature of human groups, for ways of understanding this period of human life –the institution of childhood- vary cross-culturally although they do form a specific structural and cultural component of all known societies” (James & Prout, 1997: 3).

James i Prout (1997) apunten a altres dos aspectes destacats dins d’aquest paradigma per a l’estudi de la infància: per una banda, que els nens i seus aspectes socioculturals mereixen ser estudiats per ells mateixos, amb independència dels interessos i punts de vista marcats pels adults i, per una altra banda, que han de ser vistos com actors socials actius que participen en les seves realitats i mons socioculturals i que disposen d’aptituds i habilitats creatives per conformar les seves vides (Prout, 2000). D’aquesta manera, els nens, en estar implicats de manera activa en la construcció i modificació de les seves identitats, les seves vides i la dels altres i del món que els envolta, no poden ser considerats tan sols com subjectes passius d’aquestes realitats socials (James & Prout, 1997).

⁷² Jenks (1992) assenyala que tant Ariés, DeMarcuse com Coveney han estat autors que han tractat, a la seva manera, de mostrar els canvis que han sofert a través de la història les representacions i les percepcions sobre la infància, assenyalant que, encara que “el nen” és una construcció sociohistòrica dins d’un context específic, el que determina la seva concreció dins de la vida quotidiana és la seva identitat i el seu estatus: “...the child status has its boundaries maintained through the crystallization of conventions into institutional forms like families, nurseries, clinics and schools, all agencies specifically designed to process the status as a uniform entity” (Jenks, 1992: 11).

Però, malgrat aquest paper social actiu del nen i la seva participació en la socialització i en les condicions de la seva pròpia infància (Harden et al., 2000); moltes propostes de la teoria social, tal com assenyala Jenks (1992: 14), fonamentades en una realitat dels adults donada per descomptada i no qüestionada, no arriba a apropar-se a una configuració dels nens com una “ontology in this own right”. Així, segons aquest autor:

“The grounds of difference between children and adults are undisclosed: such theorizing is forgetful of its origins. The social practice emergent as childhood is, within socialization theories, without moment; it finds voice only as a distant echo of what it is yet to become” (Jenks, 1992: 14).

Per a James i Prout (1997), el fet que concepcions com la socialització es mantinguin dominants dins les ciències socials i la literatura sobre els nens, malgrat les crítiques rebudes en els últims anys, és una de les majors dificultats que ha trobat aquest nou paradigma per a l'estudi de la infància. Les teories de la socialització, en paraules de Jenks (1992: 13):

“...present the normative structure of adult/parent world as their independent variable. Against the yardstick of this assumed consensual reality the child is judged to be more or less competent and consequently the continuous lived social practice of being a child in relation to a specific meaning structure is ignored. This unilateral manipulation of the child within socialization theories condemns him to be an absent presence, a nominal cipher without an active dimension”.

Dins l'antropologia en concret, segons Hirschfeld (2002), la teoria i recerca sobre la socialització ha estat la base d'investigació que més ha analitzat les vides dels nens. En relació amb la reproducció cultural, aquestes idees sobre la socialització van marcar la visió dels investigadors (Hirschfeld, 2002) i van portar a concebre als nens com adults incomplets i inacabats que, d'una forma passiva, reproduïen el coneixement cultural provinent del món adult (Mitchell, 2006), dins d'una interpretació de l'aprenentatge cultural que, d'aquesta manera, menysté el rol del nen en la transmissió d'aquest coneixement cultural (Hirschfeld, 2002). Hirschfeld remarca que, al no tenir en compte la importància d'aquest paper actiu dels nens en la socialització, en l'aprenentatge i en el procés d'adquisició de coneixements culturals⁷³, s'ha deixat de banda que aquests no reben de manera exacta allò que els adults els

⁷³ En aquest sentit Hirschfeld (2002: 615) subratlla que “children do not ape culture, they learn or acquire it”.

transmeten, sinó que reelaboren, reinterpreten i transformen el coneixement donat per tal de dotar de sentit a la seva realitat.

D'aquesta manera, l'interès dels nous estudis sobre la infància per mostrar com els nens conformen la societat que els envolta - i no només són forjats per ella-, porta a plantejar una crítica al concepte de socialització i a la seva manera de presentar els nens com actors passius i no com agents participatius (Prout, 2000). Les noves propostes representen, per tant, un moviment d'allunyament d'aquest concepte de socialització, que ha dominat durant molt temps la recerca i la comprensió de la infància. Així, es deixa de banda una visió dels nens com a quelcom potencial, futur i en construcció, per passar a considerar la infància com a significant per ella mateixa i per la seva existència present (James et al., 1998; Harden et al., 2000).

Segons James et al. (1998), malgrat les diferències que els nous acostaments sociològics a l'estudi de la infància poden presentar, aquests comparteixen el seu rebuig als aspectes analítics principals que s'associen a aquesta concepció tradicional del nen socialment en desenvolupament, basada en la transformació del nen cap al món adult i on el nen és secundari i incomplet⁷⁴. Per a aquests autors la principal qüestió es fonamenta en les nocions de "ser" i "arribar a ser".

Per a James et al. (1998: 207), en contrast, en els nous estudis i discursos sobre la infància es passa a estudiar el nen i les seves experiències de ser nen entenent aquest com un actor social i on "...the 'being' child, can be understood in its own right. It does not have to be approached from an assumed shortfall of competence, reason or significance".

Dins dels nous acostaments sociològics a l'estudi del nen i de la infància, James et al. (1998) fan una proposta de diferenciació de quatre aproximacions, on cadascuna d'elles representa una sèrie de tradicions i maneres de pensar i que proporcionen visions diferents de la infància: el nen socialment construït, el nen tribal, el nen com a membre d'un grup de minoria i el nen socio-estructural. Aquestes quatre aproximacions del nen configuren una sèrie de dicotomies teòriques (estructura-agència; identitat-diferència; continuïtat-canvi i local-global), les

⁷⁴ Concepció que, segons James et al. (1998: 208), no tenen en compte "...the everyday, synchronic experience of the child actually living in the social world 'as a child'".

tensions entre les quals permeten a aquests autors identificar i explicar convergències i desavinences entre els diferents models teòrics de la infància dins les ciències socials (James et al., 1998).

James et al. (1998) manifesten que en l'aproximació del nen socialment construït, s'incideix, des del punt de vista del construccionisme social, en la pluralitat i en les múltiples construccions de la infància, la qual és variable i intencional, i on el coneixement construït en relació amb el context social, històric i moral emmarcarà la comprensió que es té del nen i la seva vida quotidiana. Així, des d'aquest punt de vista, "...children are not formed by natural and social forces but rather that they inhabit a world of meaning created by them-selves and through their interaction with adults" (James et al., 1998: 28).

En l'apropament del nen tribal⁷⁵ els mons socials dels nens són considerats reals i amb significat propi. Per tant,

"...children are not understood as 'cultural dopes'; theorists do not begin from the premise that they have only a misguided, mythological, superficial or irrational understanding of the rules of social life. Their worlds are real locations, as are those of adults, and the demand is that they be understood in those terms" (James et al., 1998: 29).

Segons Harden et al. (2000), aquest acostament entén la infància com quelcom diferent de la vida adulta, com una realitat relativament autònoma i separada de la de l'adult. Ressalten que, al fonamentar-se en una concepció on els nens són socialment competents, aquesta visió de la infància ha estat de gran ajuda per tal de conscienciar als científics socials sobre com pot arribar a ser d'important el fet d'abordar als nens en el seu propi dret.

L'aproximació del nen com a membre d'un grup de minoria, assenyalen James et al. (1998: 211), pretén qüestionar una sèrie de relacions de poder entre els adults i els nens, partint del fet que "...children are structurally differentiated within societies and that, as such, they experience the exercise of power differently, and in particular in its institutionalized and legitimated forms". D'aquesta manera, autors com Mayall (1998) remarquen que dins de les

⁷⁵ Aquest apropament a l'infància té la seva base en treballs antropològics "...from Lucien Lévy-Bruhl, Franz Boas, through Margaret Mead and up until the present day" (James et al., 1998: 214).

ciències socials seria necessari una conceptualització dels nens que tingui en compte el seu estatus de minoria⁷⁶. En opinió d'aquesta autora, hem d'examinar a la infància en termes relacionals, concretament en termes de relacions intergeneracionals, ja que la infància és una categoria social on la definició de la qual ve establerta en relació a l'edat adulta (Mayall, 2002).

Finalment, des de l'aproximació del nen socio-estructural, es ressalta, segons James et al., (1998), que encara que la conceptualització i representacions del nen varien d'una societat a una altra, en cada societat en concret els nens tenen una sèrie de característiques comunes i específiques que estan relacionades particularment amb la seva estructura social i institucional. D'aquesta manera, els autors que treballen des d'aquest acostament estan preocupats per la infància com a categoria social comuna⁷⁷ (Mayall, 2002), on els nens són actors socials i components de les estructures socials i institucionals amb una sèrie de necessitats, obligacions i drets (James et al., 1998).

Un exemple de plantejament sociocultural de la infància el trobem en Qvortrup (1999). Aquest autor planteja que les activitats dels nens haurien de considerar-se més enllà de les interaccions a petita escala amb els seus iguals i amb els adults i tenir en compte el paper que també tenen en els processos socioeconòmics. Per tant, en la seva opinió, seria convenient parlar de macro-estructures de la societat i de la infància, apuntant així que, encara que és important estudiar als nens com actors socials, no s'hauria d'obviar la perspectiva estructural.

Per a James et al. (1998), aquesta varietat d'aproximacions, encara que amb diferents visions i tradicions, estan situades dins d'un espai discursiu on els nens són vistos com a actors socials i on la seva autonomia ha de ser salvaguardada i fomentada. Però aquests autors assenyalen també que, al mateix temps que hi ha aquest impuls cap a una autonomia dels nens, aquests estan actualment més subjectes a la vigilància i la regulació social. Indiquen, així, que hi ha

⁷⁶ Segons aquesta autora, la clau per a entendre això és el concepte de generació "...as a tool for deconstructing their social positioning as a group and as individuals in interaction with adult individuals and groups" (Mayall, 1998: 276). Dins del concepte de generació, Mayall (1998) proposa tres subtemes: l'anàlisi del triangle nens-pares-estat, la investigació d'interseccions de generació amb gènere, i el reconeixement de l'estatus dual del nen en el temps.

⁷⁷ Mayall (2002: 23) planteja com la infància, com a grup social amb relacions amb els adults, és una part fonamental d'un ordre social on "...the general understanding is that childhood is a first and separate condition of the lifespan whose characteristics are different from the later ones".

“tendències paral·leles cap a autonomia i regulació augmentada”, on per una part es defensa la competència social del nen, però per una altra, les vides d’aquests estan cada vegada més sota la vigilància adulta (James et al., 1998).

Segons Mayall (1998) les vulnerabilitats que s’assignen als nens, fruit de les confusions entre les característiques i necessitats biològiques d’aquests i les vulnerabilitats socioculturalment construïdes, faciliten tota una sèrie de polítiques tant d’exclusió com de protecció de la vida adulta. Per a aquesta autora, els nens, al tenir un doble estatus - com a persona present i com a persona potencial en un futur-, són un clar objecte de les polítiques i interessos institucionals dirigits cap a la configuració dels seus cossos i ments en una direcció futura com adults.

Això enllaça, a opinió de James et al. (1998), amb la manera amb què les estratègies polítiques creades de cara a governar als nens es centren més en la captura de l’interior i en disciplines moralment reguladores, que en la coacció i la violència, seguint així les idees de Foucault (1992) al voltant de les formes de poder-coneixement.

Mayall (1998) també assenyala la importància de les idees de Foucault en la construcció d’una sociologia del nen, sobretot pel que fa al camp de la salut, on la perspectiva d’aquest autor proveeix una visió sobre la confluència entre la vida quotidiana i la salut del nen:

“His proposition that power is an institutionalised disciplinary apparatus which reaches into the smallest details of people’s behaviour, throws emphasis on health as well as illness, on concepts of normalcy and on people’s everyday behaviour. His analysis of the shaping of ‘docile bodies’, focusing on the disciplinary institutions that shape the bodies and movements of children at school, prisoners and soldiers, emphasises the scale, or completeness of the control, and its persistence over time and in space; he proposes that the goal was to mould people towards obedience and thereby develop useful embodied citizens” (Mayall, 1998: 271).

Aquesta autora fa referència a les idees de Foucault al voltant de la posada en pràctica en el segle divuit de les polítiques de salut que consideraven les malalties com un problema polític i la salut i el benestar com un objectiu a assolir. Segons ella, un punt important dins d’aquestes polítiques van ser els nens i la configuració i desenvolupament dels seus cossos i de les seves ments, tant pel que fa als hàbits i comportaments presents, com per l’educació i formació de cara a la seva futura vida com adult.

Altres autors, com Williams i Bendelow (1998), obren una possible nova via i proposen traslladar les discussions sobre la conceptualització del nen i la infància cap a les teories sobre el cos i la idea de la corporalització de la persona. Consideren que la importància d'aquest enfoc resideix en què permet teoritzar sobre el cos del nen com una entitat biològicament i socialment sense acabar o completar, evitant reduccionismes i determinismes. Però també remarquen que la reflexió sobre els cossos en la infància, a diferència que en la vida de l'adult, ha estat un camp poc treballat dins les ciències socials i que, per tant, es tracta d'un tipus d'acostament que resta encara en estat incipient i pendent de ser desenvolupat:

“Indeed, whilst great emphasis has been laid on children as active social agents, sociologists of childhood have only recently begun to challenge the dominance of social constructionism, and to appreciate the importance of embodiment to the processes through which children participate in social life. The theorisation of bodies in childhood, as opposed to adulthood, is therefore a relatively underdeveloped area of contemporary sociological thought” (Williams & Bendelow, 1998:4).

A més, Williams i Bendelow (2000) també apunten que, malgrat que part d'aquest debat sobre el paper actiu dels nens com a constructors de les seves realitats ja ha estat traslladat a l'àmbit de les ciències socials i la salut⁷⁸, queda encara molt per endavant per tal de perfilar els marges del construccionisme i les aportacions de la corporalització, i arribar a desenvolupar formes d'investigació que ens apropin més a com els nens negocien la salut en les seves vides.

⁷⁸ Entre altres, en els treballs de: Mayall (1993, 1994, 1998); Pridmore & Bendelow (1995); Mayall et al. (1996); Green (1997); Pridmore & Lansdown (1997); Prout (2000); Backett–Milburn (2000); Christensen (2000); France et al. (2000); James (2000); Roos (2002); Williams & Bendelow (2000, 2003); Mitchell (2006); McIntosh et al. (2012). Algunes de les aportacions d'aquests autors es poden trobar citades en diverses seccions d'aquesta tesi.

VI. Els mètodes



VI. 1. Introducció

A l'hora de portar a terme aquest treball, s'han fet servir un conjunt de mètodes i tècniques d'anàlisi que han permès escoltar la veu dels nens i nenes i, així, poder explorar com aquests comparteixen unes experiències col·lectives al voltant de la salut i examinar les connexions existents entre les seves experiències subjectives i les objectivacions procedents dels discursos experts o institucionals sobre la salut. Mitjançant aquests mètodes i tècniques, i apropant-se a les experiències col·lectives en salut des de la pròpia perspectiva dels/les nens/es, s'ha tractat d'explorar com s'arriben a construir les seves percepcions sobre salut i malaltia, i com aquests/es s'involucren i intervenen en aquestes construccions, analitzant com gestionen els diferents significats en salut en les seves vides diàries.

Com s'ha apuntat anteriorment, un fet determinant en desenvolupament d'aquesta investigació ha estat el fet de partir d'una aproximació centrada en els nens com a actors socials competents amb una participació activa en la vida social i amb un paper important en la construcció dels seus mons i relacions (Mayall, 1999). Per tant, en les experiències de salut de la seva vida quotidiana, els nens no només són mers descobridors dels significats que provenen de la seva realitat, sinó també són creadors d'aquests significats, a través de les seves pròpies interpretacions i comprensions del món que els envolta.

En fer servir narratives i categories provinents dels mateixos nens i nenes, aquests mètodes van permetre aprofundir en les seves experiències quotidianes, conceptualitzant, així, aquestes experiències des de les dades obtingudes, centrant l'anàlisi en la perspectiva dels nens, respectant la seva veu, tenint en compte el seu paper com a constructors de significats i reconeixent-los com a dialogadors de les seves pròpies experiències (France et al., 2000).

El fet que siguin els mateixos nens i nenes els que comuniquin activament les seves percepcions i coneixements, porta a qüestionar-se la necessitat de fer servir tècniques específiques de recerca diferents a les utilitzades amb els adults. La diferència d'aquestes tècniques, com apunta Harden et al. (2000), no haurien de basar-se en la immaduresa biològica dels nens, sinó en la seva situació com a grup de minoria subordinat als adults (Mayall, 2002). Segons autors com Mayall (1999, 2002) o Harden et al. (2000), els mètodes

desenvolupats per facilitar la comunicació dins de la recerca amb nens, no hauria de fonamentar-se en el fet que aquests siguin menys competents i més vulnerables, sinó en la distància i les relacions de desigualtat existents entre els investigadors com a adults i els informants com a nens.

Per tant, encara que el fet de treballar amb tècniques d'investigació amb nens pot ser una pràctica diferent a l'estudi amb adults, s'hauria d'assumir una posició crítica sobre què pressuposen i impliquen aquestes diferències i sobre les eleccions i solucions que es puguin adoptar al respecte (Harden et al., 2000). Així, segons France et al. (2000) les recerques fonamentades en la veu activa dels nens no comporten plantejar maneres d'investigar diferents a la dels adults, però les tècniques emprades haurien de reconèixer algunes diferències i tenir en compte una sèrie de factors, com les tensions i els buits que poden existir entre un investigador adult i un nen participant, o que no sempre les formes d'aproximar-se que tenen les investigacions clàssiques són la forma més apropiada de facilitar l'expressió de les visions dels nens.

D'aquesta manera, es van portar a terme entrevistes semi-estructurades i dibuixos -mitjançant tècniques "*draw and write*"-, per tal d'obtenir informació sobre la forma en què la salut, el patiment i la malaltia són viscuts en les experiències quotidianes dels/les nens/es participants en la recerca; així com de les relacions existents entre les experiències viscudes, un conjunt de significats i de representacions compartits, i certes pràctiques socials, que interactuen entre si per tal de conformar la seva realitat. Les dades resultants d'aquestes entrevistes i dibuixos van ser analitzades mitjançant mètodes i estratègies de la Teoria Fonamentada (Grounded Theory).

De cara a conèixer les experiències col·lectives i les representacions socioculturals sobre salut dels nens i nenes i arribar a comprendre com aquests incorporen significats col·lectius en les seves pròpies experiències, es van dur a terme també llistats lliures⁷⁹, seguint l'anàlisi de dominis culturals, amb els que es van poder explorar les categories més rellevants que els/les nens/es fan servir a l'hora de parlar al voltant de la salut i obtenir els principals ítems o

⁷⁹ Segons Quinlan (2005: 11), el fet de combinar llistats lliures i entrevistes possibilita "...ethnographic cross-checking, which increases accuracy and enhances the depth of ethnographic understanding".

elements compartits i considerats importants per a aquests dins de cada categoria o domini cultural.

Malgrat que les entrevistes van representar una part central de la recerca, tots els mètodes i tècniques utilitzats van ser, en el seu conjunt, fons complementàries d'informació que van permetre aprofundir en els diferents continguts i dimensions d'aquest treball.

TAULA 1. FASES DE LA RECERCA

Tècnica	Anàlisi	Mètodes	Software
Entrevistes semi-estructurades	Mètodes i estratègies de la Teoria Fonamentada	Codificació, mètode comparatiu constant, creació de memos, diagrames i mapes conceptuals	ATLAS-ti
Dibuixos ("Draw and write")			
Llistats lliures	Dominis Culturals	Anàlisi de freqüències i de consens cultural	ANTHROPAC

Les dades resultants de cadascun d'aquests mètodes i tècniques van ser analitzades, d'aquesta manera, no de manera individual, sinó conjunta i combinada en relació les unes amb les altres. Com apunta Golafshani (2003), la triangulació, o el fet de fer servir diversos tipus de mètodes o dades dins les recerques⁸⁰, és una estratègia per millorar la validesa i fiabilitat de la investigació.

"Triangulation may include multiple methods of data collection and data analysis, but does not suggest a fix method for all the researches. The methods chosen in triangulation to test the validity and reliability of a study depend on the criterion of the research" (Golafshani, 2003: 604).

⁸⁰ Triangulació entesa com a "... diferentes estrategias para estudiar el mismo problema: diferentes técnicas para obtener los mismos datos, diferentes sujetos para responder la misma pregunta, diferentes investigadores para un mismo análisis, o diferentes teorías para explicar un mismo fenómeno" (Amezcuca & Gálvez Toro, 2002: 432-433).

La triangulació implica, així, utilitzar principalment més d'un mètode d'investigació o fonts de dades en la recerca (però a vegades també més d'un observador o d'una perspectiva teòrica), per tal de desenvolupar maneres d'incrementar la confiança en els resultats de la investigació (Bryman, 2008). Com Apunta Morse (1991), l'objectiu principal seria evitar el biaix, controlar possibles deficiències i augmentar la validesa dels resultats en la recerca que es porta a terme.

Seguidament, es farà referència als mètodes d'anàlisi i tècniques que s'han fet servir en la recerca, al mateix temps que es proveirà d'una justificació del tipus i mida de la mostra utilitzada i es farà esment de les consideracions ètiques implicades en la investigació.

VI. 2. La mostra

El treball de camp va tenir lloc durant tot un curs escolar (2003-2004) dins d'una escola pública de l'àrea metropolitana de Barcelona. Es va treballar amb una mostra intencionada o propositiva⁸¹ de 30 nens i nenes d'aquest centre educatiu, d'edats compreses entre els 6 i els 12 anys, amb la finalitat de trobar la màxima variació i heterogeneïtat i obtenir un mostra equilibrada amb una representació similar entre sexes, grups d'edat, condicions socioeconòmiques i nivell educatiu dels pares.

Els mètodes utilitzats en aquest treball (llistats lliures, entrevistes, i tècniques “*draw and write*”) no necessitaven una mostra probabilística aleatòria⁸². Com assenyala Morse (2007), una mostra qualitativa hauria de ser seleccionada de manera propositiva o intencionada segons els paràmetres específics de l'estudi, més que per un procés de selecció aleatòria. La mateixa autora apunta

“...sampling in qualitative inquiry must be purposeful, with participants invited into the study according to their knowledge about the topic being researched, or type of information that is needed to complete or to complement our understanding” (Morse, 2007: 234).

Una aproximació propositiva va permetre, així, mostrar un ampli abast de les experiències i coneixements dels/les nens/es en l'àmbit que es volia estudiar⁸³ i l'estratègia de maximitzar la variació de la mostra va servir per a proporcionar una mostra heterogènia i “...capturing and describing the central themes that cut across a great deal of variation” (Patton, 2002, citat per Liamputtong, 2009: 13).

⁸¹ Una mostra propositiva és “...a type of nonprobability sample in which the elements to be included in the sample are selected by the investigator on the basis of special characteristics of the respondents” (Shaughnessy et al., 2006: 154).

⁸² Segons Bernard i Ryan (2010: 359), “...ethnography, grounded theory, and other research strategies in the qualitative tradition rely heavily on nonprobability sampling”.

⁸³ Com Donell et al. (1995: 258) apunten, una mostra propositiva representa “...a wide range of opinion or experience, as opposed to statistical sampling, concerned with the representativeness of a sample in relation to a total population”.

Els criteris d'inclusió que es van seguir a la recerca van ser: nens i nenes d'entre 6 i 12 anys, que estiguessin estudiant a l'escola primària⁸⁴ i els pares o tutors dels quals haguessin donat el seu consentiment informat per poder participar a l'estudi⁸⁵.

TAULA 2. CARACTERÍSTIQUES SOCIODEMOGRÀFIQUES DELS/LES NENS/ES ENTREVISTATS/DES

Característiques	N= 30	Característiques	N= 30
Sexe Nens Nenes	13 17	Residència Llars biparentals Llars monoparentals	26 4
Curs escolar 1r Primària 2n Primària 3r Primària 4t Primària 5è Primària 6è Primària	5 5 5 5 5 5	Edat 6 anys 7 anys 8 anys 9 anys 10 anys 11 anys 12 anys	5 4 6 5 5 4 1
Nivell educatiu de la mare Estudis Primaris Estudis Secundaris Estudis superiors	10 8 12	Nivell educatiu del pare Estudis Primaris Estudis Secundaris Estudis superiors	11 10 9
Ocupació ⁸⁶de la mare Classe I Classe II Classe III Classe IV Classe V	1 9 8 3 9	Ocupació del pare Classe I Classe II Classe III Classe IV Classe V	3 5 7 9 6

⁸⁴ Institucionalment el pas entre l'escola primària i la secundària és vist com el canvi de la infantesa a l'adolescència. Encara que la infantesa és socialment construïda dins d'un context cultural i històric específic, aquesta té una concreció dins de la vida quotidiana i uns efectes pràctics i materials sobre l'organització i interacció social (Jenks, 1992).

⁸⁵ Com es comenta en l'apartat sobre els aspectes ètics de la recerca, es va sol·licitar un consentiment informat tant de la direcció de l'escola, com dels pares o tutors dels/les nens/es que van participar a l'estudi.

⁸⁶ *Classe I:* Directius de l'administració pública i d'empreses de 10 o més assalariats; professions associades a titulacions de segon i tercer cicle universitari. *Classe II:* Directius d'empreses amb menys de 10 treballadors; professions associades a titulacions de primer cicle universitari; tècnics superiors; artistes i esportistes. *Classe III:* Empleats de tipus administratiu i professionals de suport a la gestió administrativa i financera; treballadors dels serveis personals i de seguretat, treballadors per compte propi; supervisors de treballadors manuals. *Classe IV:* Treballadors manuals qualificats i semiqualicats. *Classe V:* Treballadors no qualificats (CNO-94. *Clasificación Nacional de Ocupaciones 1994. Instituto Nacional de Estadística*).

Segons Morse (2007), la manera més fàcil de localitzar i incorporar els participants d'una mostra intencionada amb experiència en el tema que centra una investigació, és anar a trobar-los a qualsevol lloc on aquestes persones puguin reunir-se. En aquesta recerca, que el treball de camp tingués lloc dins l'escola va suposar poder accedir a una gran quantitat de nens en un mateix espai, cosa que va facilitar tant el contacte com el seguiment de l'estudi. Però encara que l'escola podia ser un marc idoni per portar a terme l'estudi, també s'haurien de tenir en compte algunes possibles contrapartides, com el constant esforç per aconseguir que els/les nens/es no creguessin que l'estudi formava part de la institució escolar i que no se'ls estava avaluant a través dels llistats lliures, els dibuixos o les entrevistes⁸⁷.

D'aquesta manera, dins del centre educatiu i en horari escolar, es van recollir informació de 30 nens i nenes, una quantitat suficient d'informants per poder obtenir dades d'una mostra representativa⁸⁸. En relació al nombre mínim d'informants necessaris, Bernard i Ryan (2010: 360) assenyalen que "...there is a growing evidence that 20-60 knowledgeable people are enough to uncover and understand the core categories in any well-defined cultural domain or study of lived experience".

En el cas de l'anàlisi de dominis culturals, Weller i Romney (1988) indiquen que entre 20 i 30 informants són suficients, però que aquest número dependrà finalment del nivell d'acord existent entre aquests. Segons Weller (2007: 353), quan es comença un estudi "...it is best to estimate the agreement conservatively⁸⁹, that is, to (1) assume that there will only be a low level of agreement, say 50% sharing of beliefs (competency), and (2) to require a high accuracy of the answers (.95 validity)".

⁸⁷ Un exemple el podem trobar en la preocupació que molts nens mostraven per tenir bona lletra i per no fer faltes d'ortografia a l'hora d'escriure els llistats lliures.

⁸⁸ Com apunten Handwerker et al. (1997: 8) al respecte, "...research on the consensus model has shown that, depending on the level of agreement, very few informants (rarely over 30 and sometimes as few as 4) provide data with excellent reliability and validity".

⁸⁹ Per a Weller (2007: 353) això és quan "...the level of shared beliefs reaches the 50% level (average cultural competency is .50), there is sufficient agreement that the consensus model can identify a single response pattern. A strong cultural pattern appears to be present when this level reaches about 67% (.66)".

El nombre d'informants es va obtenir a partir d'aquesta proposta i seguint la taula sobre "...minimal number of informants needed to classify a desired proportion of questions with a specified confidence level for different levels of cultural competence" formulada des de l'anàlisi de consens cultural (Weller, & Romney, 1988: 77, i Romney et al., 1986: 326). Aquesta taula planteja que per tal de classificar correctament el 99% de les preguntes, amb una mitjana de coneixement o competència cultural del 50% (0.5) i un nivell de confiança de 0.95, és necessari un mínim de 29 informants.

D'aquesta manera, amb una mida de la mostra de 30 nens i nenes, s'assegurava que nous informants addicionals⁹⁰ no canviarien l'ordre relatiu de les freqüències dels ítems (Weller & Romney, 1988). Aquest punt, en el qual l'increment de la mida de la mostra no aporta nou coneixement, és anomenat saturació (Schrauf & Sanchez, 2010). La saturació de les dades és utilitzada moltes vegades pels investigadors qualitatius de cares a poder justificar el nombre de participants en la recerca durant el procés de recollida de les dades (Liamputtong, 2009). La saturació és, com es veurà més endavant, un concepte important dins del mètode de la Teoria Fonamentada, on la recollida de les dades es continua fins que s'assoleix la saturació teòrica (Glaser & Strauss, 1967), és a dir, fins que s'observen "...no new properties of the theoretical category or connections between categories" (Liamputtong, 2009: 215).

Guest et al. (2006) apunten a que molts autors recomanen que la mida de les mostres propositives hauria de ser establerta inductivament i la mostra continuar fins que succeeix la saturació teòrica. Però el problema amb aquesta aproximació és que "...guidelines for research proposals and protocols often require stating up front the number of participants to be involved in a study" (Guest et al., 2006: 61) i, per tant, no sempre és una opció possible esperar a assolir la saturació, sent necessari estimar el punt en què aquesta saturació podria tenir lloc.

⁹⁰ En relació a la necessitat o no de nous informants, Borgatti (1999: 10) assenyala que "...if the relative frequencies of the top items have not changed, it suggests that no more informants are needed. In contrast, if the relative frequencies have changed, this indicates that the structure has not yet stabilized and you need more informants".

Els mateixos autors, basant-se en les seves recerques, afirmen que la saturació de les dades succeeix, la majoria de vegades, quan s'han analitzat unes 12 entrevistes⁹¹. Després d'aquests número d'entrevistes, poques vegades sorgeixen nous temes i la variabilitat de la freqüència dels codis sembla relativament estable.

Guest et al. (2006: 75) també assenyalen que l'anàlisi de consens cultural pot ser un bon mètode per a seleccionar el número d'informants de les mostres propositives de les entrevistes:

“...while consensus theory uses structured questions and deals with knowledge, rather than experiences and perceptions per se, its assumptions and estimates are still relevant to open-ended questions that deal with perceptions and beliefs”.

D'aquesta manera una mida de la mostra de 30 nens i nenes va ser suficient per poder portar a terme tant les entrevistes semi-estructurades i els dibuixos, com els llistats lliures de la recerca.

A continuació es poden veure representats els 30 nens i nenes que van participar com a informants en aquest treball, on ells mateixos s'autodescriuen mitjançant els seus propis dibuixos:

⁹¹ Segons Guest et al. (2006), s'ha de tenir en compte que la saturació pot dependre també d'altres factors, –no només del número d'informants– com poden ser la complexitat de les dades o l'experiència de l'investigador.



Informant E1
Nena
1r primària



Informant E2
Nen
1r primària



Informant E3
Nen
6è primària



Informant E4
Nena
6è primària



Informant E5
Nen
6è primària



Informant E6
Nena
6è primària



Informant E7
Nena
5è primària



Informant E8
Nena
5è primària



Informant E9
Nen
5è primària



Informant E10
Nen
5è primària



Informant E11
Nen
5è primària



Informant E12
Nena
4t primària



Informant E13
Nena
4t primària



Informant E14
Nena
1r primària



Informant E15
Nena
1r primària



Informant E16
Nen
4t primària



Informant E17
Nen
4t primària



Informant E18
Nena
4t primària



Informant E19

Nen
2n primària



Informant E20

Nena
2n primària



Informant E21

Nen
1r primària



Informant E22

Nena
3r primària



Informant E23

Nena
3r primària



Informant E24

Nena
3r primària



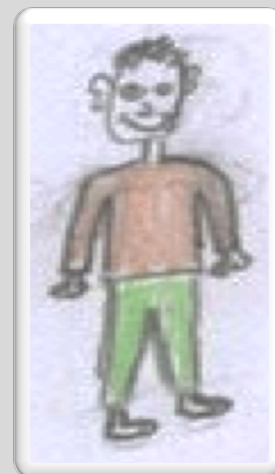
Informant E25

Nen
3r primària



Informant E26

Nena
3r primària



Informant E27

Nen
6è primària



Informant E28

Nena
2n primària



Informant 29

Nen
2n primària



Informant E30

Nena
2n primària

VI. 3. Consideracions ètiques

La preocupació sobre els aspectes ètics està sempre present en qualsevol recerca, però quan es tracta d'un estudi relacionat amb nens sembla haver un major interès per aquestes qüestions que en altres tipus d'investigacions⁹². Segons Harden et al. (2000), encara que no es posa en dubte la importància de seguir una sèrie de principis ètics a l'hora de treballar amb nens, sí s'hauria de qüestionar el fet de relacionar de forma directa i immediata certs temes ètics amb ells, i que porta a un debat al voltant de la percepció del nen com a ésser dèbil, vulnerable o incompetent. Com s'ha comentat anteriorment, les principals consideracions ètiques en el treball de camp amb nens no haurien de basar-se en la immaduresa biològica d'aquests, sinó en la seva situació com a subordinada als adults (Mayall, 2002).

Un tema ètic important en les recerques en les que participen nens és el del consentiment informat⁹³, i dins d'aquest el de la distinció entre consentiment i assentiment. Com assenyalen Coad & Lewis (2004), encara que en les entrevistes amb adults consentiment i assentiment són dos aspectes que es presenten junts (ja que és l'adult entrevistat qui dona ambdós), en el cas de les entrevistes amb nens hi ha una clara distinció entre consentiment i assentiment. Així, consentiment "...may be given by the child or by another on the child's behalf for (a) the child to be interviewed or (b) the researcher to ask the child to be interviewed" (Coad & Lewis, 2004: 11), i assentiment "...is generally used to refer to the child's agreement to participation in the process when another has given consent" (Coad & Lewis, 2004: 11). Els mateixos autors apunten que aquests dos aspectes per si mateixos no són suficients, sinó que és necessari que el consentiment i l'assentiment siguin informats⁹⁴. Lindsay (2000) també remarca la

⁹² Es poden trobar algunes propostes sobre les consideracions ètiques a seguir quan es fa recerca amb nens a: Alderson (1995); Lindsay (2000); Duque-Páramo & Dell Clark (2007); i Coad & Lewis (2004).

⁹³ El consentiment informat entès com "...the provision of information to participants, about the purpose of the research, its procedures, potential risks, benefit, and alternatives, so that the individual understands this information and can make a voluntary decision whether to enroll and continue to participate" (Emanuel et al., 2000: 2703, citat per Liamputtong, 2009: 34).

⁹⁴ Coad i Lewis (2004: 11) assenyalen que a l'hora de donar el consentiment informat és important remarcar que: "...the person needs information about the chance to participate, the person needs to know about a right to withdraw from the activity, what the participant's role will be, what the outcomes are intended to be".

importància que el consentiment ha de ser tant donat com informat i que és necessari assegurar-se de que els nens entenen les implicacions de la recerca.

En els estudis amb nens en el context de l'escola aquest principi de consentiment informat suposa més dificultats en la seva implementació ja que el consentiment legal i la decisió sobre la participació en el cas dels menors no està només sota el seu control⁹⁵, sinó que implica altres persones com els pares o els tutors, la direcció i el professorat de l'escola (France et al., 2000). En el cas d'aquest treball, abans de començar el treball de camp, es va informar a l'escola i als pares dels objectius de l'estudi mitjançant un document escrit. Es va sol·licitar un consentiment informat de la direcció de l'escola així com dels pares o tutors dels/les nens/es que van participar en l'estudi. També es va contactar amb mestres i educadors per tal de concretar horaris de cara a no interferir en el treball escolar dels nens i nenes.

Encara que la participació per part dels/les nens/es en la recerca va ser voluntària, i així se'ls ho comunicava abans de començar les entrevistes, el fet que l'estudi estès emmarcat dins l'àmbit escolar feia que aquests/es no es plantejessin que no participar fos possible (a l'igual que qualsevol altra activitat escolar proposada des de l'escola), i que es preocupessin de contestar, dibuixar o escriure el millor que podien -malgrat que se'ls feia saber que les entrevistes, llistats i dibuixos no eren cap tipus d'examen, ni tenien cap relació amb la seva activitat escolar-.

Per altra banda, es va informar tant als/les nens/es com als pares (o tutors) del fet que la confidencialitat i l'anonimat⁹⁶ de les dades serien garantides. En el cas dels/les nens/es, es van tractar d'explicar aquestes consideracions de manera clara i comprensible, i es va estar oberta a contestar totes les preguntes o dubtes que mostraven al voltant de la recerca. Tot i així, la majoria dels nens i nenes entrevistats/des no van mostrar gaire interès per les dades en si, per on anirien a parar o què es faria amb elles, però sí pel fet que es pogués associar les dades

⁹⁵ Com apunta Duque-Páramo i Dell Clark (2007: 5) al respecte: "The ordinary power structure of adult-child, physician-child, teacher-child means that if these gatekeepers agree to a study of children under their purview, children are left with little choice than to participate, for they need to maintain relationships".

⁹⁶ A opinió de Liamputtong (2009), l'investigador hauria d'ocultar la verdadera identitat dels participants en la recerca i assegurar-se de que tot allò que ha estat revelat pels participants sobre el seu món privat serà protegit tant com sigui possible.

amb ells (amb nom i cognoms). És a dir, estaven més preocupats per l'anonimat que per la confidencialitat de les dades. Per tal de garantir aquest anonimat es van fer servir pseudònims per distingir les identitats dels participants tant en les notes de camp i en les transcripcions com en la resta d'informació escrita.

VI. 4. L'entorn: l'escola

El treball de camp va tenir lloc en una escola pública de l'àrea metropolitana de Barcelona situada entre dos barris socioeconòmicament diferenciats del municipi, i que, per tant, albergava nens i nenes d'una gran heterogeneïtat pel que fa a les seves condicions socioeconòmiques i al nivell educatiu dels pares.

La decisió de realitzar el treball de camp en el marc d'una escola va venir donada sobretot per la facilitat de poder accedir a un gran nombre de nens i nenes de diverses edats en un mateix espai i per la dificultat d'entrevistar aquests fora de l'horari escolar. Però encara que l'escola representava un marc idoni per portar a terme l'estudi, com ha estat assenyalat anteriorment, també s'haurien de tenir en compte algunes possibles contrapartides. Malgrat que la investigació tingués lloc dins l'escola, havia de quedar clar pels/les nens/es que aquesta estava fora del programa escolar, remarcant-los durant la recerca que aquesta no formava part de la institució escolar i que no se'ls estava avaluant durant el treball de camp. Així i tot, es va observar que a l'hora de fer els llistats molts nens/es es preocupaven de tenir bona lletra i de no fer faltes d'ortografia i que la majoria dels/les entrevistats/des estaven preocupats per com quedarien estèticament els dibuixos (encara que se'ls expliqués que no era la part artística dels dibuixos el que interessava sinó el contingut d'aquests).

El primer pas va ser contactar amb la direcció del centre mitjançant una carta on s'explicava de què tractava la investigació i se sol·licitava poder realitzar el treball de camp a l'escola. També es va informar als pares dels objectius de l'estudi mitjançant un document enviat a través de l'AMPA (Associació de Mares i Pares d'Alumnes). Posteriorment, es va sol·licitar un consentiment informat de la direcció de l'escola així com dels pares o tutors dels/les nens/es que van participar en l'estudi.

Coincidint amb l'inici del curs escolar es van començar els primers contactes amb l'escola i la fase exploratòria del treball de camp. Per una part, l'investigador es va anar reunint amb els professor/es i educadors/es per tal d'explicar-los els objectius de la recerca, a la vegada que aquests anaven informant a l'investigador de tot el que consideraven important pel funcionament de l'escola -currículum escolar, normes, horaris, activitats...-.

Per una altra part, es va iniciar un treball d'apropament i accés on l'investigador va compartir part del temps de les rutines diàries dels/les nens/es a l'escola per tal que aquests/es se sentissin familiaritzats amb la seva presència, tant a les hores de pati i esbarjo com en el temps de menjador o en les estades a la biblioteca del centre escolar. A l'hora de fer treball de camp amb nens/es, l'apropament i l'accés a aquests/es és un aspecte bàsic ja que, a més de permetre conèixer la vida quotidiana del nen dins l'escola, és un factor que pot arribar a influir en el nivell de confiança dels/les nens/es en l'entrevistador i, per tant, marcar el posterior desenvolupament de l'entrevista. Es va aprofitar totes les ocasions que permetien els espais de l'escola per parlar amb els/les nens/es entrevistats/des i amb els seus companys i companyes de temes quotidians. Es va tractar de ser obert i empàtic i de contestar a les preguntes que feien els nens i nenes per a satisfer la seva curiositat.

Encara que es disposava quasi sempre d'un petit despatx per a poder entrevistar als/les nens/es (on es podia estar força tranquil i tancar les portes) es va optar per entrevistar-los/les als aularis de P-3 (classes i aula de dormir), encara que poguessin aparèixer més sorolls o distraccions. En aquestes aules els nens i les nenes se sentien més tranquils i còmodes (coneixien el lloc, veien passar gent coneguda) i no es trobaven angoixats o cohibits. Eren espais familiars, no només plens de presències humanes – nens/es que parlen, professors/es i educadors/es que passen, veus del pati, cançons...–, sinó també de records – la majoria de nens/es entrevistats/des havien estat en aquelles aules de petits i moltes vegades comentaven experiències relacionades amb aquets espais –.

Es va tractar de que cada una de les entrevistes comencés i acabés en un mateix dia, encara que no sempre va ser possible, ja que el fet de fer-les quasi totes en temps no lectiu -hora del pati, del menjador o biblioteca-, per a no interrompre les classes dels nens i les nenes, limitava la seva duració.

Tot i que les filmacions de les entrevistes tenien una durada d'uns 30 minuts, el temps real de l'entrevista era d'unes 2 o 3 hores per nen/a: abans de començar a gravar havien d'omplir la fitxa de les dades personals i durant el moment de l'entrevista també havien de fer els dibuixos (als quals dedicaven gran part del temps) i omplir els llistats lliures. A més, a l'inici de cada entrevista es conversava amb el/la nen/a per a descriure-li el que es faria, i al finalitzar molts dels nens i nenes demanaven veure com havien quedat en la filmació o es quedaven una estona per explicar a l'entrevistador coses sobre ells o l'escola.

VI. 5. Les entrevistes qualitatives semi-estructurades

De cara a poder portar a terme una aproximació a com la salut, el patiment i la malaltia són viscuts en les experiències quotidianes dels nens i nenes participants, es van fer servir entrevistes semi-estructurades. Mitjançant aquestes es va tractar d'aprofundir en com els/les nens/es entrevistats/des expressaven l'experiència viscuda de la seva realitat diària, a partir de la seva pròpia veu i dins del seu rol com a constructors de significats. Com apunta Charmaz (2002), les entrevistes qualitatives són de gran interès per a tots aquells estudis adreçats a l'experiència, ja que a través d'aquestes entrevistes es pot arribar a una anàlisi interpretativa de les visions del món viscut dels individus investigats.

Ryan i Bernard (2010) manifesten que les entrevistes semi-estructurades són especialment útils "...for interviewing people who you really can't interview formally – like children" (Ryan & Bernard, 2010: 30). Aquests autors citen el treball de Whiting i Lee (2003), on es va utilitzar entrevistes semi-estructurades com a tècnica d'obtenció de dades a l'hora de treballar amb nens.

Segons Matthews i Ross (2010), mitjançant aquest tipus de tècnica es pot accedir al contingut de la conversa i a la manera en què el participant s'expressa, centrant-se en la informació que aquest aporta sobre el tema de la recerca i en com l'informant parla, a la seva manera i amb les seves paraules, sobre les seves percepcions i les seves experiències.

Es tracta d'un tipus d'entrevista flexible -on l'investigador pot variar l'ordre i els detalls de com aquest temes són considerats- i que permet a l'informant desenvolupar les seves idees i parlar àmpliament sobre els temes plantejats (Denscombe, 2003). Com apunta Bryman (2008), en les entrevistes semi-estructurades l'investigador planteja unes preguntes o qüestions específiques, però l'informant té una gran llibertat i flexibilitat a l'hora de contestar-les. D'aquesta manera, els entrevistats poden parlar amb els seus propis termes i a la seva manera, però responent més o menys als mateixos tòpics, amb l'objectiu que sigui possible fer comparacions entre les diferents entrevistes (Ryan & Bernard, 2010).

Les entrevistes semi-estructurades estan basades en un guió amb un llistat de preguntes i ítems concrets a cobrir (Bernard, 2006) que ajuda a conduir l'entrevista. El guió de l'entrevista⁹⁷ resumeix els principals temes que a l'investigador li agradaria estudiar, però és flexible i obert pel que fa a la manera de formular o expressar les preguntes i l'ordre en el qual són preguntades (King & Horrocks, 2010). Les preguntes i qüestions haurien de ser prou generals per a aconseguir un ampli ventall d'experiències, i, tanmateix, haurien de permetre abastar i recollir l'experiència específica de la persona entrevistada (Charmaz, 2002).

El guió d'entrevistes que es va fer servir per a conduir les entrevistes d'aquesta recerca constava d'un conjunt de preguntes obertes focalitzades en diferents dimensions temàtiques:

TAULA 3. GUIÓ DE LES ENTREVISTES

Preguntes
"Com és una persona sana?"
"Com és una persona poc sana?"
"Què et manté sa?"
"Què és perjudicial per a la teva salut?"
"Fas coses sanes?"
"Fas coses poc sanes?"
"On es té cura de la teva salut?"
"Qui ha de tenir cura de la teva salut?"
"Quins consells t'han donat per portar una vida sana?"
"Has tingut alguna vegada un accident o coneixes alguna persona que hagi tingut un accident?"
"Pots descriure alguna situació que sigui perillosa?"
"Tens cura del teu cos? Com?"
"Qui t'ajuda a tenir cura del teu cos?"
"Què és el que coneixes menys del teu cos?"
"Quin és el moment de la teva vida que t'has trobat pitjor?"
"Com t'has sentit quan t'has trobat malament?"

A l'hora de portar a terme les entrevistes, es va tractar d'utilitzar un llenguatge comprensible i de deixar temps i recursos perquè els/les nens/es que participaven reflexionessin i

⁹⁷ A opinió de King i Horrocks (2010), el format concret del guió de l'entrevista semi-estructurada pot arribar a ser molt variat i adaptable, reflectint tant les perspectives i preferències de les diferents tradicions metodològiques, com les necessitats personals dels investigadors de cada recerca.

contestessin sense sentir-se pressionats. Aquests/es van ser encoratjats a respondre amb les seves pròpies paraules i a expressar les seves opinions i sentiments, sent flexibles i adaptables als diferents nens i nenes participants, els quals van marcar el ritme de l'entrevista. D'aquesta manera, es va tractar d'assegurar que els mateixos ítems i qüestions poguessin ser discutits amb cada un dels entrevistats (Matthews & Ross, 2010) i que, a la vegada, aquests poguessin percebre que es valorava el seu punt de vista i les seves aportacions (France et al., 2000).

Per altra banda, també es van tenir en compte i es va treballar l'apropament i l'accés als nens i nenes abans de l'entrevista, ja que aquest factor podia arribar a influir en el seu nivell de confiança en l'entrevistador i, per tant, marcar el posterior desenvolupament de l'entrevista. En aquest sentit va ser positiu que l'investigador compartís part del temps de les rutines diàries dels/les nens/es a l'escola i que aquests se sentissin familiaritzats amb la seva presència, tant durant les hores de pati i esbarjo, com en el temps de menjador o en les estades a la biblioteca del centre escolar.

Un altre punt important que es va plantejar a l'hora de fer les entrevistes va ser el tema del bilingüisme. La majoria d'entrevistes estan fetes en català (a excepció de dos fetes en castellà a dos nens que eren nascuts fora de Catalunya). L'opció de fer les entrevistes en català va adoptar-se pel fet que, en ser aquest l'idioma vehicular a l'escola, els/les nens/es es dirigien espontàniament a l'entrevistador en català, encara que la seva llengua materna fos el castellà. Tot i així, en moltes de les entrevistes estaven presents els dos idiomes: durant les entrevistes en català de vegades els nens i nenes introduïen el castellà en les seves respostes, i en les entrevistes en castellà feien servir paraules i expressions en català (sobretot quan aquestes feien referència a aspectes relacionats amb l'escola).

En relació amb la intervenció de l'entrevistador i la seva interacció amb el nen, aspectes com la forma d'escoltar, preguntar, contestar o guardar silenci es va anar adaptant al nen durant les entrevistes. Un exemple es pot trobar en les diferents tàctiques utilitzades per animar a que parlessin als nens i les nenes. La majoria de les tècniques clàssiques que s'utilitzen en les entrevistes amb adults per estimular a donar informació van ser molt poc útils. Es van provar algunes de les tàctiques que assenyala Bernard (1988), com la "prova del silenci" (l'entrevistador calla i espera que l'informant continuï), la realització de preguntes més generals (per tal d'obtenir respostes més amplies) o interrompre una conversa (quan l'informant ja no aporta més informació). Però els resultats no van ser gaire positius: la tàctica

de la “prova del silenci” no funcionava la majoria de les vegades (si calles el nen pot estar molta estona callat i no dir res, sense que li incomodi la situació), ni la realització de preguntes més generals (on els/les nens/es quasi sempre es perdien i no sabien què contestar), ni tampoc la interrupció de la conversa (ja que perjudicava la fluïdesa de les seves explicacions). En canvi sí que va ser de més utilitat la tàctica de repetir l’últim que havia dit el nen i de fer servir diferents expressions després de cada resposta que el nen donava (“molt bé”, “i què més?”, “per què?”, “ah”...) -de vegades per a remarcar que se li donava importància al que estava dient, d’altres quan es volia que el nen continués amb el que estava explicant -.

Les entrevistes van ser gravades amb càmera digital⁹⁸ i posteriorment transcrites. Després es va procedir a la seva lectura de cares a poder identificar codis, categories, propietats i famílies temàtiques, seguint mètodes i estratègies de la Teoria Fonamentada (Grounded Theory) (Strauss & Corbin, 1990). Les lectures de les transcripcions, els dibuixos, les anàlisis de dominis culturals i les notes del treball de camp preses en l’escola van ser utilitzades a l’hora de crear les categories i les particularitats de la codificació inicial⁹⁹.

La sistematització, codificació i anàlisi de les dades van ser portades a terme amb el software ATLAS-ti¹⁰⁰ (Muhr, 1997), eina informàtica per al processament analític de dades qualitatives basada en els principis metodològics de la Teoria Fonamentada, que facilita la sistematització de documents de text o arxius d’imatge i d’àudio. Aquest software pot ser de gran utilitat en la recerca antropològica ja que fa més precises i exhaustives moltes de les activitats implicades en l’anàlisi qualitatiu: permet integrar totes les dades, facilitant la seva organització i codificació i la seva posterior cerca i recuperació, a la vegada que ajuda a establir agrupacions i

⁹⁸ El fet de gravar les entrevistes amb càmera digital va facilitar tant l’enregistrament com la feina de transcripció i l’anàlisi de les entrevistes. A més d’evitar haver de prendre notes contínuament, va copsar aspectes importants dels/les nens/es, com gestos i expressions que substituïen paraules (afirmacions i negacions amb el cap –en comptes de dir sí o no–, encongiment d’espatlles i aixecament de celles –per a comunicar que no sabien quelcom–, assenyalar objectes o tocar una part del seu cos –en comptes de nombrar–los...) que van ajudar a l’hora de transcriure les entrevistes.

⁹⁹ Segons Strauss i Corbin (1990) una bona estratègia a seguir per tal de donar nom a les categories és fer servir els codis “in vivo”, és a dir, les paraules i les frases utilitzades pels mateixos informants de la recerca. Com apunta Bernard (2006), altres tècniques per trobar temes poden ser els llistats lliures.

¹⁰⁰ ATLAS-ti, The Knowledge Workbench, Visual Qualitative Data Analysis, Version: win 6.2, by Scientific Software Development, Berlin.

relacions entre elements i a elaborar models a través de representacions gràfiques (Muñoz Justicia, 2005).

Les dades van ser organitzades en una unitat hermenèutica amb tres famílies de documents primaris -les entrevistes, els dibuixos i les notes de camp- i estratificades segons sexe i edat. Les paraules, ítems i segments de text d'aquests documents primaris van ser identificats i codificats amb l'ATLAS-ti i la informació resultant va ser agrupada segons les dimensions temàtiques de la recerca per tal de ser posteriorment consultada amb les diferents eines del programa. A més de la creació de codis i categories, també es va fer servir aquest software per a establir famílies i xarxes semàntiques per tal de representar gràficament les diferents relacions existents mitjançant diagrames o mapes conceptuals.

VI. 5. 1. El mètode de la Teoria Fonamentada¹⁰¹

Charmaz i Mitchell (2007: 160) comencen el seu text sobre Teoria Fonamentada (Grounded Theory) i etnografia apuntant que els mètodes d'aquesta teoria consisteix en "...flexible strategies for collecting and analyzing data that can help ethnographers to conduct efficient fieldwork and create astute analyses. No more, no less". Aquest mètode de recerca qualitativa, àmpliament utilitzat per a analitzar dades de les entrevistes etnogràfiques (Bernard, 2006), va ser desenvolupat pels sociòlegs Glaser i Strauss (1967) com un intent de legitimitzar la investigació qualitativa als anys 60. Com assenyalen Bernard i Ryan (2010), encara que Glaser i Strauss no van ser els primers en reconèixer el valor present en les dades qualitatives a l'hora de desenvolupar una anàlisi sobre l'experiència, els significats i els processos socials, la importància de la seva obra rau en la seva manera de mostrar com tractar les dades qualitatives com un recurs de coneixement i en l'ús dels seus mètodes sistemàtics i a la vegada flexibles.

Encara que la metodologia de Glaser i Strauss van aportar rugositat i sistematicitat a la Teoria Fonamentada, també li van donar un grau de flexibilitat que va permetre que els seus mètodes poguessin ser aplicables tant a qualsevol tipus de recerca social com a qualsevol tipus de dades (Bernard & Ryan, 2010). Strauss i Corbin (1990) indiquen que la necessitat d'un cert nivell d'obertura i flexibilitat són necessaris de cares a que els procediments de la recerca puguin ser adaptats i ajustats a una diversitat de situacions i fets i es pugui portar a terme l'anàlisi de les dades per tal de desenvolupar teories. La Teoria Fonamentada ofereix, per tant, "...a set of guidelines for building conceptual frameworks that specify the relationships among categories. The guidelines should be used as flexible tools rather than being seen as rigid rules" (Hallberg, 2006: 141).

¹⁰¹ Segons Bryant i Charmaz (2007b), la utilització que es fa del terme "Grounded Theory" (Teoria Fonamentada) pot portar a certes confusions: en ocasions fa referència al resultat del procés de recerca, i en altres moments al mètode utilitzat en aquest procés de recerca. Els autors subratllen que encara que parlant de manera estricta una "Teoria fonamentada" és una teoria resultant de l'ús del "Mètode de la Teoria Fonamentada" (Grounded theory Method), en un llenguatge més comú el terme fa referència al mètode en sí mateix. Assenyalen, així, que encara que alguns autors fan servir el terme "Mètode de la Teoria Fonamentada" per a referir-se al mètode i el de "Teoria Fonamentada" per fer referència als resultats d'utilitzar aquest mètode, "...the methods world will have to accept that the phrase Grounded Theory has now become part of common parlance, resonating with both meanings: the method and the resulting theory" (Bryant & Charmaz, 2007b: 3).

A més de la sistematicitat de la seva metodologia, una altra de les principals característiques que diferencien el mètode de la Teoria Fonamentada d'altres, és el mètode comparatiu constant, el qual implica que cada part de les dades, a l'igual que els codis i categories sorgits d'aquestes, són constantment comparades amb la resta de les dades per tal de poder cercar semblances i diferències que hi puguin haver entre elles (Hallberg, 2006). Així, Charmaz (2006) defineix el mètode comparatiu constant com un mètode d'anàlisi que genera de manera consecutiva cada vegada una major quantitat d'abstraccions i teories mitjançant un procediment basat en la inducció, on es procedeix a una comparació contínua entre les dades, entre les dades i les categories, entre categories i entre aquestes i els conceptes, en cadascuna de les passes del procés analític dins la recerca¹⁰².

D'aquesta manera, el mètode de la Teoria Fonamentada comprèn una aproximació sistemàtica, comparativa i inductiva¹⁰³ per tal de guiar la recerca i avançar en la construcció i desenvolupament de teories (Bryant & Charmaz, 2007b). Com apunta Charmaz (2008), els mètodes d'aquesta teoria tenen el seu inici en les tècniques inductives per tal de recollir, reunir i estudiar dades qualitatives mitjançant les quals poder formular teories de rang mig en la recerca. És a dir, basant-se en les experiències viscudes dels informants, la teoria emergeix de les dades en un procés analític inductiu (Brower & Jeong, 2008). Strauss i Corbin (1990: 24) defineixen aquesta aproximació com "...a qualitative research method that uses a systematic set of procedures to develop an inductively derived grounded theory about a phenomenon". Centrada en el punt de vista dels informants (Jones et al., 2004), les dades per a la Teoria Fonamentada provenen de l'experiència quotidiana de les persones i de les seves realitats, així com dels contextos dels processos socials que les envolten (Bernard & Ryan, 2010).

"The grounded theory method fits in with lifeworld research, because the emphasis is on individuals as unique living wholes and the researcher focuses on the world as it is experienced by the individual" (Hallberg, 2006: 141).

¹⁰² Charmaz i Mitchell (2007: 161) remarquen la importàcia del mètode comparatiu dins de la Teoria Fonamentada on es "...(1) compare data with data from the beginning of the research, not after all the data are in; (2) compare data with emerging categories; (3) demonstrate relations between concepts and categories".

¹⁰³ Segons Charmaz (2006: 188), la inducció pot ser definida com "...a type of reasoning that begins with study of a range of individual cases and extrapolates patterns from them to form a conceptual category".

Des dels anys 60, el mètode Teoria Fonamentada ha anat creixent i evolucionant, però d'una forma o d'una altra és un dels mètodes que més s'ha fet servir en les ciències socials a l'hora de recol·lectar i analitzar dades d'entrevistes sobre l'experiència de les persones (Bernard & Ryan, 2010). Encara que la Teoria Fonamentada va ser originalment desenvolupada de manera conjunta per Glaser i Strauss (1967), posteriorment aquesta va ser ampliada i modificada en direccions diferents per cadascun d'aquests autors¹⁰⁴. La versió de Glaser de la Teoria Fonamentada ha estat etiquetada per alguns autors com a "Teoria Fonamentada Clàssica" i la resultant de la cooperació entre Strauss i Corbin com a "Teoria Fonamentada Reformulada" (Hallberg, 2006).

A més, com assenyala Morse (2009), la Teoria Fonamentada continua més enllà d'aquest dos autors a través dels seus deixebles, els quals han prosseguit de manera diferenciada i ramificada el seu desenvolupament. Entre d'altres, destaquen l'"Anàlisi Dimensional" de Schatzman, l'"Anàlisi Situacional" de Clarke i la "Teoria Fonamentada Constructivista" de Charmaz¹⁰⁵. Per a Morse (2009: 18) aquestes diferències són degudes a que la Teoria Fonamentada

"...is not a prescribed method that uses a particular 'level of data' and formulaic techniques to calculate a solution. Strategies of data gathering and ways of data preparation (coding, categorizing, thematizing) ease the processes of theorizing but by themselves do not make the method".

Com la mateixa autora apunta, la Teoria Fonamentada és bàsicament una manera concreta de pensar sobre les dades i fer teoria des de les dades, i no es pot procedir a una estandardització d'aquesta manera de pensar¹⁰⁶.

¹⁰⁴ Bryant i Charmaz (2007b: 6) assenyalen que les diferències entre aquests dos autors van ser degudes principalment a que "...came from very different backgrounds, and their specific trajectories certainly exerted profound influences both on their early statements and examples of GTM (Grounded Theory Method), and on their later divergence".

¹⁰⁵ Segons Denzin (2007) es poden trobar múltiples versions de la Teoria Fonamentada: positivista, postpositivista, constructivista, objectivista, postmoderna, situacional i assistida per computadora.

¹⁰⁶ Com anota Morse (2009: 14) al respecte: "When grounded theory is used by researchers from different disciplines, researchers with different personalities and different tolerances for ambiguity, researchers with a varying need for structure, various creative abilities, a knowledge of different social science theory, with various paradigmatic perspectives, research goals, and even individual adherence

Segons Charmaz (2009), les distintes versions existents de Teoria Fonamentada comparteixen molt en comú, malgrat que poden dissentir en diversos dels seus supòsits, ja que proveeixen d'un marc i d'una guia per a la recerca qualitativa, a la vegada que ofereixen estratègies útils per a recol·lectar, manejar i analitzar les seves dades:

“...we may have different starting points and conceptual agendas, yet we all begin with inductive logic, subject our data to rigorous analysis, aim to develop theoretical analyses, and value grounded theory studies for informing policy and practice” (Charmaz, 2009: 127).

Les diferències que podem trobar en els diferents textos sobre Teoria Fonamentada poden anar des de matisos metodològics fins a aspectes teòrics i epistemològics¹⁰⁷, com en el cas dels treballs de Charmaz, els quals donen suport a la utilitat de les tècniques de la Teoria Fonamentada, però que no estan d'acord amb alguns dels fonaments epistemològics de Glaser and Strauss (Greckhamer & Koro-Ljungberg, 2005). En la Teoria Fonamentada Constructivista, Charmaz (2000, 2008, 2009) desenvolupa un mètode alternatiu, sobre una perspectiva teòrica de l'interaccionisme simbòlic i una aproximació constructivista, que assumeix l'existència de realitats múltiples, la necessitat de proveir una comprensió interpretativa del món, i la creació en la recerca del coneixement mutu investigador-participant (Charmaz & Mitchell, 2007).

Així, l'adaptació de Teoria Fonamentada de Charmaz pot ser vista com un intent de moure aquesta teoria al camp de les ciències socials interpretatives i com una crítica a les postures més positivistes (Brower & Jeong, 2008). La seva proposta està, per tant, fonamentada en una aproximació interpretativa que emfatitza el significat i on els informants i els investigadors

to and respect for quantitative assumptions and principles, it means that grounded theory is not being performed in exactly the same way each time it is used. It means that the end results are not identical in labels, form, or level of abstraction”.

¹⁰⁷ Charmaz (2009: 135) parla de com aquestes diferències provenen principalment de: “...(1) epistemological allegiances, (2) methodological strategies that constitute grounded theory, (3) assumptions about what ‘theory’ means, and (4) conceptual directions”.

creen en el treball de camp, mitjançant un procés interactiu¹⁰⁸, dades de manera conjunta (Bernard & Ryan, 2010). En paraules de Charmaz (2009: 129):

“...constructivist grounded theory is a contemporary revision of Glaser and Strauss (1967; Glaser, 1978) classic grounded theory. It assumes a relativist epistemology, sees knowledge as socially produced, acknowledges multiple standpoints of both the research participants and the grounded theorist, and takes a reflexive stance toward our actions, situations, and participants in the field setting”.

Malgrat les diferències existents, la major part dels autors que utilitzen el mètode de Teoria Fonamentada coincideixen principalment en dos punts: la generació sistemàtica de teoria des de les dades i emfatitzar la necessitat de seguir uns procediments analítics particulars durant l'anàlisi (Greckhamer & Koro-Ljungberg, 2005). A més, hi ha una sèrie d'estratègies que són incloses en gran part de les diferents maneres de treballar amb aquest mètode: la realització de la recollida de les dades i la seva anàlisi de manera simultània; la recerca de temes emergents mitjançant una anàlisi de dades i de processos socials dins les dades que s'analitzen; la construcció de forma inductiva de categories abstractes que expliquin i sintetitzin aquest processos; i la integració de les diferents categories sorgides de la recerca dins d'un marc teòric comú (Charmaz & Mitchell, 2007).

En el mètode de la Teoria Fonamentada es treballa amb un mostreig no probabilístic, i, amb l'objectiu que els conceptes i les categories puguin sorgir en el procés d'anàlisi de les dades, el mostreig continua fins que cada categoria és saturada (Cutcliffe, 2000). Així, aquest tipus de mostreig, anomenat mostreig teòric, i que és guiat per les categories que van apareixent en la recerca i el coneixement que va desenvolupant l'investigador, acaba una vegada s'ha produït la saturació teòrica (Morse, 2007). Malgrat que mostreig teòric és un altre dels aspectes que roman central en el mètode de la Teoria Fonamentada, aquest component, tal com apunten Bernard i Ryan (2010), no és àmpliament seguit i molts estudis actuals sota l'etiqueta de Teoria Fonamentada estan basats sobre l'anàlisi de textos d'entrevistes ja recollides amb altres tècniques de mostreig.

¹⁰⁸ Com apunta Hallberg (2006: 146), en aquesta interacció entre informant i investigador, dins la Teoria Fonamentada Constructivista, s'assumeix que “...action and meaning are dialectical; meaning shapes action and action affects meaning”.

En el cas d'aquest estudi, es van fer servir mètodes i estratègies de la Teoria Fonamentada a l'hora d'analitzar les dades, però, tal com ja s'ha comentat anteriorment, no es va treballar amb un mostreig teòric sinó amb una mostra propositiva de 30 nens i nenes amb la qual es va calcular poder arribar a la saturació teòrica. Com assenyala Guest et al. (2006) fer servir un mostreig teòric on la mostra continua fins que succeeix la saturació teòrica no sempre és una opció possible i és necessari estimar el punt en què aquesta saturació podria tenir lloc.

Així, es va seguir el consell de Bernard i Ryan (2010: 270), els quals apunten a que, quan es treballa amb entrevistes ja recol·lectades, els investigadors "...may develop a theory on half their data and then check it on the other half", afegint, d'aquesta manera, un element de verificació al mètode.

Els mateixos autors també indiquen que, malgrat es treballi amb entrevistes ja recol·lectades, es pot continuar referint-se al mètode com a Teoria Fonamentada, ja que el que és finalment important és que es puguin acabar generant i verificant teories substantives (Bernard & Ryan, 2010). Altres autors, com Cutcliffe (2005), proposen el nom de Teoria Fonamentada Modificada¹⁰⁹ quan el mètode és en certa manera modificat o adaptat¹¹⁰, i fer servir el de QDA (qualitative data analysis) quan el mètode pateixi grans transgressions.

Segons Bernard i Ryan (2010), sigui quina sigui la posició que s'adopti dins del mètode de la Teoria Fonamentada, una vegada es tenen les dades, la major part de les anàlisis compten les mateixes etapes bàsiques: codificació del text i teorització; elaboració de memos i teorització i integració, refinament i redacció de les teories. La teorització se situa en els tres passos, en un

¹⁰⁹ Cutcliffe (2005: 421) assenyala la importància de "...distinguish such methods from 'pure' Glaserian grounded theory, and it would be prudent and methodologically accurate to describe the resulting method as 'modified' grounded theory".

¹¹⁰ Un exemple d'estudis que han utilitzat els mètodes de la Teoria Fonamentada fent servir un altre tipus de mostreig el podem trobar a Okello (2006), el qual utilitza un mostreig propositiu, i a Clover et al. (2004), que fa servir un mostreig de conveniència. Aquests últims assenyalen que "...convenience sampling was used rather than theoretical sampling as it was necessary to be resourceful and interview available participants. Therefore, we were able to compare the information participants gave us after data were collected, but we could not specifically invite people into the study in order to provide a particular type of contrasting experience" (Clover et al., 2004: 335). Okello (2006) fa referència a l'aproximació utilitzada en l'anàlisi de dades del seu estudi com a Teoria Fonamentada Modificada (Modified Grounded Theory), i Clover et al. (2004) com a versió Modificada de la Teoria Fonamentada (Modified version of Grounded Theory).

procés dinàmic, iteratiu¹¹¹ i no lineal, on es tracta d'identificar categories i conceptes que emergeixen des del text, i enllaçar aquests conceptes amb teories formals i útils (Bernard, 2006; Ryan & Bernard, 2000).

El procés analític central en el mètode la Teoria Fonamentada és la codificació¹¹². Aquest procés, en el qual té lloc l'abstracció conceptual des de les dades, "...represents the operations by which data are broken down, conceptualized, and put back together in new ways" (Strauss & Corbin, 1990: 57). Segons Charmaz i Mitchell (2007) la codificació, al plantejar preguntes analítiques sobre les dades, representa el primer pas en l'emergència de les categories teòriques.

Encara que, com assenyala Liamputtong (2009), la codificació més tradicional dels primers teòrics de la Teoria Fonamentada solia examinar més les accions i esdeveniments que el que poguessin expressar en si els participants en la recerca, en la Teoria Fonamentada contemporània com la de Charmaz es tendeixen a examinar més patrons d'experiències que accions.

Strauss i Corbin (1990) diferencien tres principals tipus de codificació: codificació oberta, codificació axial i codificació selectiva¹¹³. Segons Bryman (2008) aquests tres tipus de codificació representen diferents nivells d'aquesta i estan relacionats amb diferents punts de l'elaboració de categories, encara que, com Strauss i Corbin (1990) apunten, les línies entre cada tipus de codificació són artificials i no necessàriament tenen lloc en etapes. És a dir,

¹¹¹ Segons Ryan i Bernard (2000: 783), es tracta d'un procés iteratiu "...by which the analyst becomes more and more 'grounded' in the data and develops increasingly richer concepts and models of how the phenomenon being studied really works".

¹¹² La codificació, entesa segons Charmaz (2006: 186), com "...the process of defining what the data are about".

¹¹³ Com Bryman (2008: 543) indica, no tots els investigadors que fan servir el mètode de la Teoria Fonamentada treballen amb aquests tres tipus de codificació i la noció de codificació axial ha estat especialment polèmica i problemàtica "... because it is sometimes perceived as closing off too quickly in a project the open-endedness and exploratory character of coding in qualitative data analysis". Així, ni Glaser ni Charmaz estan d'acord amb la codificació axial proposada per Strauss i Corbin (Liamputtong, 2009). Glaser utilitza la codificació oberta i la codificació teòrica com els processos de codificació bàsics i Charmaz diferencia dos tipus principals de codificació: codificació inicial o oberta i codificació selectiva o focalitzada.

encara que s'hauria fer la codificació oberta abans de poder començar la codificació axial, i iniciar aquesta abans de la codificació selectiva, les tres codificacions apareixen fluidament en un procés de manera combinada (Brower & Jeong, 2008). Això és degut en part a que l'aproximació de la Teoria Fonamentada és iterativa, i encara que "...the overall process is inductive, analysts invariably find themselves iterating between inductive and deductive thinking" (Brower & Jeong, 2008: 828).

Strauss i Corbin (1990) defineixen la codificació oberta com la part de l'anàlisi que està relacionada de manera específica amb identificar, donar nom i categoritzar fenòmens mitjançant l'examinació de les dades; és a dir, es tractaria del procés d'examinar, comparar, conceptualitzar i categoritzar les dades, on els conceptes¹¹⁴ són les unitats bàsiques i la conceptualització la primera etapa en l'anàlisi de les dades de la recerca.

Els processos principals dins de l'anàlisi per a la codificació oberta, i que doten de precisió i concreció als conceptes, són: "...the asking of questions about data; and the making of comparisons for similarities and differences between each incident, event, and other instances of phenomena" (Strauss & Corbin, 1990: 74).

Els conceptes són agrupats junts, sota un altre concepte més abstracte, que són les categories, en un procés anomenat categorització¹¹⁵. Les categories són, per tant, classificacions de conceptes sorgits al comparar de manera continuada i seguida els conceptes que d'alguna manera es troben relacionats (Strauss & Corbin, 1990). D'aquesta manera, com expressa Dey (2007: 168), les categories "...emerge initially from a close engagement with data, but can achieve a higher level of abstraction through a process of 'constant comparison' which allows their theoretical elaboration and integration".

¹¹⁴ Per Strauss i Corbin (1990: 61), els conceptes són "...conceptual labels placed on discrete happenings, event, and other instances of phenomena".

¹¹⁵ La categorització fa referència a "...the analytic step in grounded theory of selecting certain codes as having overriding significance or abstracting common themes and patterns in several codes into an analytic concept" (Charmaz, 2006: 186), on les categories són enteses com a "...forming the theoretical bones of the analysis, later fleshed out by identifying and analysing in detail their various properties and relations" (Dey, 2007:168).

En el procés de codificació oberta, a més de poder descobrir categories, també es revelen les propietats i dimensions que aquestes poden tenir, és a dir, dels atributs, característiques i propietats concretes que formen part d'una categoria en unes condicions específiques (Strauss & Corbin, 1990).

La codificació axial és "a set of procedures whereby data are put back together in new ways after open coding, by making connections between categories" (Strauss & Corbin, 1990: 96). Es tracta d'un procés que es mou constantment entre l'inductiu i el deductiu, que es basa en el fet de definir cada categoria de l'anàlisi segons les seves condicions d'origen, el seu context, les accions perquè hagin tingut lloc i les seves conseqüències (Strauss & Corbin, 1990). Aquestes característiques concretes que especifiquen i precisen a una categoria són anomenades subcategories.

La codificació selectiva és, segons Strauss i Corbin (1990), el procés o estadi de la recerca en el qual es procedeix, mitjançant la comparació, a la identificació i selecció d'una categoria central¹¹⁶ (la qual està relacionada amb altres categories). Es porta a terme una verificació i validació de les seves relacions i es fa una revisió de les categories menys desenvolupades i perfilades, per tal de poder assolir un nivell més abstracte d'anàlisi de la recerca (Strauss & Corbin, 1990).

No obstant, alguns investigadors refusen el fet d'utilitzar una categoria central i estan més a favor de tenir en compte la complexitat i multiplicitat de les interpretacions, com en el cas de Charmaz, que, al partir d'una perspectiva constructivista social, es centra en l'existència de realitats múltiples amb visions complexes del món i de les accions (Liamputtong, 2009).

La codificació selectiva dona lloc a que l'investigador pugui arribar a fer comparacions entre categories emergents (Charmaz & Mitchell, 2007). D'aquesta manera, en el procés d'integració que té lloc en aquesta codificació intervé el mètode comparatiu constant, el qual va de la codificació oberta a la codificació selectiva, i segueix fins que ja no emergeixen noves propietats, dimensions o atributs, és a dir, fins que el concepte no ha estat teòricament saturat (Holton, 2007).

¹¹⁶ Segons Bryman (2008: 543), una categoria central és "...the central issue or focus around which all other categories are integrated".

Uns altres dos procediments fonamentals en l'anàlisi que ens permeten arribar a assolir distància analítica de les dades (Strauss & Corbin, 1990) són l'elaboració de memos i els diagrames.

Els memos són notes teòriques sobre les dades i les connexions conceptuals entre categories, que representen les formes escrites dels nostres pensaments abstractes sobre les dades, i l'objectiu dels quals és desenvolupar idees amb completa llibertat conceptual (Holton JA., 2007). Com apunta Bryman (2008: 547), els memos es presenten com un suport per tal de poder generar conceptes i categories "...they serve as reminders about what is meant by the terms being used and provide the building blocks for a certain amount of reflexion". L'elaboració de memos és un procés continu i constant, paral·lel a la codificació i l'anàlisi, que ens ajuda a que les dades puguin arribar a assolir un nivell conceptual, al mateix temps que són un suport a l'hora de desenvolupar, definir i perfilar les propietats de cada una de les categories (Holton, 2007).

Els diagrames són representacions visuals o gràfiques de les relacions existents entre els conceptes i, en la codificació selectiva, mostren la densitat i complexitat de la teoria, ja que ens ajuden a identificar, classificar i sistematitzar les relacions existents entre les diferents categories i entre aquestes i la categoria central (Strauss & Corbin, 1990). D'aquí que s'utilitzin aquest diagrames de cares a mostrar els resultats finals de l'anàlisi mitjançant representacions de les categories més importants i de les seves relacions (Ryan & Bernard, 2000).

Com apunta Liamputtong (2009), la Teoria Fonamentada és una de les metodologies més triades a l'hora d'estudiar temes relacionats amb la salut i la malaltia dins de les ciències socials. Liamputtong recull l'opinió de Charmaz i Henwood (2008) els quals indiquen que això és degut principalment a que aquesta teoria permet als investigadors centrar-se en l'articulació de les categories d'experiència i significat i aproximar-se al món subjectiu de les persones. Per altra banda, France et al. (2000) apunten també a la Teoria Fonamentada com un dels millors mètodes a l'hora de treballar amb nens, ja que permet conceptualitzar les seves vides des de les dades investigades, posant els seus punts de vista en el centre de l'anàlisi i participant com a interlocutors de les seves experiències.

VI. 6. Els dibuixos

Seguint la tècnica “*draw and write*”, els nens i nenes que participaven en la recerca van realitzar també una sèrie de dibuixos. Se’ls va lliurar dos fulls on se’ls demanava, que dibuixessin en un d’ells una persona sana i una altra poc sana, i en l’altre que dibuixessin alguna cosa que fos sana i una altra que pogués ser perjudicial per a la salut. A la vegada s’apuntava en els fulls i se’ls comentava, abans que comencessin a guixar-los, que, juntament amb els dibuixos també hi podien escriure tot allò que volguessin assenyalar, destacar o explicar; combinant, d’aquesta forma, el dibuix i l’escriptura.

TAULA 4. ENUNCIATS DELS DIBUIXOS

Enunciats
1. “Dibuixa una persona sana i una altra poc sana” (Pots escriure al dibuix tot allò que vulguis assenyalar, destacar o explicar)
2. “Dibuixa una cosa que sigui sana i una altra que pugui ser perjudicial per a la salut” (Pots escriure al dibuix tot allò que vulguis assenyalar, destacar o explicar)

Es va observar que, durant el procés de dibuixar, molts dels/les nens/es entrevistats/des estaven preocupats/des, en un principi, per com quedarien estèticament els dibuixos¹¹⁷, encara que se’ls expliqués que no eren els dibuixos en si mateixos el que ens interessava, sinó el contingut d’aquests. Sobretot els més petits dibuixaven lentament provant de fer-ho el millor possible i amb moltes ganes que el dibuix quedés bé. Eren també els més petits els que estaven més preocupats per tenir bona lletra i no fer faltes d’ortografia.

¹¹⁷ Deien frases com: “*jo no se dibuixar bé*”, “*no em surt molt bé dibuixar això*” o “*tal nen o nena de la classe dibuixa molt bé, però jo no tant*”.

VI. 6. 1. La tècnica “*draw and write*”

“*Draw and write*” és una tècnica de recol·lecció de dades, que combina el dibuix i l’escriptura, i que ha estat emprada en les últimes dècades principalment en l’àmbit de l’educació i la promoció de la salut als països anglosaxons, tant en estudis quantitius com qualitius (Backett-Milburn & McKiel, 1999). Com apunten Pridmore i Lansdown (1997: 220) es tracta d’un mètode que “...involves children being invited to draw pictures related to aspects of health or ill health and to write about what is happening in their pictures”.

La tècnica “*draw and write*” va ser desenvolupada per primera vegada per Williams et al. (1989a, 1989b), en un estudi a escoles primàries que explorava aspectes de la vida dels nens al voltant de la salut i la malaltia per tal d’ajudar en la planificació d’un marc per a l’educació sanitària en les escoles (Pridmore & Bendelow, 1995). Williams et al. (1989a, 1989b: 64), van apostar per aquesta tècnica en la seva recerca ja que:

“The ‘draw and write’ technique as developed offered several advantages:

- Drawing followed by writing, or writing accompanied by a drawing, is a day to day activity found in every primary school.
- Its was easy to administer.
- All children felt confident to respond”.

A partir del treball d’aquests autors, la tècnica “*draw and write*” va anant adquirint cada vegada més presència a l’hora de recol·lectar dades de nens relacionades amb el camp de la salut (Nic Gabhainn & Kelleher, 2002). En concret, dins de les recerques qualitatives en ciències social, aquesta tècnica ha estat utilitzada per explorar la percepció de la salut i la malaltia¹¹⁸, bàsicament, encara que no únicament, en nens (Pridmore & Bendelow, 1995). El

¹¹⁸ A mode d’exemple, s’assenyalen alguns treballs en l’àmbit de les ciències socials i la salut on s’han fer servir la tècnica “*draw and write*” per treballar amb nens: per a explorar les creences sobre salut, malaltia i càncer en nens de l’escola primària (Pridmore & Bendelow, 1995); per a examinar l’estatus de la salut dels nens en les escoles primàries (Mayall et al., 1996); per a estudiar les percepcions sobre l’hàbit de fumar d’escolars de primària i les seves implicacions en l’educació per a la salut (Porcellato et al., 1999); per a comparar escoles promotores de salut i escoles amb classes d’educació de salut convencional (Nic Gabhainn & Kelleher, 2002); per a analitzar continguts de mapes corporals (Mitchell, 2006); o per a explorar les visions sobre la cura hospitalària en nens diagnosticats amb càncer (Horstman et al., 2008).

mètode “*draw and write*” s’ha fet servir tant de forma independent, com de manera conjunta amb altres tècniques i mètodes de recollida de dades (Backett-Milburn & McKiel, 1999).

Mitjançant aquesta tècnica es va tractar d’investigar amb mètodes apropiats per a treballar amb nens que fossin participatius i fessin servir indicadors i categories procedents de les seves experiències, per tal d’apropar-se al seu punt de vista i a una comprensió de com aquests interpreten la realitat que els envolta (Pridmore & Bendelow, 1995). Aquest interès per arribar a conèixer les percepcions dels nens sobre la salut des de la seva pròpia perspectiva va fer que les discussions al voltant d’aquestes tècniques entressin en els debats sobre la conceptualització dels nens (Backett-Milburn & McKiel, 1999), però també en algunes consideracions al voltant de la interpretació, el context i l’ètica (Nic Gabhainn & Kelleher, 2002).

És al voltant d’aquests aspectes que Backett-Milburn i McKiel (1999) troben possibles crítiques en l’aplicació de la tècnica “*draw and write*” en els estudis qualitius en ciències socials. Així, a més d’apuntar a la necessitat de tenir en compte i reflexionar sobre la possible sobreinterpretació dels dibuixos i la influència que pot tenir el context on es recullen les dades, la preocupació més gran assenyalada per aquestes autores es dirigeix cap al fet de si les dades fruit d’aquesta tècnica són un reflex dels discursos dominants en l’entorn cultural dels nens, més que la perspectiva i experiència dels mateixos nens. És en aquest sentit que Backett-Milburn i McKiel (1999: 393) es qüestionen:

“...in their drawings using this technique do children simply give us back what they feel we want to know in terms of a range of acceptable public representations of current thinking about health, as they understand it? And do those children who, like many adults, find abstract conceptualisations of health and staying healthy somewhat taxing, fall back on representing the well known individualistic health homilies such as eating lots of fruit and vegetables and taking exercise? Does this method reveal children's own personally meaningful views and feelings about health grounded in their daily experience or are these merely publicly acceptable representations, and what do these say about our culture?”.

Tenint en compte aquestes qüestions, i ja que l’interès del treball que es volia portar a terme estava centrat en la dimensió èmic del concepte de salut, van ser, així, els mateixos nens i nenes els que, durant les entrevistes, van interpretar els seus propis dibuixos i van explicar el

que havien dibuixat i escrit en els fulls i el perquè¹¹⁹. Si les entrevistes van proporcionar un marc per a les explicacions i comentaris dels nens i les nenes sobre els seus propis dibuixos, aquests últims, al seu torn, van ajudar a focalitzar les entrevistes en els temes en què es centrava l'estudi. D'aquesta manera, a l'integrar els dibuixos en les entrevistes¹²⁰, ambdues tècniques van funcionar de manera complementària, on dibuixos, escriptures i narracions es barrejaven per tal d'aproximar-nos tant a l'experiència viscuda i a la realitat quotidiana dels/les nens/es sobre salut i malaltia com a les representacions comunes al voltant d'aquest temes.

Els dibuixos, a l'igual que les transcripcions de les entrevistes i les notes del treball de camp, van ser introduïts en el software ATLAS-TI, on es van identificar, codificar i agrupar els diferents ítems sorgits i es va sistematitzar la seva anàlisi.

A continuació es mostren, a mode d'exemple, alguns dels dibuixos, que seguint la tècnica "*draw and write*", van realitzar els nens i nenes que van participar en la recerca:

¹¹⁹ Van ser els/les mateixos/es nens/es els/les que van interpretar els seus dibuixos, per tal d'evitar, d'aquesta manera, la sobre-interpretació, una de les possibles crítiques a la tècnica "*draw and write*" apuntades per alguns autors com Backett–Milburn i McKiel (1999).

¹²⁰ En incorporar els dibuixos a les entrevistes també es va tractar de resoldre un altre dels aspectes apuntat per Backett–Milburn i McKiel (1999) en relació a la tècnica "*draw and write*". Segons aquestes autores, no es pot donar sempre per descomptat que a tots els nens els és més fàcil dibuixar que parlar, malgrat que Pridmore i Bendelow (1995) subratllen que el fet de dibuixar pot ajudar als nens a concentrar-se, reflexionar i mostrar a través dels dibuixos el que de vegades els costa expressar amb paraules.

FIGURA 1. EXEMPLE "DRAW AND WRITE". DIBUIX D'UNA PERSONA SANA I D'UNA ALTRA POC SANA. INFORMANT 7



FIGURA 2. EXEMPLE "DRAW AND WRITE". DIBUIX D'UNA PERSONA SANA I D'UNA ALTRA POC SANA. INFORMANT 24

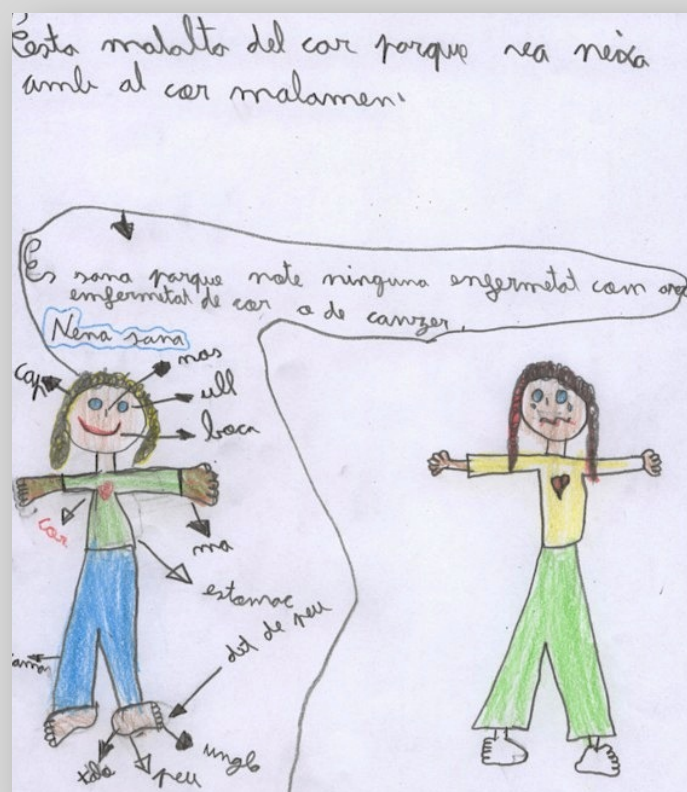


FIGURA 3. EXEMPLE "DRAW AND WRITE". DIBUIX D'UNA PERSONA SANA I D'UNA ALTRA POC SANA. INFORMANT 9



FIGURA 4. EXEMPLE "DRAW AND WRITE". DIBUIX D'UNA COSA SANA I D'UNA ALTRA PERJUDICIAL PER A LA SALUT. INFORMANT 7

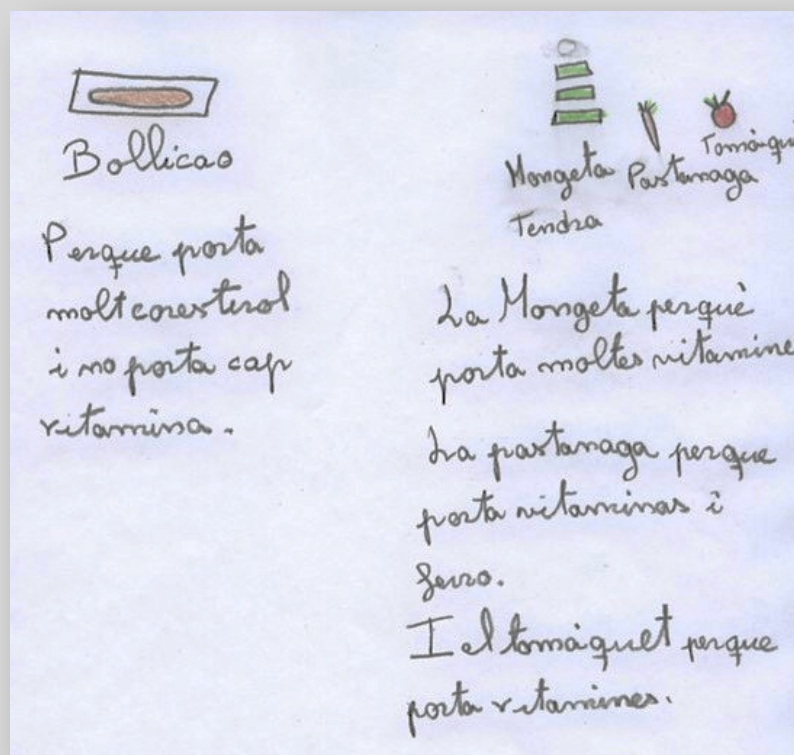


FIGURA 5. EXEMPLE "DRAW AND WRITE". DIBUIX D'UNA COSA SANA I D'UNA ALTRA PERJUDICIAL PER A LA SALUT. INFORMANT 22

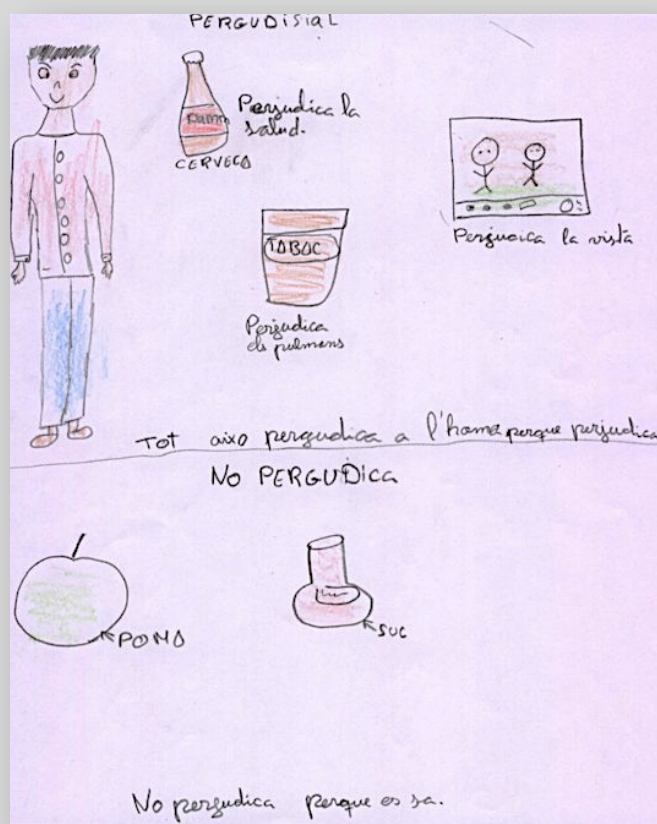
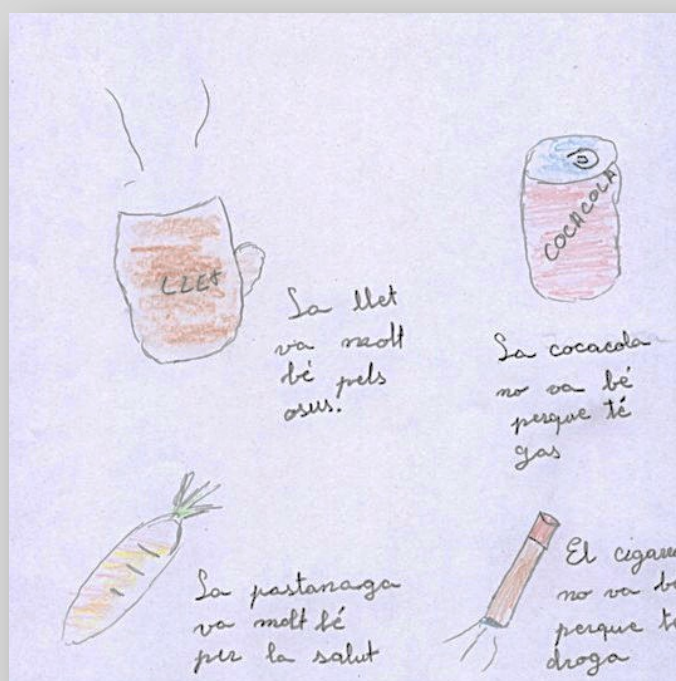


FIGURA 6. EXEMPLE "DRAW AND WRITE". DIBUIX D'UNA COSA SANA I D'UNA ALTRA PERJUDICIAL PER A LA SALUT. INFORMANT 28



VI. 7. Els llistats lliures

A través d'una anàlisi dels dominis culturals que fan referència a conceptes i termes al voltant de la salut que són significatius pels nens i les nenes, i mitjançant l'estudi del coneixement compartit sobre aquests dominis, es va tractar de fer un apropament a les seves experiències col·lectives i a les seves representacions socioculturals sobre salut i arribar a comprendre com aquests/es incorporen significats col·lectius en les seves pròpies experiències.

Per tal d'analitzar les categories més rellevants que els nens i nenes fan servir a l'hora de parlar al voltant de la salut i obtenir els principals ítems o elements compartits i considerats importants per a aquests dins de cada categoria o domini cultural, es van fer servir tècniques de llistats lliures. Com es veurà més endavant, un element fonamental d'aquestes tècniques de cara a la nostra recerca és que, en tractar-se d'un contingut donat pels mateixos informants, va permetre l'apropament a una perspectiva construïda i compartida pels nens i nenes participants.

Els llistats lliures o *freelistings* són una de les tècniques més útils a l'hora de compilar un llistat d'ítems per tal de determinar un domini cultural. Weller i Romney (1988) proposen els llistats lliures com a quelcom a realitzar inicialment en totes aquelles recerques que impliquin l'especificació de nous dominis. Segons aquests autors, els llistats, a més de ser proveïdors importants de dades, poden ajudar a concretar aquells dominis i conceptes que són rellevants en una cultura. D'altra banda, com apunten els mateixos autors, la utilització dels llistats lliures fa que els dominis amb els quals es treballen no siguin forçats sinó definits pels participants; a més del fet que "...ensures that the domain is coherent, that the items are the same level of contrast, and that the informants are acquainted with the items" (Weller & Romney, 1988: 84).

VI. 7. 1. L'anàlisi de Dominis Culturals

L'anàlisi de dominis culturals (Spradley, 1979) és un mètode de l'antropologia cognitiva, utilitzat moltes vegades des de l'antropologia mèdica^{121 122}, que estudia com els membres d'una societat pensen sobre el conjunt d'ítems (observables o conceptuals) que en la seva cultura tenen una presència conjunta o es representen com d'un mateix tipus (Ryan & Bernard, 2000). És un mètode d'anàlisi dels significats socials i del coneixement compartit sobre un domini cultural on, mitjançant l'ús de tècniques sistemàtiques d'obtenció de dades, es tracta de determinar llistats d'elements o ítems que comprenen un domini i explorar com es construeixen les diferents relacions entre aquests (Ryan & Bernard, 2000).

Un domini cultural és, en paraules de Weller i Romney (1988: 9), "...an organized set of words, concepts or sentences, all on the same level of contrast, that jointly refer to a single conceptual sphere". Aquest grup de termes o ítems que conformen un domini cultural, determinen un sistema o xarxa relacionats per famílies de connexions o relacions semàntiques (Borgatti, 1999). Els dominis tenen, així, una estructura interna, on la posició d'ítems dins d'aquesta estructura fan que es distingeixin entre els diferents ítems que la componen, a la vegada que els dota de significat. D'aquesta manera, els significats i representacions dels ítems deriven, en part, de la seva situació en aquesta estructura o sistema i reflecteixen una forma sociocultural concreta en la que s'organitza una esfera conceptual (Weller & Romney, 1988).

¹²¹ Com apunta Arroyo (2002: 22) l'anàlisi de dominis culturals "...se ha mostrado especialmente útil para investigar las percepciones sobre la enfermedad o la atención médica y para realizar los análisis de situación previos a las intervenciones en educación para la salud".

¹²² Podem trobar una àmplia bibliografia en relació a estudis i recerques en l'àmbit de la salut que han utilitzat l'anàlisi de dominis culturals, entre d'altres, per: investigar la comunicació metge pacient en la cura prenatal (Bennett et al., 2006), explorar les dimensions conceptuals del dengue, (Caballero et al., 2006), caracteritzar l'estructura semàntica que manifesten les adolescents embarassades (Herrera-Suárez et al., 2008), aproximar-se a la comprensió de solitud i depressió en la gent gran (Barg FK. et al., 2006), explorar el malestar emocional entre els adolescents (Martínez Hernáez & Muñoz, 2010a, 2010b), analitzar els principals elements relacionats amb el domini cultural de l'autocura en salut (Salcedo-Rocha et al., 2008), identificar subcultures dins dels centres de salut (Smith et al., 2004), examinar les concepcions culturals del VIH en adolescents (Lozano et al., 2008), investigar les concepcions cultural al voltant de la salut i la malaltia en població adulta (Serrano et al., 2009), estudiar les dimensions conceptuals del benestar en malalts crònics (Aranda et al., 2007), aproximar-se al coneixement cultural de la diabetis (García de Alba et al., 2006), o estudiar els models explicatius de la salut reproductiva de les dones (Ross et al., 2002).

Les relacions semàntiques entre els ítems o elements d'un domini són, per tant, un aspecte fonamental de com les persones conceptualitzen, representen i doten de sentit la seva realitat (Borgatti, 1999).

Segons Borgatti (1999) és important remarcar que la mera existència d'un acord sobre un grup d'ítems no pressuposa, en principi, que aquest sigui un domini cultural; i això es deu a que els dominis culturals es defineixen per quelcom que va més enllà de la simple resposta individual. Aquest són experimentats com existents fora de l'individu i compartits en el món dels individus mitjançant la cultura. Per a aquest autor, una manera de poder diferenciar altres tipus de llistes dels dominis culturals és que aquests versen sobre percepcions més que sobre preferències o eleccions.

Un element fonamental dels dominis culturals de cara a la nostra recerca és que, al tractar-se d'un contingut donat pels membres d'una societat, un domini cultural és una categoria èmic, compartida i construïda pels membres d'aquesta cultura (De Munck, 2009). En opinió de Weller i Romney (1988), és important fer servir algun tipus de procediment per a confirmar que la definició dels dominis correspon a la dels informants, quan al començament de la recerca encara no es coneixen els marges d'aquests. Vet aquí la importància de definir els ítems d'un domini com a quelcom a realitzar inicialment abans de qualsevol altra forma d'obtenció de dades dins de la investigació. La determinació dels dominis és fonamental ja que assegura que aquests siguin definits des del llenguatge dels informants que participen en la recerca (Weller & Romney, 1988).

VI. 7. 2. La tècnica dels llistats lliures o *freelistings*

Els *freelistings* o llistats lliures són una tècnica sistemàtica d'obtenció de dades que s'utilitza per a obtenir paraules, frases o ítems dels informants sobre una esfera o domini cultural (Borgatti, 1996). Aquesta tècnica permet "...to ensure that one is dealing with cultural relevant items to delineate the boundaries of a semantic or cultural domain" (Weller & Romney, 1988: 10).

En els llistats lliures, els informants fan un llistat amb tots els ítems o elements que coneixen dins d'una categoria o domini. Les dades d'aquests llistats ens mostren, així, informació tant sobre els ítems que les persones llisten com de les persones que les llisten, i per tant, ens informen sobre el coneixement que els membres d'una cultura tenen sobre un domini i la variació d'aquest dins del domini en el grup investigat (Quinlan, 2005).

Segons Quinlan (2005), quan es treballa amb llistats lliures es parteix principalment d'una sèrie de premises bàsiques: primer, que dins d'aquests els informants solen mencionar els ítems segons un ordre de familiaritat; segon, que les persones que tenen més coneixement sobre un tema faran un llistat amb més elements o ítems que les que no en tenen tant; i, finalment, que els termes esmentats per la major part d'informants expressen aquells ítems que els són més propers i immediats.

També s'ha de tenir en compte, com apunta De Munck (2009), que els llistats lliures estan orientats a obtenir gran part dels elements o ítems destacables que el representen, malgrat que aquests no abasten tots els termes o ítems d'una categoria o domini.

En la recerca es va demanar als 30 nens/es que participaven com a informants que anomenessin un llistat escrit d'ítems o termes (que podien ser paraules o frases curtes) en relació a cinc preguntes centrades en cinc dominis o categories temàtiques. Es va tractar de fer servir en les preguntes un vocabulari col·loquial i familiar pels informants, així com preguntes redundants, amb l'objectiu que aquests entenguessin el que se'ls volia preguntar.

TAULA 5. DIMENSIONS I PREGUNTES DELS LLISTATS LLIURES

Llistat lliure	Domini	Pregunta
Llistat lliure 1	Signes, hàbits, comportaments i estats d'ànim reconeguts en una persona sana	"com és una persona sana?"
Llistat lliure 2	Signes, hàbits, comportaments i estats d'ànim reconeguts en una persona poc sana	"com és una persona poc sana?"
Llistat lliure 3	Elements, hàbits i comportaments saludables	"què et manté sa?"
Llistat lliure 4	Elements, hàbits i comportaments poc saludables	"què és perjudicial per a la teva salut?"
Llistat lliure 5	Persones que tenen cura de la salut	"qui té cura de la teva salut?"

La primera dimensió feia referència als signes, hàbits, comportaments i estats d'ànim que els/les nens/es reconeixen en una persona sana. La pregunta que se'ls plantejava va ser: "com és una persona sana?". Altres preguntes redundants que es van utilitzar van ser "com saps que una persona està sana?" o "quines són les característiques d'una persona sana?". La segona qüestió va ser "com és una persona poc sana?" que responia a la categoria dels signes, hàbits, comportaments i estats d'ànim que els/les nens/es reconeixen en una persona poc sana. Les preguntes redundants que es van plantejar van ser "com saps que una persona està poc sana?" o "quines són les característiques d'una persona poc sana?". En la tercera pregunta "què et manté sa?" l'interès estava dirigit cap al domini dels elements, hàbits i comportaments saludables. Es van utilitzar altres preguntes redundants com "quines coses et mantenen sa?". La quarta dimensió feia referència als elements, hàbits i comportaments poc saludables. La pregunta que se'ls plantejava va ser: "què és perjudicial per a la teva salut?". Es va fer servir també "quines coses són perjudicials per a la teva salut?" com a pregunta redundant. Finalment, la cinquena qüestió, "qui té cura de la teva salut?", responia a l'interès centrat en les persones que tenen cura de la salut. Es van plantejar també altres preguntes redundants com "quines són les persones que tenen cura de la teva salut?".

Mitjançant aquest llistats lliures es van obtenir dades sobre les paraules, termes i frases curtes anomenades pels/les nens/es en cada un d'aquests dominis. Posteriorment es va procedir a una estandardització de les respostes, tot intentant agrupar les paraules o frases redundants o que podrien entendre's com a sinònimes, de cares a evitar repeticions. Segons Weller i Romney (1988), és important tenir en compte que si es treballa amb llistes formades amb

frases o afirmacions, més que en paraules o termes, sovint es pot trobar que els llistats lliures incloquin diferents frases per al mateix concepte.

Les dades dels llistats lliures van ser sistematitzades i processades amb el programa informàtic ANTHROPAC^{123 124}, eina informàtica per a l'anàlisi quantitatiu de dades qualitatives, específic per a l'anàlisi de dominis culturals¹²⁵. Amb aquest software es van processar les llistes textuales de les paraules, termes i frases curtes, per tal d'obtenir un recompte dels cops que es menciona cada ítem o terme, i poder conformar una matriu que mostrés quins ítems anomenaven cada informant i l'ordre amb què ho feia (Borgatti, 1996).

Els resultats es presenten en unes taules de distribució de freqüència, on es mostra la quantitat de vegades que cada ítem o terme va ser mencionat pels informants, endreçat per freqüència de resposta. Una distribució de freqüència és una manera de mesurar com són compartits els ítems o termes i de donar una aproximació de com estan dispersats entre els diferents membres els termes del domini (De Munck, 2009). Les freqüències es mostren com a percentatges d'informants, les quals han citat els ítems i estan endreçades per ordre decreixent de freqüència. Aquestes freqüències o percentatges de freqüències representen una estimació de la importància dels ítems pels informants (Weller & Romney, 1988).

Una altra dada que es mostra en les taules és l'ordre de menció o "average rank", que representa la posició mitjana d'un ítem o terme en les llistes de tots els informants que l'anomenen; com més baix és el valor de la seva mitjana a la taula i major la importància cultural del terme o ítem, més alta és la posició que ocupa l'ítem al llistats (De Munck, 2009).

¹²³ Es van fer servir dos versions del programa: ANTHROPAC software version Visual Anthropic 1.0.1.36 (Software for Cultural Domain Analysis. Analytic Technologies, Inc. and Software Engineering by AT and Medical Decision Logic, Inc., 2003) per a l'anàlisi de freqüències i ANTHROPAC software version 4.98 (Analytic Technologies. Borgatti, 1996) per a l'anàlisi de consens cultural.

¹²⁴ Segons Arroyo (2002: 22), l'Anthropic "...posibilita el análisis tanto de los procesos como de los contenidos de las representaciones sociales que son objeto de investigación y ello con una carga menor en los sesgos clásicos que se atribuyen a toda investigación cualitativa sobre grupos sociales".

¹²⁵ Aquesta eina informàtica disposa de "...routines for collecting and analyzing free list, pile sorts, triads, paired comparisons, and ratings. The tools for analysis include multidimensional scaling, hierarchical clustering, property fitting (PROFIT), factor analysis, correspondence analysis, and quadratic assignment" (Bernard, 2006: 715).

La combinació de les mesures de freqüència i d'ordre de menció dóna lloc a un índex de la importància o pes cultural ("cultural or cognitive salience"), que també es presenta en les taules, i que mostra la importància i utilitat d'un ítem o terme; assumint que els ítems o elements més importants pels informants són aquells que tendeixen a ser anomenats més fàcilment i ràpidament (De Munck, 2009).

L'índex de la importància o pes cultural que es fa servir a l'ANTHROPAC ("saliency index") és una adaptació del proposat per Smith (Borgatti, 1996) i per a mesurar-ho es tenen en compte el número d'ítems en la llista (freqüència) i la posició de l'ítem en la llista (ordre de menció), és a dir, si un ítem és mencionat i quan és mencionat (Borgatti, 1996, 1999). Segons Smith (1993: 3) aquest índex

"...takes both measures into account by recognizing the open-ended nature of free-list exercises and by combining frequency and sequence into a single expression of the overall notion of domain item salience: how often and how early culturally competent informants name the items that comprise a domain's most important elements".

A mode d'exemple es presenta a continuació una de les taules dels llistats lliures on es mostren els percentatges de freqüència, l'ordre de menció i l'índex de la importància o pes cultural dels ítems anomenats pels nens i nenes al voltant del domini dels signes, hàbits, comportaments i estats d'ànim reconeguts en una persona sana.

TAULA 6. DISTRIBUCIÓ DE LES FREQUÈNCIES, ORDRE DE MENCIO I ÍNDEX DE LA IMPORTÀNCIA O PES CULTURAL DELS LLISTATS LLIURES SOBRE ELS SIGNES, HÀBITS, COMPORTAMENTS I ESTATS D'ÀNIM QUE ELS/LÉS NENS/ES RECONeixEN EN UNA PERSONA SANA

Ordre	Ítem	Freqüència (%)	Ordre de menció	Importància cultural
1	està contenta, alegre o feliç	36,7	2,64	0,233
2	pot moure's, caminar o córrer	33,3	2,40	0,234
3	menja bé o porta una alimentació sana i variada	33,3	2,40	0,224
4	té bona cara o se li nota a la cara	30,0	2,78	0,171
5	fa exercici o esport	30,0	2,89	0,159
6	no té malalties o problemes físics	26,7	2,50	0,182
7	se sent bé	20,0	1,67	0,158
8	es diverteix, juga o té ganes de jugar	20,0	2,83	0,106
9	és neta	16,7	1,40	0,149
10	pot estudiar o aprendre	16,7	2,40	0,115
11	no es baralla, no s'enfada ni molesta als altres	13,3	3,50	0,053
12	està forta	10,0	1,67	0,083
13	té un cabell cuidat o es pentina	10,0	2,33	0,072
14	no té ferides ni fractures	10,0	3,33	0,060
15	pot veure, sentir i parlar	10,0	3,67	0,043
16	es cuida	10,0	3,33	0,042
17	va a l'escola	10,0	4,00	0,030
18	no ha d'anar al metge o a l'hospital	6,7	3,00	0,038
19	va ben vestida o porta roba neta	6,7	3,00	0,036
20	va al metge	6,7	3,00	0,033
21	pot sortir de casa	6,7	3,00	0,031

Nota: Resultat del total dels llistats lliures realitzats (n=30). S'inclouen els noms dels ítems citats almenys dues vegades.

En les taules només es mostren els noms dels ítems citats almenys dues vegades en els llistats lliures. Borgatti (1999) apunta que, en ser els dominis culturals compartits, s'haurien de considerar tan sols aquells ítems que són mencionats per més d'un informant.

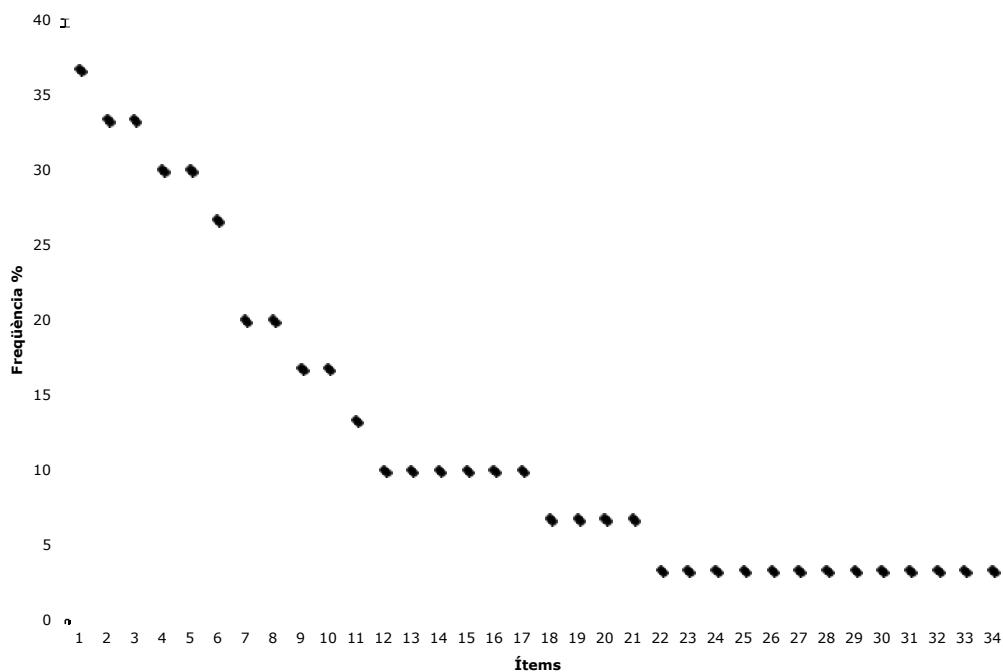
També es van elaborar gràfics sobre l'índex de la importància o pes cultural ("saliency index") i "screen plots"¹²⁶ o diagrames de colze o sedimentació dels percentatges de freqüència de cada ítem. Els "screen plots" solen ser de gran utilitat de cares a triar el conjunt d'ítems que volem estudiar amb més profunditat (Bernard & Ryan, 2010), ja que ens permeten buscar més fàcilment una ruptura natural o colze en el llistat de freqüències. Trobar aquesta ruptura pot ser molt útil amb l'objectiu de diferenciar els ítems culturalment compartits en el domini dels que no ho són (Borgatti, 1999).

A continuació es mostra un exemple d'aquest tipus de gràfics que corresponen a la representació gràfica de l'índex de la importància o pes cultural i al "scree plot" de les

¹²⁶ La denominació de "screen" fa referència a la forma que solen mostrar les dades d'aquest tipus de gràfics: "...refers to the rocks that pile up at the base of a cliff and the telltale L-shape of the pile" (Bernard & Ryan, 2010: 168).

freqüències dels llistats lliures sobre els signes, hàbits, comportaments i estats d'ànim reconeguts en una persona sana.

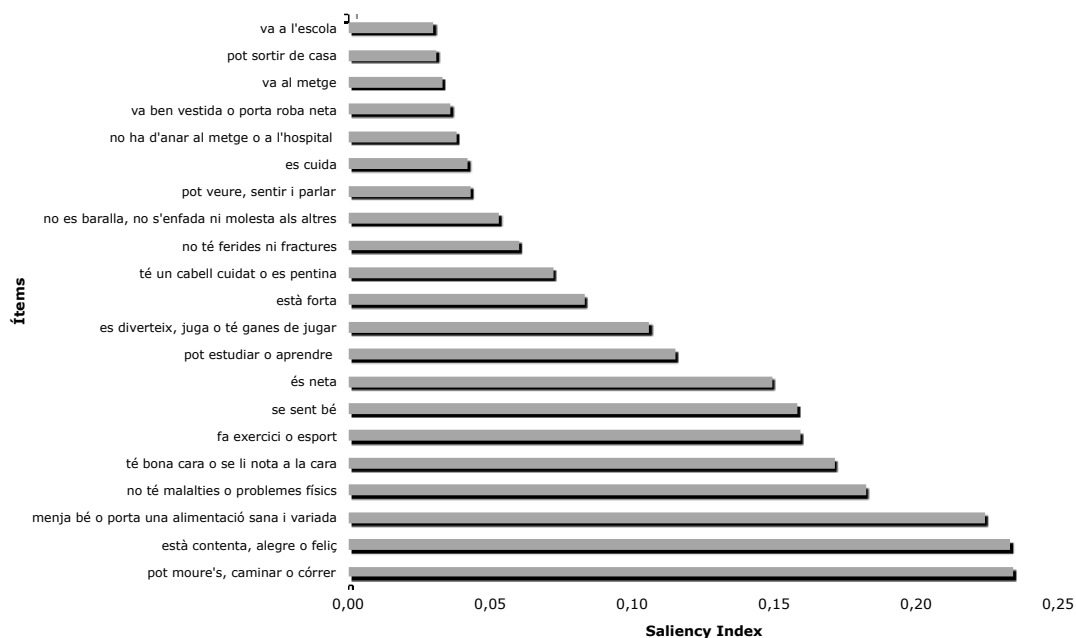
FIGURA 7. "SCREE PLOT" DE LES FREQUÈNCIES DELS LLISTATS LLIURES SOBRE ELS SIGNES, HÀBITS, COMPORTAMENTS I ESTATS D'ÀNIM QUE ELS/LES NENS/ES RECONeixEN EN UNA PERSONA SANA



Ordre	Ítem	Ordre	Ítem
1	està contenta, alegre o feliç	12	està forta
2	pot moure's, caminar o córrer	13	té un cabell cuidat o es pentina
3	menja bé o porta una alimentació sana i variada	14	no té ferides ni fractures
4	té bona cara o se li nota a la cara	15	pot veure, sentir i parlar
5	fa exercici o esport	16	es cuida
6	no té malalties o problemes físics	17	va a l'escola
7	se sent bé	18	no ha d'anar al metge o a l'hospital
8	es diverteix, juga o té ganes de jugar	19	va ben vestida o porta roba neta
9	és neta	20	va al metge
10	pot estudiar o aprendre	21	pot sortir de casa
11	no es baralla, no s'enfada ni molesta als altres		

Nota: Resultat del total dels llistats lliures realitzats (n=30). S'inclouen els noms dels ítems citats almenys dues vegades.

FIGURA 8. ÍNDEX DE LA IMPORTÀNCIA O PES CULTURAL DELS LLISTATS LLIURES SOBRE ELS SIGNES, HÀBITS, COMPORTAMENTS I ESTATS D'ÀNIM QUE ELS/LÉS NENS/ES RECONEIXEN EN UNA PERSONA SANA



Nota: Resultat del total dels llistats lliures realitzats (n=30). S'inclouen els noms dels ítems citats almenys dues vegades.

VI. 7. 3. L'anàlisi de consens cultural

Posteriorment, també amb l'ANTHROPAC, es va portar a terme una anàlisi de consens cultural amb el propòsit d'esbrinar el grau d'acord existent entre els informants i el nivell de coneixement cultural de cadascun dels informants (Borgatti, 1996).

L'anàlisi de consens cultural (Romney et al., 1986)¹²⁷ és una tècnica per valorar si un conjunt de respostes constitueix un domini cultural o si una mostra d'informants forma part d'una mateixa cultura (De Munck, 2009). Aquest mètode ens permet estimar les creences socioculturals dels informants i el grau de coneixement individual existent sobre aquestes (Weller, 2007), a més d'ajudar-nos a avaluar "...the extent to which cultural beliefs are shared and in that sense helps me investigate the extent to which my belief is consistent with the data" (Romney, 1999: s103). L'anàlisi de consens cultural mesura, d'aquesta manera, la coherència interna que hi ha entre els diferents grups d'ítems o d'informants i fa possible estudiar, des d'un criteri de consistència interna, si aquests informants estan proporcionant una informació cultural similar o diferent (Weller & Romney, 1988).

Com Bernard (2006) apunta, seguint a Romney et al. (1986), el model d'anàlisi del consens cultural està fonamentat bàsicament en els següents supòsits: primer, que els informants comparteixen un mateix marc cultural i que existeix una resposta cultural per a cada pregunta. Segon, que els participants responen a les preguntes de manera independent entre ells, i finalment, que les preguntes provenen d'un domini cultural comú i que, per tant, cada informant té un coneixement o competència cultural¹²⁸ sobre aquestes.

Partint d'aquests supòsits es pot derivar un conjunt de passes i procediments que permet avaluar el coneixement que cada participant té de cadascuna de les preguntes (Romney et al., 1987). Primer, partint de l'acord i concert existent entre els informants, s'estima el coneixement o competència individual i, després, "...the culturally correct answers are

¹²⁷ A Romney et al. (1986, 1987) i Weller i Romney (1988) es pot trobar informació detallada sobre aquest tipus d'anàlisi.

¹²⁸ Segons Weller (2007: 344), la competència cultural és "...the cultural expertise of each individual with regard to a set of questions".

estimated by weighting the responses of each person, by their competency and aggregating responses across people” (Weller, 2007: 340).

Una anàlisi de consens cultural va ser portat a terme a l’anàlitzar cadascun dels llistats lliures de les percepcions existents entre els nens i nenes al voltant de la salut per tal de determinar o descobrir les diferències en competències de coneixement i poder observar l’existència o no de variabilitat intracultural en el llistats.

En l’anàlisi de consens cultural, l’ANTHROPAC procedeix a una anàlisi de factors¹²⁹ de la matriu d’acord entre els informants. Els resultats d’aquesta anàlisi es presenten en una taula que mostra els tres primers factors¹³⁰ de la matriu d’acord. Si les tres condicions del consens cultural es compleixen, llavors el primer factor hauria de tenir almenys tres vegades la mida del segon factor (Bernard, 2006) o, dit d’una altra manera, el valor de la raó de variabilitat hauria de ser com a mínim de 3.0. Això vol dir que aquest primer factor explica el rang de respostes per a tots els informants com a mínim tres vegades més del que ho fa el segon factor¹³¹. Si no fos així, mancaria l’acord general suficient entre els diferents participants per a afirmar que constitueixen una cultura (De Munck, 2009).

Una altra dada resultant d’aquest tipus d’anàlisi és el grau de coneixement o competència cultural estimat de cada informant, que fa referència a “...the degree to which one individual’s overall responses (coefficient) agree with the overall factor (a measurement model)”, és a dir, “...the score that represents the fit of one individual’s profile of answers to the aggregated profile of answers” (De Munck, 2009: 130).

Juntament amb el coneixement o competència cultural dels informants també es presenta la mitjana i la desviació estàndard. La mitjana dels coneixements és la suma de tots els

¹²⁹ Bernard & Ryan (2010: 183) indiquen que l’anàlisi de factors parteix del fet que “...if things we observe are correlated with each other, they must have some underlying thing in common”, i fa referència a “...a set of techniques for identifying and interpreting those underlying variables”.

¹³⁰ Un factor és, com assenyala De Munck (2009: 129), “...some underlying concept that accounts for some percentage of the pattern of answers on a questionnaire”.

¹³¹ Com apunta Weller (2007: 360) al respecte: “A high ratio between the first and second eigenvalues indicates that the solution has only a single dimension. When a single dimension is present, then by definition, there is moderately high agreement present in the response data”.

percentatges dividit pel número d'informants, i la desviació estàndard mostra la desviació de la mitjana de les respostes individuals. La desviació estàndard hauria de ser igual o menor al 20% de la mitjana. Si la desviació estàndard és més petita, hi hauria menys dispersió al voltant de la mitjana, i això significaria l'existència d'un nivell d'acord alt entre els diferents informants (De Munck, 2009).

Finalment l'anàlisi de consens cultural també ens informa sobre la fiabilitat (pseudo-fiabilitat) dels resultats. La pseudo-fiabilitat és una mesura de la validesa del grup de consens cultural, expressat com una funció del número d'informants i la correlació entre les seves respostes (Weller, 1987), és a dir, és una funció del grau o nivell d'acord entre els participants i el número d'aquests, determinada i calculada "...from the average intercorrelation among respondents and the number of respondents" (Weller & Romney, 1988: 76).

D'aquesta manera, la fiabilitat pot ser una manera de verificar la coherència interna entre els grups d'ítems o els grups de persones:

"The average correlation among items and the average correlation among respondent are intimately related. Item reliability measures the coherency of a group of items and their ability to discriminate among subgroups of people. This implies that with high item reliability there will be low concordance among respondents. High concordance or reliability among respondents indicates their ability to differentiate items, resulting in low item reliability" (Weller, 1987: 190).

Seguidament es presenten les taules d'anàlisi de consens cultural, en relació a les 5 dimensions analitzades (1. signes, hàbits, comportaments i estats d'ànim reconeguts en una persona sana; 2. signes, hàbits, comportaments i estats d'ànim reconeguts en una persona poc sana; 3. elements, hàbits i comportaments saludables; 4. elements, hàbits i comportaments poc saludables; i 5. persones que tenen cura de la salut), on es mostren les dades sobre el grau de consens cultural, el coneixement estimat dels informants, la mitjana i la desviació estàndard, i la pseudo-fiabilitat dels resultats.

TAULA 7. ANÀLISI DE CONSENS CULTURAL. SIGNES, HÀBITS, COMPORTAMENTS I ESTATS D'ÀNIM QUE ELS/LÉS NENS/ES RECONeixEN EN UNA PERSONA SANA

Factor	Valor	Grau de consens cultural		
		Percentatge de variabilitat explicada	Percentatge acumulat de la variància	Raó de valors
1:	22.760	96.2	96.2	48.067
2:	0.473	2.0	98.2	1.100
3:	0.430	1.8	100.0	
Total	23.664	100.0		

Coneixement cultural estimat de cada informant					
Ordre	Informant	Percentatge	Ordre	Informant	Percentatge
1	E.1	0.88	16	E.23	0.83
2	E.10	0.90	17	E.24	0.90
3	E.11	0.92	18	E.25	0.85
4	E.12	0.91	19	E.26	0.88
5	E.13	0.88	20	E.27	0.84
6	E.14	0.89	21	E.28	0.84
7	E.15	0.84	22	E.29	0.81
8	E.16	0.88	23	E.3	0.90
9	E.17	0.88	24	E.30	0.88
10	E.18	0.85	25	E.4	0.89
11	E.19	0.88	26	E.5	0.91
12	E.2	0.85	27	E.6	0.86
13	E.20	0.90	28	E.7	0.86
14	E.21	0.87	29	E.8	0.90
15	E.22	0.75	30	E.9	0.89
Coneixement Cultural		Mitjana		0.870	
		Desviació Estàndard		0.034	
Nombre d'informants				30	
Pseudo-fiabilitat				0.989	

TAULA 8. ANÀLISI DE CONSENS CULTURAL. SIGNES, HÀBITS, COMPORTAMENTS I ESTATS D'ÀNIM QUE ELS/LÉS NENS/ES RECONeixEN EN UNA PERSONA POC SANA

Grau de consens cultural					
Factor	Valor	Percentatge de variabilitat explicada	Percentatge acumulat de la variància	Raó de valors	
1:	23.552	97.3	97.3	62.383	
2:	0.378	1.6	98.8	1.353	
3:	0.279	1.2	100.0		
Total	24.208	100.0			

Coneixement cultural estimat de cada informant					
Ordre	Informant	Percentatge	Ordre	Informant	Percentatge
1	E.1	0.88	16	E.23	0.86
2	E.10	0.92	17	E.24	0.92
3	E.11	0.90	18	E.25	0.87
4	E.12	0.86	19	E.26	0.82
5	E.13	0.90	20	E.27	0.87
6	E.14	0.88	21	E.28	0.86
7	E.15	0.93	22	E.29	0.85
8	E.16	0.91	23	E.3	0.91
9	E.17	0.86	24	E.30	0.88
10	E.18	0.88	25	E.4	0.95
11	E.19	0.85	26	E.5	0.89
12	E.2	0.94	27	E.6	0.89
13	E.20	0.89	28	E.7	0.88
14	E.21	0.84	29	E.8	0.92
15	E.22	0.87	30	E.9	0.89

Coneixement Cultural	Mitjana	0.886
	Desviació Estàndard	0.029
Nombre d'informants		30
Pseudo-fiabilitat		0.991

TAULA 9. ANÀLISI DE CONSENS CULTURAL. EL QUE ELS/LES NENS/ES CONSIDEREN QUE ET MANTÉ SA

Factor	Valor	Grau de consens cultural		Raó de valors
		Percentatge de variabilitat explicada	Percentatge acumulat de la variància	
1:	22.959	95.9	95.9	38.230
2:	0.601	2.5	98.4	1.597
3:	0.376	1.6	100.0	
Total	24.208	100.0		

Coneixement cultural estimat de cada informant					
Ordre	Informant	Percentatge	Ordre	Informant	Percentatge
1	E.1	0.87	16	E.23	0.90
2	E.10	0.89	17	E.24	0.84
3	E.11	0.92	18	E.25	0.89
4	E.12	0.90	19	E.26	0.86
5	E.13	0.81	20	E.27	0.86
6	E.14	0.86	21	E.28	0.91
7	E.15	0.83	22	E.29	0.83
8	E.16	0.86	23	E.3	0.79
9	E.17	0.92	24	E.30	0.85
10	E.18	0.88	25	E.4	0.89
11	E.19	0.90	26	E.5	0.85
12	E.2	0.88	27	E.6	0.89
13	E.20	0.89	28	E.7	0.95
14	E.21	0.85	29	E.8	0.89
15	E.22	0.87	30	E.9	0.89

Coneixement Cultural		Mitjana	0.874
		Desviació Estàndard	0.033
Nombre d'informants			30
Pseudo-fiabilitat			0.990

TAULA 10. ANÀLISI DE CONSENS CULTURAL. ELS/LES NENS/ES CONSIDEREN QUE ÉS PERJUDICIAL PER A LA SALUT

Factor	Valor	Grau de consens cultural		Raó de valors
		Percentatge de variabilitat explicada	Percentatge acumulat de la variància	
1:	23.785	97.0	97.0	57.375
2:	0.415	1.7	98.7	1.306
3:	0.317	1.3	100.0	
Total	24.517	100.0		

Coneixement cultural estimat de cada informant					
Ordre	Informant	Percentatge	Ordre	Informant	Percentatge
1	E.1	0.91	16	E.23	0.87
2	E.10	0.89	17	E.24	0.87
3	E.11	0.95	18	E.25	0.83
4	E.12	0.90	19	E.26	0.85
5	E.13	0.96	20	E.27	0.87
6	E.14	0.87	21	E.28	0.87
7	E.15	0.82	22	E.29	0.87
8	E.16	0.89	23	E.3	0.88
9	E.17	0.93	24	E.30	0.92
10	E.18	0.92	25	E.4	0.90
11	E.19	0.88	26	E.5	0.92
12	E.2	0.89	27	E.6	0.83
13	E.20	0.89	28	E.7	0.85
14	E.21	0.94	29	E.8	0.94
15	E.22	0.88	30	E.9	0.88

Coneixement Cultural		Mitjana	0.890
		Desviació Estàndard	0.034
Nombre d'informants			30
Pseudo-fiabilitat			0.991

TAULA 11. ANÀLISI DE CONSENS CULTURAL. LES PERSONES QUE ELS/LES NENS/ES CONSIDEREN QUE TENEN CURA DE LA SEVA SALUT

Factor	Valor	Grau de consens cultural		
		Percentatge de variabilitat explicada	Percentatge acumulat de la variància	Raó de valors
1:	19.951	89.7	89.7	14.584
2:	1.368	6.1	95.8	1.476
3:	0.927	4.2	100.0	
Total	22.246	100.0		

Coneixement cultural estimat de cada informant					
Ordre	Informant	Percentatge	Ordre	Informant	Percentatge
1	E.1	0.77	16	E.23	0.88
2	E.10	0.90	17	E.24	0.82
3	E.11	0.82	18	E.25	0.81
4	E.12	0.75	19	E.26	0.68
5	E.13	0.78	20	E.27	0.81
6	E.14	0.80	21	E.28	0.84
7	E.15	0.67	22	E.29	0.78
8	E.16	0.78	23	E.3	0.86
9	E.17	0.90	24	E.30	0.91
10	E.18	0.85	25	E.4	0.87
11	E.19	0.87	26	E.5	0.70
12	E.2	0.78	27	E.6	0.79
13	E.20	0.80	28	E.7	0.91
14	E.21	0.82	29	E.8	0.79
15	E.22	0.85	30	E.9	0.80

Coneixement Cultural	Mitjana	0.813
	Desviació Estàndard	0.062
Nombre d'informants		30
Pseudo-fiabilitat		0.983

A través d'aquestes dades s'observa l'existència de consens cultural respecte a les respostes associades en totes les cinc temàtiques estudiades, el que suggereix que els ítems apuntats són majoritàriament compartits pels nens i nenes participants en la recerca. En les cinc dimensions analitzades la desviació estàndard és menor al 20% de la mitjana i, en relació a la validesa del grup de consens cultural, es mostra una pseudo-fiabilitat respectivament de: 1. signes, hàbits, comportaments i estats d'ànim reconeguts en una persona sana = 0.989; 2. signes, hàbits, comportaments i estats d'ànim reconeguts en una persona poc sana = 0.991; 3. elements, hàbits i comportaments saludables = 0.990; 4. elements, hàbits i comportaments poc saludables = 0.991; i 5. persones que tenen cura de la salut = 0.983.

VII. Els/les nens/es i la salut: les diferents dimensions de l'experiència



VII. 1. L'experiència al voltant del cos, la salut i el risc

VII. 1. 1. El cos sa i el cos poc sa

Les característiques que els nens i les nenes associen a un cos sa o poc sa -determinats signes físics, hàbits, capacitats, comportaments i estats d'ànims- formen part de les seves experiències, significats i representacions sobre la salut. La manera en la qual aquests/es gestionen els significats sobre salut en l'experiència de les seves vides diàries i entenen la seva realitat corporal i la dels altres en la seva elaboració del que és un cos saludable o poc saludable, està vinculada a tota una sèrie de representacions socioculturals i categories de coneixement morals de la societat en què viuen.

Com assenyala Kleinman (1997), els significats creats socialment i culturalment construeixen categories morals vinculades a les emocions i determinen les pràctiques i experiències de les persones com a normals o com a patològiques. Així, en el context de la realitat quotidiana del nen, tota una sèrie de discursos i pràctiques existents definiran que és saludable, descriuran la normalitat i l'anormalitat, i configuraran una concepció d'un cos i d'uns hàbits sans; conformant, d'aquesta manera, les seves experiències al voltant de la salut.

En les narratives sobre el cos sa/poc sa dels nens i nenes poden trobar-se capturats alguns dels discursos existents sobre la higiene, la malaltia, la constitució i el funcionament del cos, l'equilibri cos/ment o els perills exteriors. Però també aquells que provenen d'una concepció àmplia de salut que integren aspectes no només físics sinó també psicològics o de caràcter social.

El fet que la salut, en la nostra realitat diària, s'esdevingui en tantes significacions porta a que els nens i les nenes expressin certes ambigüitats a l'hora d'explicar-la i de definir amb quins factors aquesta pot estar relacionada. Per altra banda, també s'ha de tenir en compte, que els/les nens/es no sempre assignen a la salut el mateix significat, transcendència o vinculacions que les institucions i els experts.

Així, a través de les narratives s'observa que els continguts dels discursos existents al voltant de la salut són subjectivats, i, per tant, no només són reproduïts pels nens i nenes sinó també reconstruïts i reinventats. Com apunten Kleinman i Fitz-henry (2007), els individus viuen dins d'un món d'experiències, on les significacions i interaccions socioculturals conformen les seves realitats; però a la vegada també hi ha un retorn d'aquestes significacions i interaccions per part de les subjectivitats de les persones, on es produeix un procés de reconfiguració i reinterpretació:

“Experience, then, has as much to do with collective realities as it does with individual translations and transformations of those realities. It is always simultaneously social and subjective, collective and individual. Thus, we can talk of moral experience as the fusion of affect and moral meanings in the interpersonal realm, where, for example, ‘loss of face’ is simultaneously a personal and a collective process” (Kleinman & Fitz-henry, 2007: 53).

Com es pot derivar de les xarxes semàntiques¹³² de les narratives de les entrevistes dels nens i nenes, les caracteritzacions del que és una persona sana o una persona poc sana es mouen en un ventall de possibilitats definides mitjançant tota una sèrie de signes, capacitats, hàbits, comportaments, estats d'ànim i actituds detectats en l'individu (veure *diagrama 1*). Aquests factors reconeguts a l'hora de diferenciar la persona sana de la que no ho és també els trobem citats en els llistats lliures elaborats -mostrats per freqüències, ordre de menció i índex d'importància (veure *taules 12 i 13 i figures 9, 10, 11 i 12*, situades a sota) i segons edat i sexe (veure *taules 17, 18, 19 i 20 i figures 19, 20, 21 i 22*, situades a l'annex)-, i es poden veure representats en els dibuixos dels nens i nenes participants¹³³.

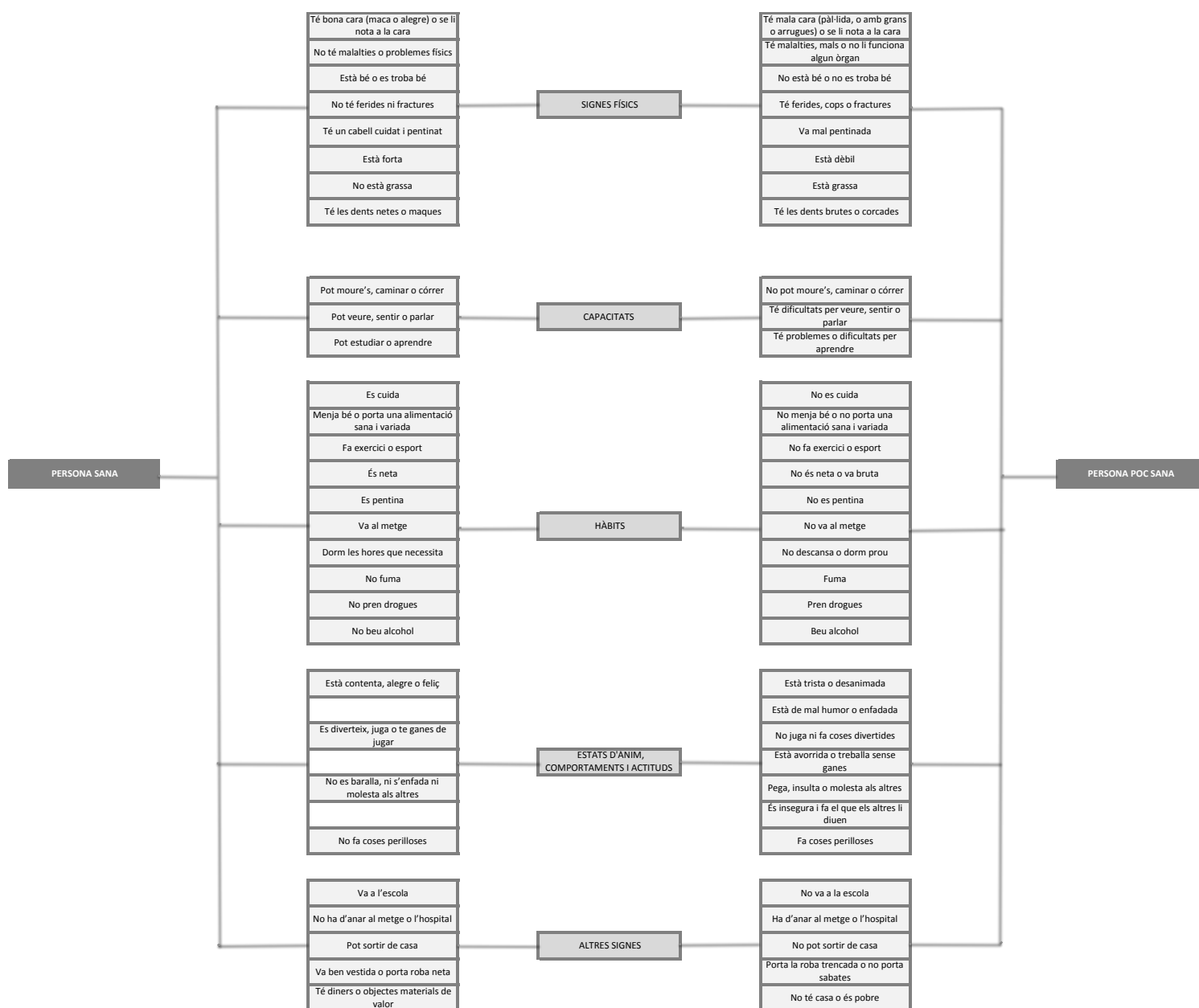
S'observa, per tant, que el conjunt d'idees i percepcions dels informants sobre què és un cos sa o poc sa es (re)elaboren al voltant de tres elements: els signes del cos com a processos comunicatius del que és saludable, els hàbits i estils de vida que porten a tenir un cos saludable i els comportaments i estats d'ànim associats a una persona sana.

¹³² Mitjançant les xarxes semàntiques (Good, 1977, 1980, 2003) es poden examinar aspectes quotidians de la salut i la malaltia, i indagar en una sèrie de significats “...que dibujan un contexto local de valores, formes de vida, relaciones sociales y representaciones” (Martínez-Hernández, 2008: 89).

¹³³ Els resultats que es mostren en aquest capítol procedeixen, de manera conjunta, de l'anàlisi de les dades de les entrevistes semi-estructurades, els llistats lliures i els dibuixos de la tècnica “*draw and write*”. Com s'ha apuntat al parlar sobre les tècniques i els mètodes, en la recerca es va optar per fer servir les dades procedents d'aquests mètodes i tècniques com a fons complementàries d'informació, analitzant les seves dades no de manera individual, sinó en relació unes amb altres.

Com s'ha apuntat anteriorment, dins dels relats dels nens i nenes es poden trobar reflectits alguns dels elements que conformen tota una sèrie de discursos existents en la nostra societat al voltant de la salut, els quals no van simplement dirigits a la prevenció de la malaltia, la discapacitat i el patiment o a la higiene; sinó també a la conducta, als hàbits i als estils de vida; a l'autoregulació i manteniment del seu cos; i, fins i tot, al desenvolupament, l'autorealització i el gaudiment de la persona.

DIAGRAMA 1. XARXA SEMÀNTICA SOBRE ELS SIGNES, HÀBITS, COMPORTAMENTS I ESTATS D'ÀNIM QUE ELS/LÉS NENS/ES RECONeixEN EN UNA PERSONA SANA I EN UNA PERSONA POC SANA. ENTREVISTES

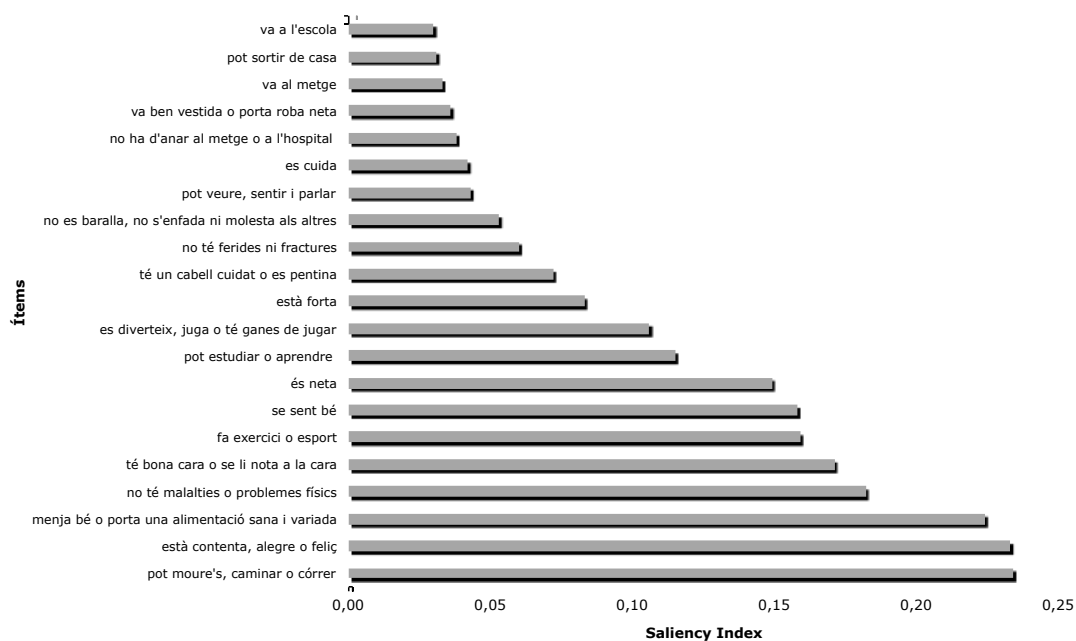


AULA 12. DISTRIBUCIÓ DE LES FREQUÈNCIES, ORDRE DE MENCIO I ÍNDEX D'IMPORTÀNCIA O PES CULTURAL DELS LLISTATS LLIURES SOBRE ELS SIGNES, HÀBITS, COMPORTAMENTS I ESTATS D'ÀNIM QUE ELS/LES NENS/ES RECONeixEN EN UNA PERSONA SANA

Ordre	Ítem	Freqüència (%)	Ordre de menció	Importància cultural
1	està contenta, alegre o feliç	36,7	2,64	0,233
2	pot moure's, caminar o córrer	33,3	2,40	0,234
3	menja bé o porta una alimentació sana i variada	33,3	2,40	0,224
4	té bona cara o se li nota a la cara	30,0	2,78	0,171
5	fa exercici o esport	30,0	2,89	0,159
6	no té malalties o problemes físics	26,7	2,50	0,182
7	se sent bé	20,0	1,67	0,158
8	es diverteix, juga o té ganes de jugar	20,0	2,83	0,106
9	és neta	16,7	1,40	0,149
10	pot estudiar o aprendre	16,7	2,40	0,115
11	no es baralla, no s'enfada ni molesta als altres	13,3	3,50	0,053
12	està forta	10,0	1,67	0,083
13	té un cabell cuidat o es pentina	10,0	2,33	0,072
14	no té ferides ni fractures	10,0	3,33	0,060
15	pot veure, sentir i parlar	10,0	3,67	0,043
16	es cuida	10,0	3,33	0,042
17	va a l'escola	10,0	4,00	0,030
18	no ha d'anar al metge o a l'hospital	6,7	3,00	0,038
19	va ben vestida o porta roba neta	6,7	3,00	0,036
20	va al metge	6,7	3,00	0,033
21	pot sortir de casa	6,7	3,00	0,031

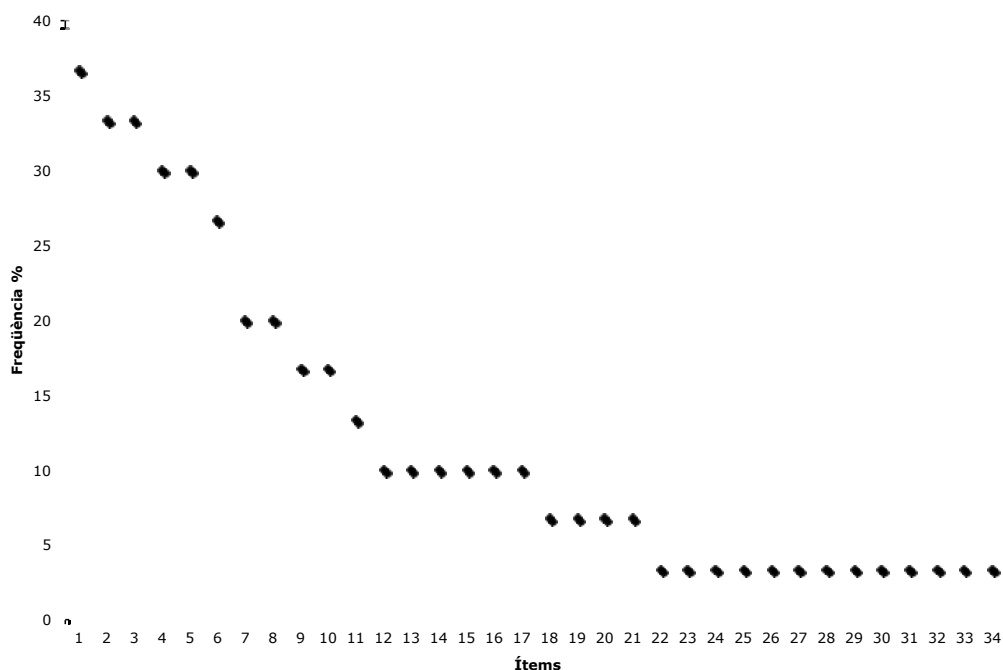
Nota: Resultat del total dels llistats lliures realitzats (n=30). S'inclouen els noms dels ítems citats almenys dues vegades.

FIGURA 9. ÍNDEX DE LA IMPORTÀNCIA O PES CULTURAL DELS LLISTATS LLIURES SOBRE ELS SIGNES, HÀBITS, COMPORTAMENTS I ESTATS D'ÀNIM QUE ELS/LES NENS/ES RECONeixEN EN UNA PERSONA SANA



Nota: Resultat del total dels llistats lliures realitzats (n=30). S'inclouen els noms dels ítems citats almenys dues vegades.

FIGURA 10. "SCREE PLOT" DE LES FREQUÈNCIES DELS LLISTATS LLIURES SOBRE ELS SIGNES, HÀBITS, COMPORTAMENTS I ESTATS D'ÀNIM QUE ELS/LAS NENS/ES RECONeixEN EN UNA PERSONA SANA



Ordre	Ítem	Ordre	Ítem
1	està contenta, alegre o feliç	12	està forta
2	pot moure's, caminar o córrer	13	té un cabell cuidat o es pentina
3	menja bé o porta una alimentació sana i variada	14	no té ferides ni fractures
4	té bona cara o se li nota a la cara	15	pot veure, sentir i parlar
5	fa exercici o esport	16	es cuida
6	no té malalties o problemes físics	17	va a l'escola
7	se sent bé	18	no ha d'anar al metge o a l'hospital
8	es diverteix, juga o té ganes de jugar	19	va ben vestida o porta roba neta
9	és neta	20	va al metge
10	pot estudiar o aprendre	21	pot sortir de casa
11	no es baralla, no s'enfada ni molesta als altres		

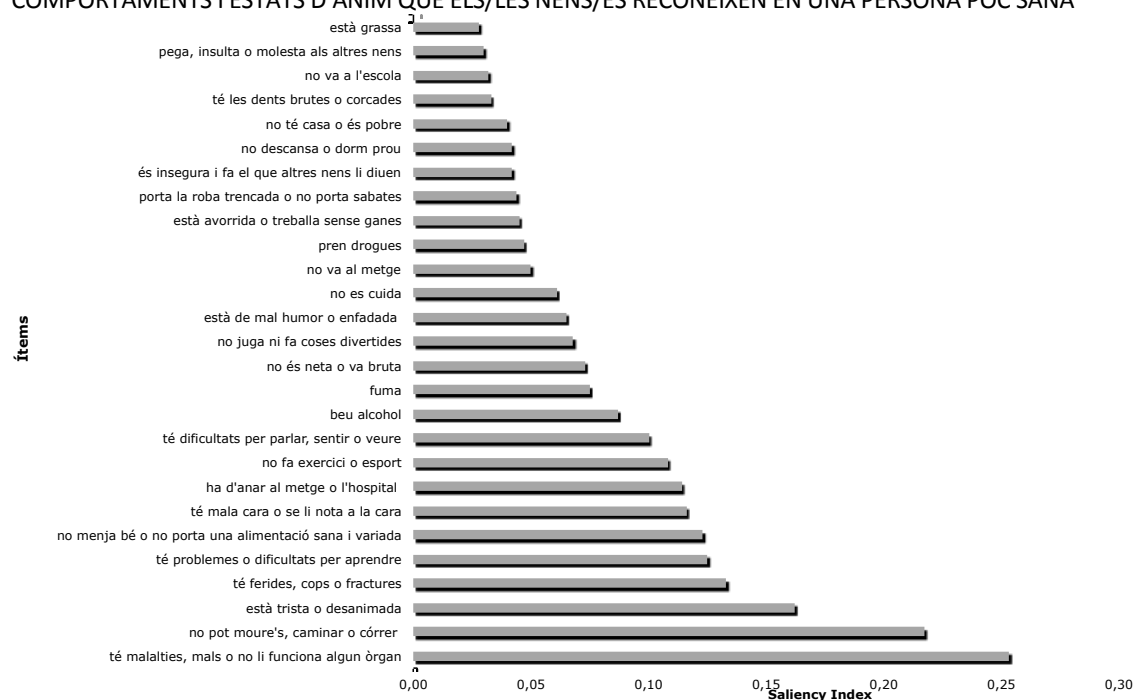
Nota: Resultat del total dels llistats lliures realitzats (n=30). S'inclouen els noms dels ítems citats almenys dues vegades.

TAULA 13. DISTRIBUCIÓ DE LES FREQUÈNCIES, ORDRE DE MENCIO I ÍNDEX DE LA IMPORTÀNCIA O PES CULTURAL DELS LLISTATS LLIURES SOBRE ELS SIGNES, HÀBITS, COMPORTEMENTS I ESTATS D'ÀNIM QUE ELS/LES NENS/ES RECONeixEN EN UNA PERSONA POC SANA

Ordre	Ítem	Freqüència (%)	Ordre de menció	Importància cultural
1	té malalties, mals o no li funciona algun òrgan	33,3	2,20	0,253
2	té mala cara o se li nota a la cara	30,0	3,67	0,116
3	no pot moure's, caminar o córrer	26,7	1,75	0,217
4	té ferides, cops o fractures	26,7	3,13	0,133
5	està trista o desanimada	23,3	2,29	0,162
6	no menja bé o no porta una alimentació sana i variada	20,0	2,83	0,123
7	té dificultats per parlar, sentir o veure	20,0	2,83	0,100
8	ha d'anar al metge o l'hospital	16,7	2,40	0,114
9	no fa exercici o esport	16,7	2,80	0,108
10	no juga ni fa coses divertides	16,7	3,80	0,068
11	té problemes o dificultats per aprendre	13,3	1,25	0,125
12	està de mal humor o enfadada	13,3	3,25	0,065
13	beu alcohol	10,0	1,67	0,087
14	fuma	10,0	2,00	0,075
15	no és neta o va bruta	10,0	2,33	0,073
16	no es cuida	6,7	1,50	0,061
17	no va al metge	6,7	2,00	0,050
18	pren drogues	6,7	2,00	0,047
19	està avorrida o treballa sense ganes	6,7	2,50	0,045
20	porta la roba trencada o no porta sabates	6,7	2,00	0,044
21	és insegura i fa el que altres nens li diuen	6,7	2,50	0,042
22	no descansa o dorm prou	6,7	2,50	0,042
23	no té casa o és pobre	6,7	3,00	0,040
24	té les dents brutes o corcades	6,7	3,50	0,033
25	no va a l'escola	6,7	4,00	0,032
26	pega, insulta o molesta als altres nens	6,7	3,50	0,030
27	està grassa	6,7	4,00	0,028

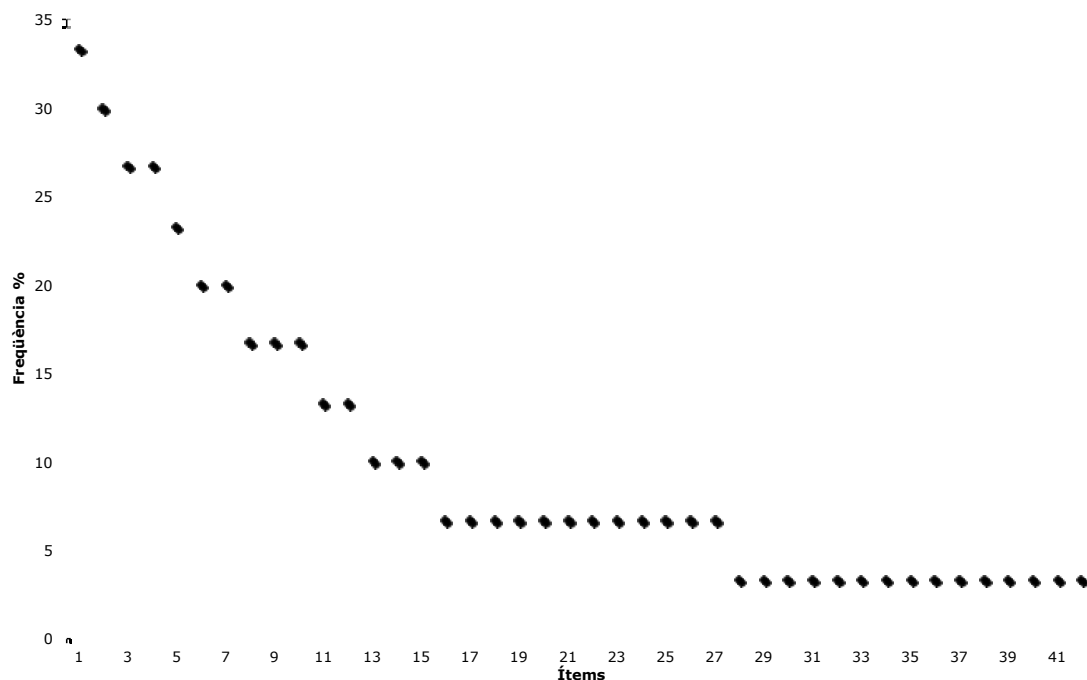
Nota: Resultat del total dels llistats lliures realitzats (n=30). S'inclouen els noms dels ítems citats almenys dues vegades.

FIGURA 11. ÍNDEX DE LA IMPORTÀNCIA O PES CULTURAL DELS LLISTATS LLIURES SOBRE ELS SIGNES, HÀBITS, COMPORTEMENTS I ESTATS D'ÀNIM QUE ELS/LES NENS/ES RECONeixEN EN UNA PERSONA POC SANA



Nota: Resultat del total dels llistats lliures realitzats (n=30). S'inclouen els noms dels ítems citats almenys dues vegades.

FIGURA 12. "SCREE PLOT" DE LES FREQUÈNCIES DELS LLISTATS LLIURES SOBRE ELS SIGNES, HÀBITS, COMPORTAMENTS I ESTATS D'ÀNIM QUE ELS/LAS NENS/ES RECONeixEN EN UNA PERSONA POC SANA



Ordre	Ítem	Ordre	Ítem
1	té malalties, mals o no li funciona algun òrgan	15	no és neta o va bruta
2	té mala cara o se li nota a la cara	16	no es cuida
3	no pot moure's, caminar o córrer	17	no va al metge
4	té ferides, cops o fractures	18	pren drogues
5	està trista o desanimada	19	està avorrida o treballa sense ganes
6	no menja bé o no porta una alimentació sana i variada	20	porta la roba trencada o no porta sabates
7	té dificultats per parlar, sentir o veure	21	és insegura i fa el que altres nens li diuen
8	ha d'anar al metge o l'hospital	22	no descansa o dorm prou
9	no fa exercici o esport	23	no té casa o és pobre
10	no juga ni fa coses divertides	24	té les dents brutes o corcades
11	té problemes o dificultats per aprendre	25	no va a l'escola
12	està de mal humor o enfadada	26	pega, insulta o molesta als altres nens
13	beu alcohol	27	està grassa
14	fuma		

Nota: Resultat del total dels llistats lliures realitzats (n=30). S'inclouen els noms dels ítems citats almenys dues vegades.

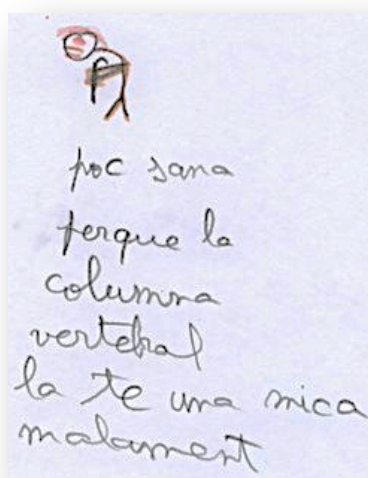
Com es pot desprendre tant de les narratives de les entrevistes, com dels dibuixos i dels llistats lliures, una de les principals maneres en què els nens i nenes entrevistats detecten l'estat de salut d'una persona és mitjançant determinats signes físics, que poden anar des del reconeixement del rostre, fins a la presència o absència de malalties o lesions, passant per si mostra o no un aspecte net i cuidat.

"Pues que el poc sa ...perquè la columna vertebral eh..., suposo que serà de sentar-se malament o de que es

fa vell els ossos ...eh...i serà ..., o sea, té que d'anar amb un bastó perquè

sinó li costa molt caminar amb...la

columna. El sa, eh...està bé perquè està..., o sea, ...ni s'ha trencat res ni ..., o sea que està..., que els óssos estan bé i pot moure's bé; i no li passa res..., no té ni febre ni res. O sea, se li veu bé perquè..., eh, està..., eh, està bé, o sea, no està amb bastó o alguna cosa" (E5).



Dibuix 1. Persona poc sana. Informant E5



Dibuix 1. Persona sana. Informant E5

Es sobretot a través de la cara que els/les nens/es reconeixen si els individus tenen o no bona salut, on marques corporals o expressions i gestos

relacionats amb sentiments i estats

d'ànim són interpretats com a signes del seu estat. En les seves

narratives ells/es descriuen com una persona poc sana és aquella

que fa mala cara, està pàl·lida, o té ulleres, grans o arrugues

("...té ulleres...no està sana..." (E6), "...i que la

pell i la cara la té d'un color...diferent... que no és normal...l'he dibuixat amb



Dibuix 1. Persona sana. Informant E1



Dibuix 1. Persona poc sana. Informant E23

la cara de color groc..." (E23)), a diferència de la sana, que fa bona cara o mostra un rostre maco o alegre:

"...O sea, se li veu bé perquè..., eh, està..., eh, està bé...la cara la té bé..." (E5)

"Aquesta és la persona sana (assenyala el seu dibuix 1 - "persona sana"). Jo ho dic perquè, per exemple, aquesta, la sana, ja es veu que té la cara i una pell així...bé...normal...maca..." (E23)

"...i està molt contenta, se li veu..., a la cara se li veu...i és guapa" (E14).



Dibuix 1. Persona sana. Informant E23

La presència o absència de malalties és assenyalat pels nens i nenes com un dels indicadors més importants a l'hora de saber si un cos és sa o poc sa, sobretot entre els més petits (1er, 2on i 3er de primària).



Dibuix 1. Persona sana i persona poc sana. Informant E24

sana perquè té febre..." (E16), "...i té tos i mocs...li surten mocs..." (E14)), mals o dolors ("I la poc sana..., que té mal de coll, també li fa mal la panxa..., que s'ha de prendre un xarop...també he dibuixat el xarop..." (23)), o no li funciona bé algun dels seus òrgans:

Així, una persona amb mala salut és aquella que té alguna malaltia ("...perquè està malalta..." (E20), "...amb una enfermetat..., té una enfermetat..." (E22)) o algun dels seus signes ("I aquesta no està



Dibuix 1. Persona poc sana. Informant E22



Dibuix 1. Persona poc sana. Informant E11

Pel contrari, una persona sana és aquella que no pateix cap malaltia ("...no està ni malalta..." (E20), "...perquè no té càncers ni cap enfermetat..." (E22),



Dibuix 1. Persona sana. Informant E22

"...i que està sa, que no té cap enfermetat ni res...Que no té..., no té cap problema de..., ni el cor ni als pulmons, ni..." (E4)

"...que els óssos estan bé i pot moure's bé; i no li passa res..., no té ni febre ni res..." (E5)



Dibuix 1. Persona sana. Informant E20

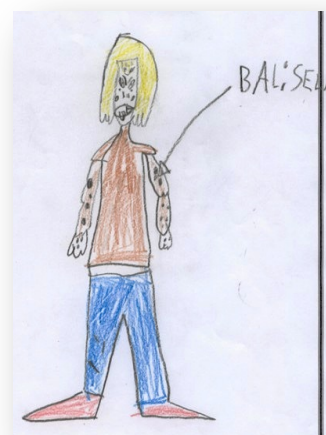
"Aquesta persona sana no té...no té ninguna enfermetat..., com ara enfermetat de cor, de càncer" (E24)), ni se li veu cap signe d'ella ("...no té febre, ni tos..." (E16)), es troba bé ("El sa, eh...està bé...se sent bé..." (E5), "I la sana està contenta...perquè es troba bé..." (E15)) o no presenta cap problema físic:



Dibuix 1. Persona sana. Informant E4

"...i no li passa res en els seu cos...no té cap problema ni res..." (E9).

Entre els més petits (de 1er, 2on o 3er de primària) s'apunta al patiment de malalties comuns i poc greus ("Porque está con varicel·la..." (E2), "La poc sana està plorant... perquè... perquè... està malalta ... està resfriada..." (E15)) per a assenyalar que una persona no està sana. En canvi, els/les nens/es més grans (de 4rt, 5è i 6è curs) reflexionen



Dibuix 1. Persona poc sana.
Informant E2



Dibuix 1. Persona poc sana. Informant 15

"Les perso...les persones sanes no tenen enfermetats..., bueno, poden tenir un...poden tenir una enfermetat d'un enconstipat, pero no és molt greu. I llavors pot estar malalta però no és una enfermetat molt, molt greu. I les persones que estan malaltes tenen una enfermetat i pot ser molt, molt dolenta" (E13).

Així, els nens i nenes entrevistats/des marquen un gradient en la percepció de la malaltia, on aquesta serveix per a caracteritzar a una persona com a poc sana sobretot si es considera que es tracta de quelcom greu que la inhabilita o li posa dificultats a en la seva vida quotidiana:

"He dibuixat una persona en un llit d'hospital, sense poder-se moure, que està intubat amb suero, perquè, jo que sé ...està malalt té febre, té alguna cosa que, bueno que no està sa..." (E4)



Dibuix 1. Persona poc sana. Informant E2

"Pues que el poc sa ...perquè la columna vertebral eh..., suposo que serà de sentar-se malament o de que es fa vell els ossos...eh...i serà ..., o sea, té que d'anar amb un bastó perquè sinó li costa molt amb...la columna" (E5).

Les lesions físiques són altres dels signes corporals que els nens i les nenes, sobretot els nois, més anomenen a l'hora de reconèixer l'estat de salut d'una persona. Un persona sana és aquella que no té ferides ni res trencat ("El sa, eh...està bé perquè està..., o sea, ...ni s'ha trencat res..." (E5), "...no té ferides i..." (E8), "...no té res trencat ni ninguna ferida" (E29)). En canvi, la persona poc sana es descrita amb ferides, cops i fractures:



Dibuix 1. Persona sana i persona poc sana.
Informant E13

"...que té ferides i
blaus..." (E8)

"...sense un braç i
sense una cama amb una
muleta en el braç que li
queda" (E9)

"I pot trencar-se una
cama, fer-se mal en el
braç i sempre...tenir
casi sempre l'escaiola
posada" (E22)



Dibuix 1. Persona poc
sana. Informant E9



Dibuix 1. Persona poc sana. Informant E10

"...i va amb la cama
escaiolada..." (E13).

Un cos poc sa és també aquell
que, a causa d'aquestes
lesions o de malalties greus,
té problemes de mobilitat o li
costa o no pot caminar. Així,
els/les nens/es més grans (de
4rt a 6é de primària) citen
exemples de persones que



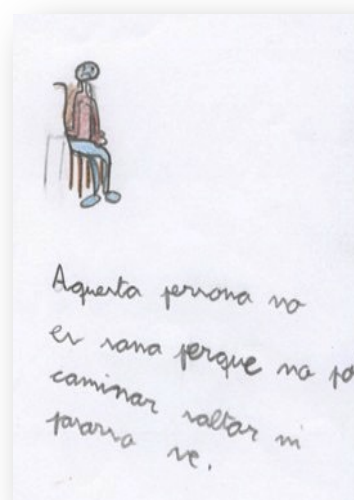
Dibuix 1. Persona sana. Informant E10

necessiten d'un bastó, de crosses o d'una cadira de rodes per a desplaçar-se, com a senyals visibles de les seves limitacions funcionals ("El nen que està malament, eh..., és el que va amb una cadira de rodes..." (E10)). Tanmateix, una persona sana es caracteritza per la seva mobilitat ("...que els óssos estan bé i pot moure's bé; (...) o sea, no està amb bastó o alguna cosa" (E5), per poder caminar ("...i...no sé...camina bé i ...tot això" (E8) "i...el nen que està bé és el que pot caminar ..." (E10)) saltar o córrer ("També perquè pot saltar..., saltar de la cadira, per exemple..., i, sobretot, perquè fa coses que l'altra no pot fer..." (E23)). A mode d'exemple, es pot veure com la Berta¹³⁴ (E7) apunta a aquests aspectes a l'hora de diferenciar en els seus dibuixos una persona sana de la poc sana:



Dibuix 1. Persona sana. Informant E17

"Aquest dibuix? (assenyala el seu dibuix 1 - "persona sana") Aquesta és una persona sana perquè pot córrer i saltar i jugar... etcètera. L'altra persona no està sana perquè no pot ni caminar, ni saltar, ni passejar..., i té que estar tot el dia en una cadira de rodes" (E17).



Dibuix 1. Persona poc sana. Informant E17

De la mateixa manera, com exposen alguns dels nens i nenes, la persona que gaudeix de bona salut, a diferència de la que no, pot sortir de casa i realitzar les seves activitats quotidianes, com anar a l'escola ("He fet un



Dibuix 1. Persona poc sana. Informant E21

nen sa que està a l'escola, eh, i un altre nen que no pot anar a l'escola perquè no està bé..." (E10)), a més de no haver



Dibuix 1. Persona sana. Informant E21

¹³⁴ S'ha fet servir noms ficticis per tal de referir-se als informants.

d'anar sovint al metge o l'hospital:

"La persona sana ha anat al cole, ha anat a casa i ha fet tot lo que fa una persona sana. Però aquesta...la poc sana...la persona malalta ha fet totes les coses que fa una persona malalta...que és anar al metge, no anar al cole...I aquesta (assenyala el seu dibuix 1 - "persona sana") havia jugat...però aquesta altra (apunta al seu dibuix 1 - "persona poc sana") no. La persona malalta està a l'hospital i la sana jugant al parc..." (E21).

Anar molt al metge o a l'hospital és un indicador de mala salut, en el cas de fer-ho per necessitar atenció mèdica, sigui perquè es té alguna malaltia o



Dibuix 1. Persona sana.
Informant E7

s'ha patit alguna lesió. Però, en canvi, es considera que és sana aquella persona que va sovint al metge, no per a rebre assistència, sinó per a passar tots els controls i vigilàncies necessaris (exàmens, proves, revisions, vacunes...) per part dels experts de cara a tenir cura del seu cos i la seva salut ("...es cuida molt i va al metge quan li toca" (E7)).



Dibuix 1. Persona poc sana.
Informant E7

Un altre grup important de categories associades a salut utilitzades pels/les nens/es són aquelles que giren al voltant de la cura, el manteniment i l'aparença dels cossos. Així, una persona sana és aquella que es cuida ("...que està sana perquè es cuida..." (E27)), que té cura del seu cos i de la seva salut, és a dir, porta una alimentació sana i variada, dorm les hores necessàries, fa exercici i va neta. Per contra, la persona que no es cuida ("...que no es cuida, no està en molt bon estat..." (E27)) i no segueix aquests hàbits necessaris per a un bon manteniment del seu cos, és vista pels nens i les nenes com a poc sana.

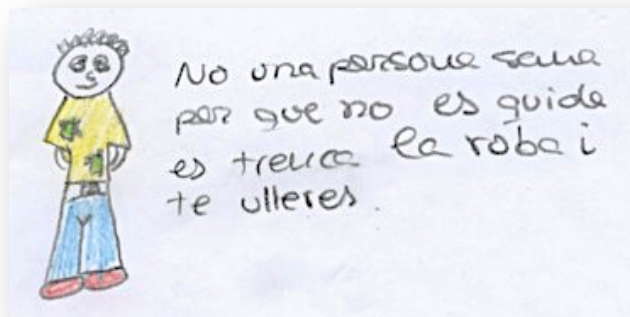


Dibuix 1. Persona sana. Informant E6

En les següents narratives, la Natàlia, la Berta i en Marcel (E6, E7 i E29 respectivament) expressen la importància de cuidar-se, detallant

tot un seguit d'activitats i pràctiques indispensables per a tenir un cos saludable, i apuntant com el fet de portar-les o no a terme serveix per definir a un individu com a sa o poc sa.

"Pues una persona sana és la que es cuida i pues ...no està menjant malament, no es dorm. Una persona sana és la que dorm, descansa, menja lo que té que menjar. I una persona que no és sana és



Dibuix 1. Persona poc sana. Informant E6

quan no dorm molt, es queda tot el dia mirant la tele, no va al metge, eh... no sé..., que no es cuida, no té roba o té la roba trencada, no es dutxa,...té ulleres...no està sana... " (E6)

"Una persona sana i una altra que no és sana. La sana, pues, es la que s'alimenta molt bé..., es cuida molt i va al metge quan li toca. I la persona poc sana, no s'alimenta bé, no procura anar al metge i no dorm les hores suficients" (E7)



Dibuix 1. Persona sana. Informant E29

"Aquí he dibuixat una persona sana perquè es cuida més i aquí una poc sana perquè no es cuida..., no té cura del seu cos i té ferides...La poc sana l'he dibuixat una mica bruta perquè no es renta..., no es renta la roba ni això...I no es pentina....perquè no té ninguna pinta i per això no es pentina. També té la roba trencada...i tot en general. I la persona sana s'ha pentinat bé, té la roba...té la roba molt neta i polida i...no té res trencat ni ninguna ferida" (E29).

Un dels hàbits més citats pels nens i nenes en relació a tenir un cos saludable és el de menjar bé o porta una alimentació sana i variada. Per a aquests/es, un individu sa té uns hàbits alimentaris correctes i duu una dieta equilibrada, és a dir, "menja sa" (E25), "menja de tot" (E27), "menja molt bé" (E30), és, per tant, aquell que "s'alimenta molt bé" (E7) i "menja lo que té que menjar" (E6):



Dibuix 1. Persona sana. Informant E26

"Pues aquí he fet una nena sana perquè s'està menjant una pastanaga i això jo crec que és...va bé per a la vista i per a tot" (E18)

"Aquest és un senyor que menja bé, està menjant fruita i és molt sa perquè la fruita et dona vitamina A, B, C" (E26).



Dibuix 1. Persona sana. Informant E18

Un individu poca salut, en canvi, és aquell que no menja bé o no porta una alimentació variada ("I aquest nen és poc sa perquè no menja molt bé..." (E25), "L'altre és poc sa, perquè menja molt malament, menja migues de pa i no s'alimenta molt" (E26)).



Dibuix 1. Persona poc sana. Informant E26



Dibuix 1. Persona sana i persona poc sana. Informant E8

Alguns/es dels/les nens/es més petits (de 1er, 2on i 3er curs) assenyalen com a persones amb mala salut, no només aquelles que no tenen uns bons hàbits alimentaris, sinó que, a més, mostren signes que associen al fet de no haver seguit una dieta equilibrada, com l'estar massa grassos ("Una persona que està sana ...i està primeta (...)" "I l'altra, la poc sana,

que està grassa..." (E8)). Els nens i nenes més grans (de 4rt, 5è i 6è curs), en canvi, reflexionen més sobre la importància de l'existència d'un equilibri en l'alimentació i de les conseqüències de tombar la balança cap a un costat o l'altre: no créixer si menges poc o estar massa gras si menges massa:

"...perquè està sa ...i es nota que tampoc és gras ni prim, i que per això menja bastant de tot. Perquè si menges molt o poc d'una cosa pues ets o molt gras o molt petit..." (E5).

El fet de fer exercici és anomenat per la majoria dels nens i nenes com a un altra de les activitats relacionades amb la cura i manteniment del cos, que són necessàries dur a terme per a estar sans. Així, els menors entrevistats relacionen un cos amb mala salut amb la manca d'exercici i els hàbits sedentaris. Una persona poc sana és, d'aquesta manera, qui no practica suficient esport, o passa molt de temps sense moure's, davant de l'ordinador, les videoconsoles o la televisió ("...es queda tot el dia mirant



Dibuix 1. Persona sana.
Informant E4

"Pues la persona sana...hace mucho deporte está en forma..." (E11)

"Aquest és el nen sa que està fent exercici, i l'he dibuixat jugant a futbol..." (E19).

la tele..."), (E25 "I aquest nen és poc sa perquè (...) no fa esport..." (E5)). En canvi, segons apunten els/les nens/es, la persona sana és la que està en forma, fa exercici o practica algun esport:

"I luego, después, he dibujado un niño que está jugando a fútbol i que está sa..." (E4)

"Aquest nen l'he dibuixat sa perquè fa esport..." (E25).



Dibuix 1. Persona sana.
Informant E25



Dibuix 1. Persona sana.
Informant E11

Els nens i nenes entrevistats/des (sobretot pel que fa a aquells que cursen 4rt, 5è i 6è de primària) també relaten com reconeixen l'estat

de salut d'una persona pels signes que aquesta mostra de seguir uns bons hàbits d'higiene. Expliquen la importància d'anar nets, de rentar-se el cos ("...va neta,...es dutxa..." (E8)), de portar un cabell cuidat i pentinat ("I la persona sana s'ha pentinat bé..."

(E29) i una roba polida (“...té la roba...té la roba molt neta i polida...” (E29)), i que aquests hàbits són indicadors de si una persona és sana o no.

De la mateixa manera, la manca d’higiene és un dels elements negatius per a la salut reconegut pel nens/es en els altres. Entre els esmentats en les seves narratives a l’hora de diferenciar a les persones poc sanes trobem el fet de no rentar-se prou o no anar neta (“...la poc sana no es dutxa...” (E6), “...i va tota bruta” (E8,) “La poc sana l’he dibuixat una mica bruta perquè no es renta..., no es renta la roba ni això...” (E29)), porta la roba bruta, i no pentinar-se o anar mal pentinada (“I no es pentina...perquè no té ninguna pinta i per això no es pentina...” (E29)).



Dibuix 1. Persona poc sana. Informant E29

El fet de dormir i descansar bé és també apuntat pels nens i nenes en les narratives com a indicador de que l’individu té cura del seu cos i de la seva salut. Així, segons els nen/es, una persona sana és aquella que té uns bons hàbits de descans i dorm les hores que necessita (“Una persona sana és la que dorm, descansa,...” (E6)). Per contra, la persona poc sana és aquella que no descansa o no dorm prou (“I una persona que no és sana és quan no dorm molt...” (E6) “...i no dorm les hores suficients...” (E7) “...i no dorm bé...” (E30)).



Dibuix 1. Persona poc sana. Informant E30

En les entrevistes, alguns dels nens i nenes més grans (de 4rt a 6è curs) també fan referència a un altre conjunt d’hàbits considerats negatius com factors indicatius de la mala o la bona salut d’un individu. Consideren que les persones que porten a terme certes pràctiques, com fumar, beure alcohol o consumir drogues, incrementen el risc d’emmalaltir i posen en perill el seu cos i la seva salut. D’aquesta manera, qualifiquen de poc sanes a aquestes persones, diferenciant-les de les saludables, que no segueixen aquests hàbits negatius:



Dibuix 1. Persona sana.
Informant E3



Dibuix 1. Persona poc sana. Informant E3



Dibuix 1. Persona poc sana.
Informant E18

"He dibuixat una persona que és sana i un altre que no és sana. La que és sana, perquè no fuma, perquè no es droga... La poc sana... perquè fuma i es droga" (E3)

"I aquí he dibuixat una... una persona que beu molt de vi i no està sana per, perquè veu molt de vi i, llavors, no està sana" (E18).

Un altre tipus d'indicadors que els nens i nenes utilitzen per a reconèixer l'estat de salut d'una persona són determinats estats d'ànim i comportaments. Així, actituds positives, obertes, participatives i sociables són associades per aquests/es a una bona salut. Parlen que una persona sana es mostra contenta, alegre o feliç:

"He dibuixat una persona sana que està més contenta" (E27)

"Aquesta nena és sana perquè aquesta... perquè aquesta nena... eh?... està rient o està alegre" (E28)

"La persona sana... l'he posat... l'he dibuixat rient i amb un gos perquè està feliç i no li passa res..." (E9)

"Aquest és el nen sa que està fent exercici, i l'he dibuixat jugant a futbol... i amb els seus amics... perquè està



Dibuix 1. Persona sana. Informant E28



Dibuix 1. Persona sana. Informant E15

sa...està molt bé perquè no té problemes. Està sense problemes...feliç i divertint-se...i sense problemes" (E19)

"A la persona sana l'he dibuixat somrient, perquè està contenta de no tenir res..." (E22).

A més, la persona saludable és aquella que es diverteix, gaudeix, juga i té amics:

"Perquè juga, juguem juntesamb ella" (E1)

"...i juga i s'ho passa molt bé..." (E25)



Dibuix 1. Persona sana. Informant E30

"Aquest és el nen sa que està fent exercici, i l'he dibuixat jugant a futbol...i amb els seus amics...perquè està sa..." (E19)



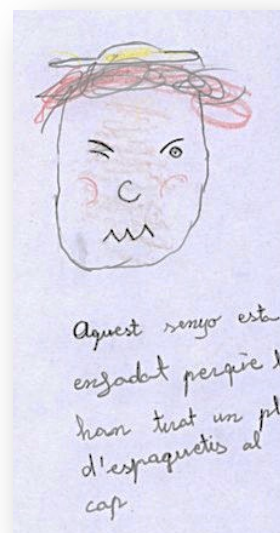
Dibuix 1. Persona sana. Informant E19

"Aquest és sa...perquè està content i perquè juga molt..." (E30).

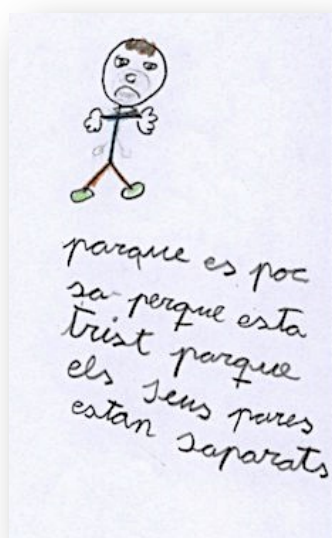
A diferència d'aquesta, la poc sana és representada pels nens i nenes en actituds situades entre dos pols distants: a vegades, es mostra de mal humor o enfadada ("I aquest senyor és el poc sa...perquè està enfadat..." (E28)); d'altres, aquesta es presenta com a trist, desanimada o insegura:

"I a l'altra persona poc sana...l'he dibuixat trista" (E9)

"...amb una enfermetat...i trista perquè no li agrada estar aixís" (E22)



Dibuix 1. Persona poc sana. Informant E28



Dibuix 1. Persona poc sana. Informant E20

tampoc està enfadada ni trista. I aquí la persona poc sana, perquè està malalta i està trista..., està trista perquè els seus pares s'han separat" (E20).

" I he dibuixat una persona poc sana, (...) amb una cara trista..." (E27)

"La persona sana és la que està rient i la persona poc sana la que està plorant..." (E14)

"La poc sana està plorant... perquè... perquè... està malalta..." (E15).

"Aquí una persona sana perquè no està ni malalta i



Dibuix 1. Persona poc sana. Informant E14

A voltes, la persona poc sana està avorrida, no juga ni fa coses divertides ("... no juga molt" (E25)), i a voltes, pega, insulta, molesta ("E1 J. És poc sa...perquè pega...pega molt, també que pega moltes patades" (E1)) o li costa relacionar-se amb els altres:



Dibuix 1. Persona sana. Informant E14

"La sana és aquesta...la de la nena que té una joguina, i està molt contenta i és guapa perquè la vol compartir i compartir les joguines és sa. L'altra nena diu "eh! dona-me-la!" i ella no la deixa als demés i per això està poc sana..." (E14).



Dibuix 1. Persona poc sana. Informant E1

Tanmateix, recollint alguns aspectes d'aquells discursos existents en salut que emfatitzen la responsabilitat dels individus en el control del risc, també els/les nens/es consideren poc sana a aquella persona que mostra

comportaments perillosos i actituds que posen en risc la seva salut:



Dibuix 1. Persona poc sana. Informant E12

"Pues aquesta persona jo crec que és sana perquè és una persona que es cuida, no fuma, no fa el boig amb, amb..., amb per exemple amb una moto, no va molt ràpid. I aquesta persona que és, que és poc sana perquè està fumant, fuma, va fent el boig, es trenca cames, no es cuida...i no pren llet" (E12).

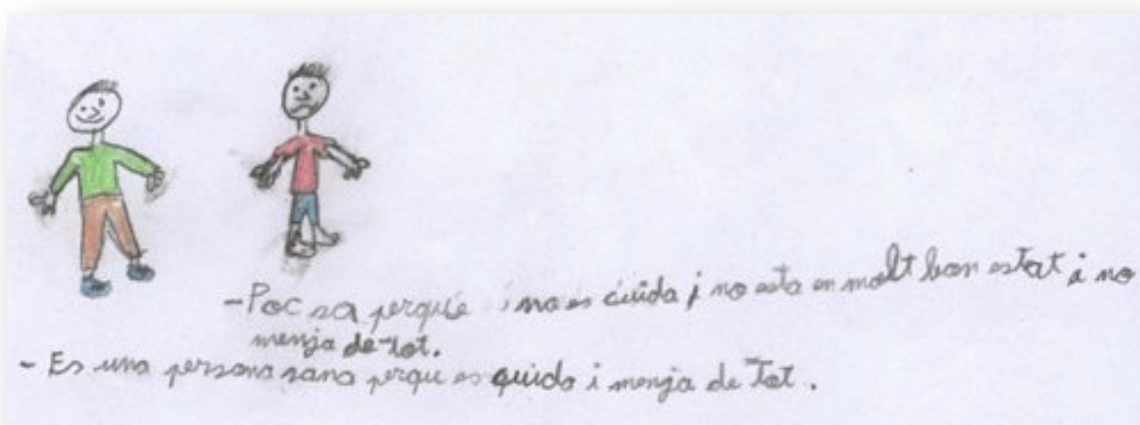


Dibuix 1. Persona sana. Informant E12

Finalment, assenyalar que, la mirada del nen, a l'hora de distingir una persona saludable de la que no ho és, va dirigida també a vegades a aquells aspectes relacionats amb les condicions socioeconòmiques de l'individu. Així són indicadors de mala salut el ser pobre ("I aquest altre nen, que és poc sa està malament perquè és pobre i no té menjar ni diners" (E19)) o la manca de certs objectes materials que afecten el benestar de la persona. D'aquesta manera, els nens i nenes entrevistats/des consideren



Dibuix 1. Persona poc sana. Informant E19



Dibuix 1. Persona sana i persona poc sana. Informant E27

que, per exemple, una persona que no té sabates o porta la roba trencada és poc sana:



Dibuix 1. Persona sana. Informant E16

"...no té roba o té la roba trencada..." (E6)

"Això és una persona sana perquè porta sabates, no té febre i no, no té els pantalons tren...trencats ni res. I aquesta no està sana perquè té febre i té les dents i els pantalons trencats, no porta sabates i té ferides" (E16).

"He dibuixat una persona sana que està més contenta, amb sabates (...) I he dibuixat una persona poc sana, sense sabates, amb una cara trista i la...i la samarreta estripada..." (E27)



Dibuix 1. Persona poc sana. Informant E16

VII. 1. 2. El que és saludable i el que és perjudicial per a la salut

El que els/les nens/es entrevistats/des entenen per estar sans es troba vinculat amb tota una sèrie de principis acceptats per aquests/es -estats físics, estils de vida saludables, pràctiques pel manteniment del cos...- de tot allò que pot repercutir, sigui positivament o negativament, en l'estat de salut dels nostres cossos.

Tanmateix, aquesta comprensió està situada en un context amb una visió de la salut com a element amb el qual les persones han de tractar en la seva vida quotidiana per tal d'arribar a assolir un estat de benestar. Segons Lupton (1995), en la nostra societat actual, aconseguir una bona salut esdevé una finalitat, i es considera que una cosa és saludable si contribueix a aquest estat de bona salut de la persona. La salut és vista com a quelcom sobre la qual s'ha d'actuar i on el mateix individu ha de tenir com a objectiu cercar un estat de bona salut per tal de poder assolir les seves fites i el control de la seva vida.

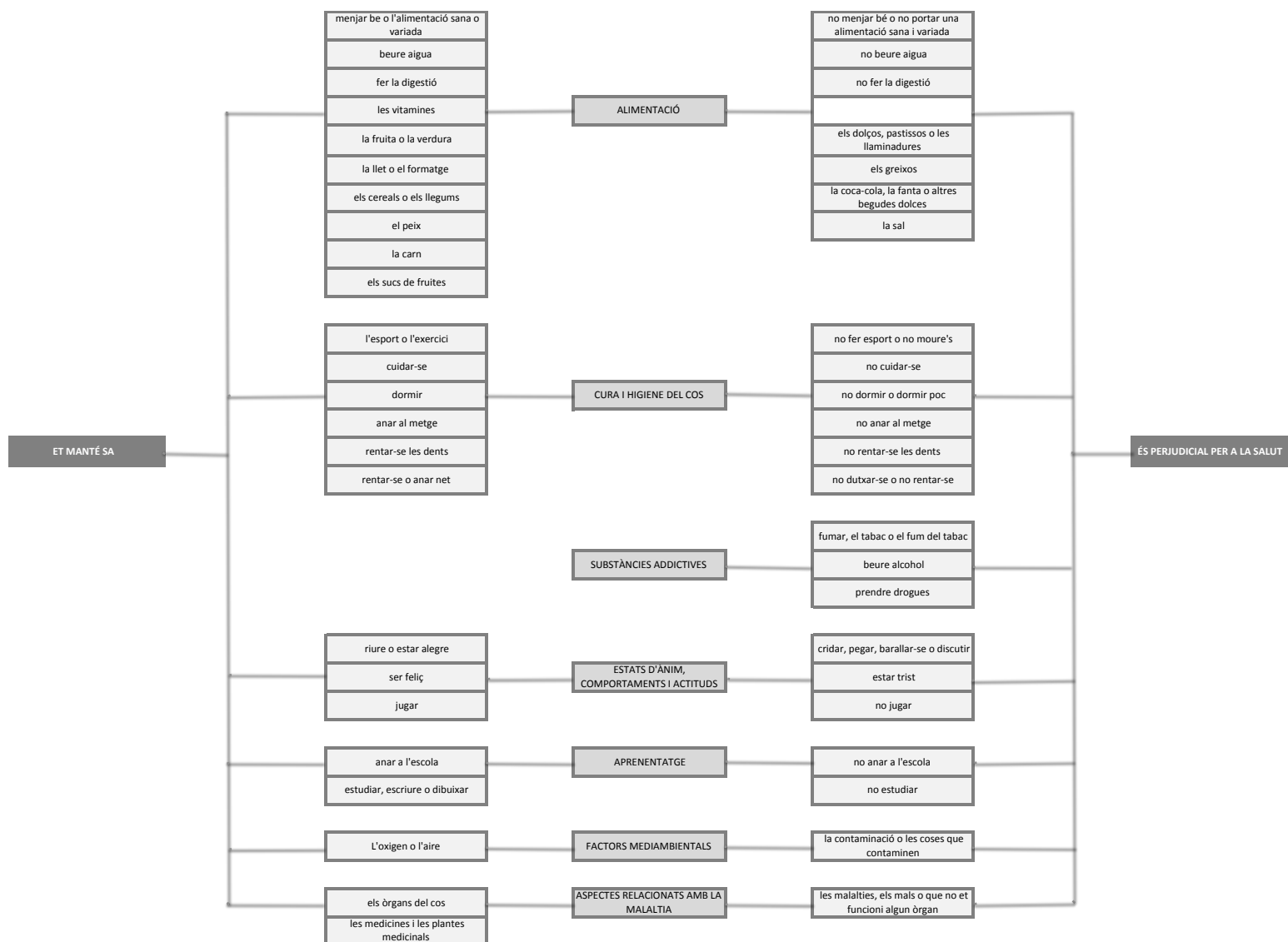
Com es pot veure en les xarxes semàntiques de les narratives de les entrevistes dels nens i nenes (veure *diagrama 2*), en els seus dibuixos i en els llistats lliures -mostrats per freqüències, ordre de menció i índex d'importància (veure *taules 14 i 15 i figures 13, 14, 15 i 16, a sota*) i segons edat i sexe (veure *taules 21, 22, 23 i 24 i figures 23, 24, 25 i 26 a l'annex*)-, quan els/les nens/es parlen d'allò que els manté sans o que és perjudicial per a la seva salut, fan referència principalment a tot un conjunt d'hàbits i rutines que tenen a veure amb l'alimentació, amb la higiene i altres aspectes de la cura del cos, i amb el rebuig al consum de substàncies additives. També apunten a una sèrie de comportaments, actituds i estats d'ànim, així com a tot un conjunt de factors que tenen a veure, per una part, amb el l'ambient que els envolta, i per una altra, amb el funcionament intern del seu cos i les malalties.

És a dir, els factors que poden contribuir positivament a la seva salut, que els nens i nenes assenyalen en els seus relats, estan relacionats amb una sèrie de discursos existents al voltant d'aspectes tan amplis com els hàbits i estils de vida saludables, la cura i el manteniment del cos i el desenvolupament i el gaudiment de la persona.

De la mateixa manera, quan fan referència a aquells aspectes que poden ser perjudicials i

posar en risc la salut, els/les nens/es incorporen una sèrie de discursos al voltant del risc i la prevenció del perill en salut, on s'incideix sobretot en els hàbits i estils de vida, i on hi ha un gran èmfasi en l'autocontrol, la responsabilitat i la culpa de la persona -.

DIAGRAMA 2. XARXA SEMÀNTICA SOBRE QUÈ CONSIDEREN ELS/LES NENS/ES QUE ET MANTÉ SA I QUÈ ÉS PERJUDICIAL PER A LA SALUT. ENTREVISTES

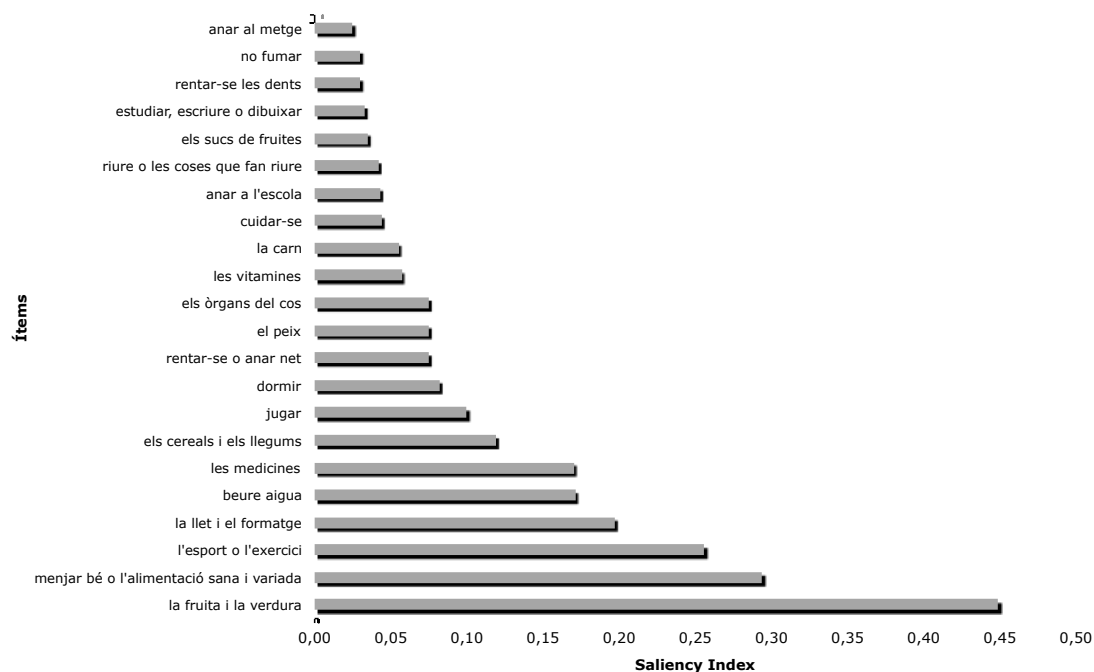


TAULA 14. DISTRIBUCIÓ DE LES FREQÜÈNCIES, ORDRE DE MENCIO I ÍNDEX D'IMPORTÀNCIA O PES CULTURAL DELS LLISTATS LLIURES SOBRE QUÈ CONSIDEREN ELS/LES NENS/ES QUE ET MANTÉ SA

Ordre	Ítem	Freqüència (%)	Ordre de menció	Importància cultural
1	la fruita i la verdura	53,3	1,69	0,449
2	l'esport o l'exercici	50,0	3,27	0,256
3	menjar bé o l'alimentació sana i variada	43,3	2,46	0,294
4	la llet i el formatge	26,7	2,13	0,197
5	beure aigua	23,3	2,29	0,171
6	les medicines	20,0	1,67	0,170
7	jugar	20,0	3,00	0,100
8	els cereals i els llegums	16,7	2,40	0,119
9	dormir	16,7	3,40	0,082
10	rentar-se o anar net	13,3	3,50	0,075
11	el peix	13,3	3,00	0,075
12	els òrgans del cos	10,0	1,67	0,075
13	les vitamines	10,0	3,33	0,057
14	la carn	10,0	3,00	0,055
15	anar a l'escola	10,0	4,00	0,043
16	rentar-se les dents	10,0	4,67	0,030
17	cuidar-se	6,7	3,00	0,044
18	riure o les coses que fan riure	6,7	2,50	0,042
19	els suc de fruites	6,7	3,50	0,035
20	estudiar, escriure o dibuixar	6,7	3,00	0,033
21	no fumar	6,7	3,50	0,030
22	anar al metge	6,7	3,50	0,025

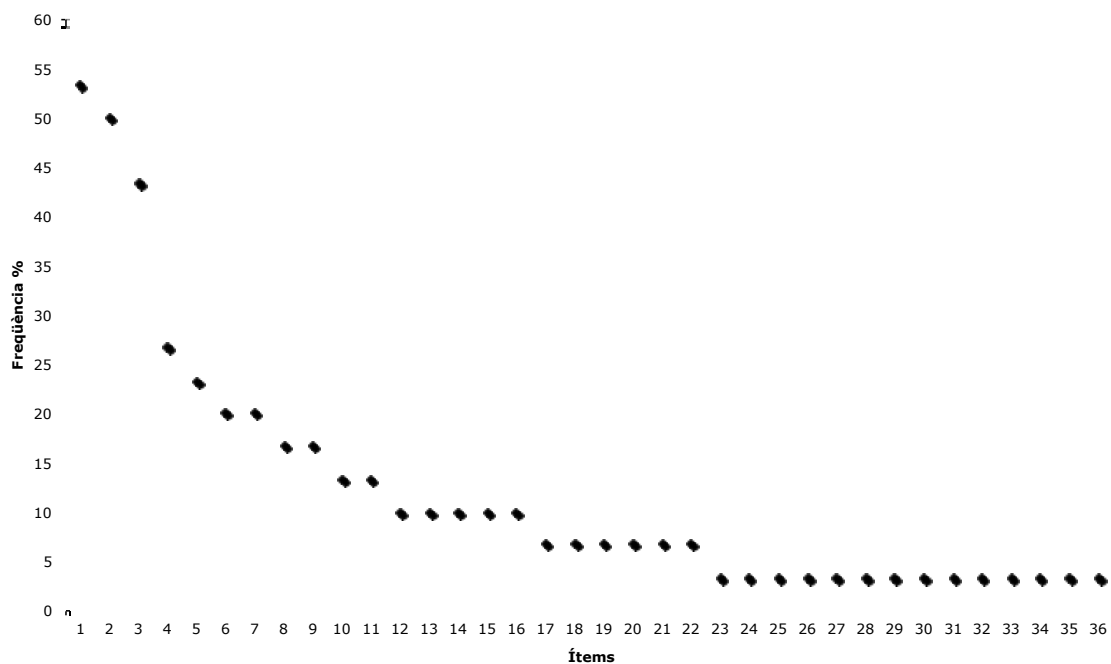
Nota: Resultat del total dels llistats lliures realitzats (n=30). S'inclouen els noms dels ítems citats almenys dues vegades.

FIGURA 13. ÍNDEX DE LA IMPORTÀNCIA O PES CULTURAL DELS LLISTATS LLIURES SOBRE QUÈ CONSIDEREN ELS/LES NENS/ES QUE ET MANTÉ SA



Nota: Resultat del total dels llistats lliures realitzats (n=30). S'inclouen els noms dels ítems citats almenys dues vegades.

FIGURA 14. "SCREE PLOT" DE LES FREQUÈNCIES DELS LLISTATS LLIURES SOBRE QUÈ CONSIDEREN ELS/LES NENS/ES QUE ET MANTÉ SA



Ordre	Ítem	Ordre	Ítem
1	la fruita i la verdura	12	els òrgans del cos
2	l'esport o l'exercici	13	les vitamines
3	menjar bé o l'alimentació sana i variada	14	la carn
4	la llet i el formatge	15	anar a l'escola
5	beure aigua	16	rentar-se les dents
6	les medicines	17	cuidar-se
7	jugar	18	riure o les coses que fan riure
8	els cereals i els llegums	19	els sucres de fruites
9	dormir	20	estudiar, escriure o dibuixar
10	rentar-se o anar net	21	no fumar
11	el peix	22	anar al metge

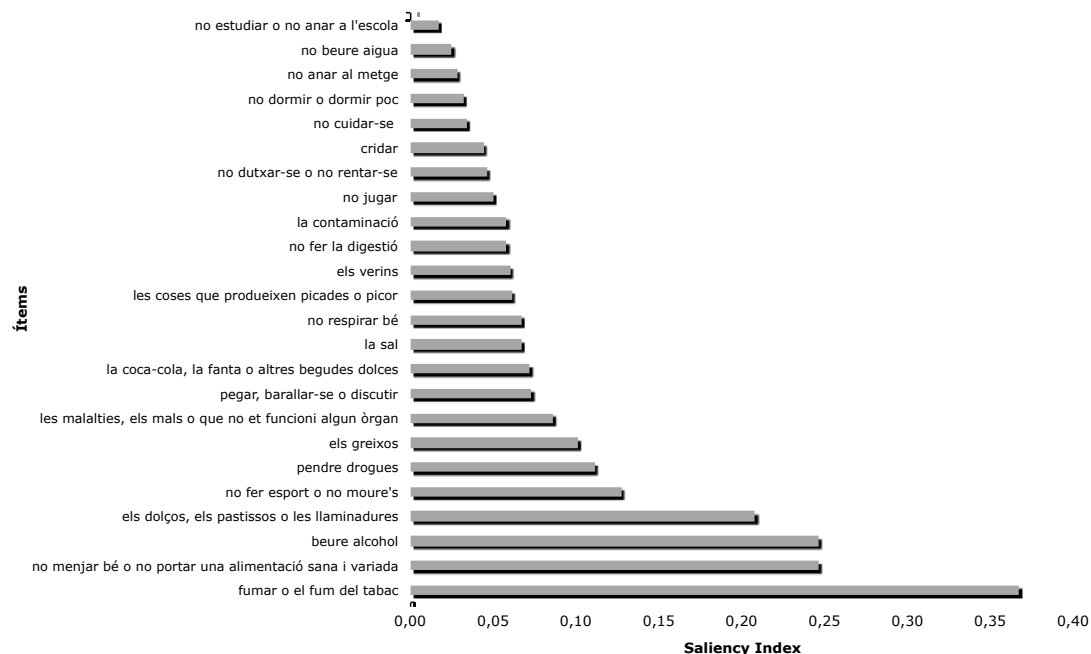
Nota: Resultat del total dels llistats lliures realitzats (n=30). S'inclouen els noms dels ítems citats almenys dues vegades.

TAULA 15. DISTRIBUCIÓ DE LES FREQUÈNCIES, ORDRE DE MENCIO I ÍNDEX DE LA IMPORTÀNCIA O PES CULTURAL DELS LLISTATS LLIURES SOBRE QUÈ CONSIDEREN ELS/LES NENS/ES QUE ÉS PERJUDICIAL PER A LA SALUT

Ordre	Ítem	Freqüència (%)	Ordre de menció	Importància cultural
1	fumar o el fum del tabac	46,7	2,00	0,367
2	no menjar bé o no portar una alimentació sana i variada	43,3	2,92	0,246
3	beure alcohol	30,0	1,89	0,246
4	els dolços, els pastissos o les lliminadures	30,0	2,33	0,208
5	no fer esport o no moure's	20,0	2,67	0,127
6	pegar, barallar-se o discutir	20,0	3,83	0,073
7	pendre drogues	16,7	2,40	0,111
8	els greixos	16,7	2,80	0,101
9	les malalties, els mals o que no et funcioni algun òrgan	13,3	2,25	0,086
10	la coca-cola, la fanta o altres begudes dolces	13,3	3,00	0,072
11	no dutxar-se o no rentar-se	13,3	4,50	0,046
12	la sal	10,0	2,67	0,067
13	no jugar	10,0	3,33	0,050
14	no respirar bé	6,7	1,00	0,067
15	les coses que produeixen picades o picor	6,7	1,50	0,061
16	els verins	6,7	1,50	0,060
17	no fer la digestió	6,7	1,50	0,058
18	la contaminació	6,7	1,50	0,058
19	cridar	6,7	2,00	0,044
20	no cuidar-se	6,7	3,50	0,034
21	no dormir o dormir poc	6,7	4,00	0,032
22	no anar al metge	6,7	4,50	0,028
23	no beure aigua	6,7	3,50	0,025
24	no estudiar o no anar a l'escola	6,7	4,00	0,017

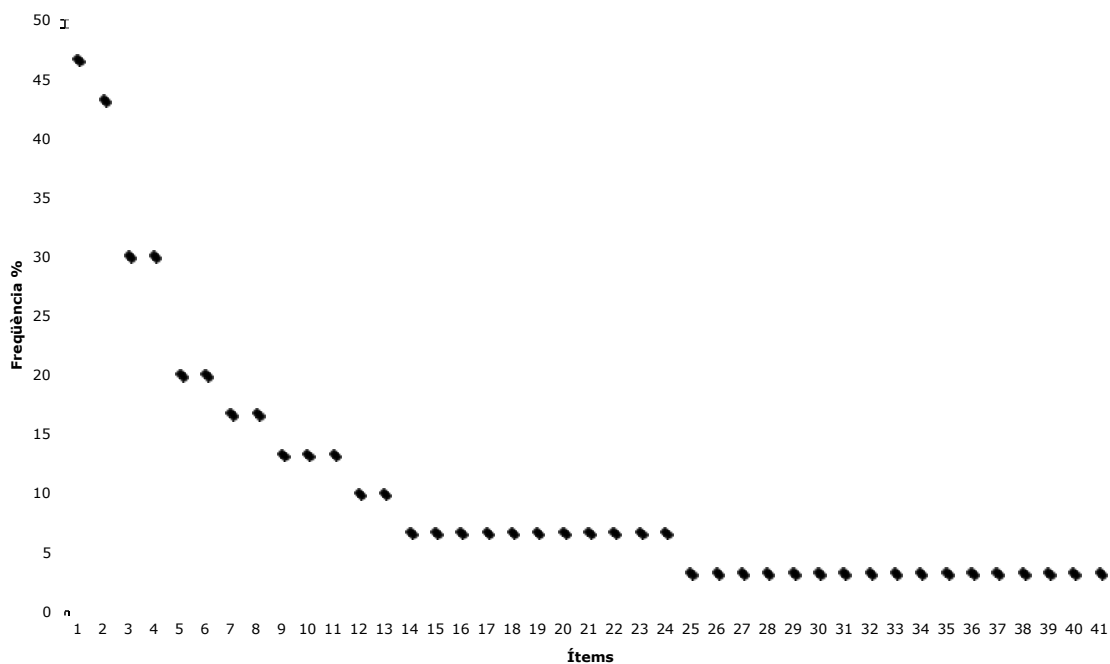
Nota: Resultat del total dels llistats lliures realitzats (n=30). S'inclouen els noms dels ítems citats almenys dues vegades.

FIGURA 15. ÍNDEX DE LA IMPORTÀNCIA O PES CULTURAL DELS LLISTATS LLIURES SOBRE QUÈ CONSIDEREN ELS/LES NENS/ES QUE ÉS PERJUDICIAL PER A LA SALUT



Nota: Resultat del total dels llistats lliures realitzats (n=30). S'inclouen els noms dels ítems citats almenys dues vegades.

FIGURA 16. "SCREE PLOT" DE LES FREQUÈNCIES DELS LLISTATS LLIURES SOBRE QUÈ CONSIDEREN ELS/LES NENS/ES QUE ÉS PERJUDICIAL PER A LA SALUT



Ordre	Ítem	Ordre	Ítem
1	fumar o el fum del tabac	13	no jugar
2	no menjar bé o no portar una alimentació sana i variada	14	no respirar bé
3	beure alcohol	15	les coses que produeixen picades o picor
4	els dolços, els pastissos o les lliminadures	16	els verins
5	no fer esport o no moure's	17	no fer la digestió
6	pegar, barallar-se o discutir	18	la contaminació
7	pendre drogues	19	cridar
8	els greixos	20	no cuidar-se
9	les malalties, els mals o que no et funcioni algun òrgan	21	no dormir o dormir poc
10	la coca-cola, la fanta o altres begudes dolces	22	no anar al metge
11	no dutxar-se o no rentar-se	23	no beure aigua
12	la sal	24	no estudiar o no anar a l'escola

Nota: Resultat del total dels llistats lliures realitzats (n=30). S'inclouen els noms dels ítems citats almenys dues vegades.

Com es pot desprendre tant de les narratives com dels dibuixos i dels llistats lliures, els nens i les nenes entrevistats/des, a l'hora de referir-se a aquelles coses que fan que estiguin sans o que són perjudicials per a la seva salut, fan servir principalment categories associades a la cura i el manteniment del cos, sobretot aquelles que tenen a veure amb l'alimentació, l'exercici i la higiene.

En les entrevistes, els nens i nenes parlen de que és important seguir uns hàbits saludables si vols gaudir de bona salut, a la vegada que descriuen les possibles conseqüències que poden comportar el no tenir cura del seu cos i el fet de seguir hàbits considerats negatius, com fumar i beure.



Dibuix 2. Què et manté sa. Informant 13

"Pues... alguns aliments...la llet i..., o sea, tots els..., el com és diu ..., el jamón, el formatge, la...coses d'aquestes...Si menges cada dia una dieta variada..., de tot, pues va bé" (E5).

Menjar és quelcom important tant per a créixer (*"El menjar perquè si no menges et quedes petit i com un palet i a més a més et fa mal la panxa" (E23)*) com per a tenir la força i energia necessària (*"Després has de menjar, no? perquè...per a agafar força..." (E23)*) de cara a poder realitzar les diferents activitats de la seva vida quotidiana:

Són els hàbits alimentaris els més citats pels nens i nenes (sobretot entre els més grans – de 4rt, 5è i 6è curs-) quan se'ls pregunta sobre que és el que els manté sans (*"Pues que si menges moltes verdures i menges de tot, casi sempre podràs estar sa" (E13)*). El fet de menjar bé (*"No sé...eh..., menjar...menjar bé..." (E8)*) o seguir una alimentació sana o variada és quelcom que ells/es consideren que pot ajudar a portar una vida sana:



Dibuix 2. Què et manté sa. Informant 27

"...menjar perquè ho necessites per...per a tot el que fas...tot el que has de fer cada dia..." (E27)

"...lo que és bo per a la salut és menjar..., menjar de tot..., perquè et manté be per a caminar i córrer..., perquè és el que necessites per a fer exercici" (E27).



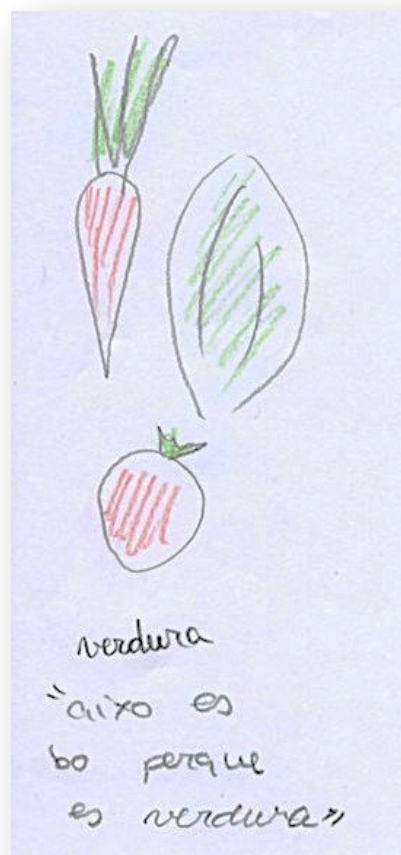
Dibuix 2. Què et manté sa (2). Informant 29

Els nens i nenes apunten, per una banda, quins són els beneficis per a la salut que comporta una alimentació sana i una dieta completa ("Perquè si menges bé, et creixen els ossos, tens més vitamines, i estàs més en forma. I si no menges pues...no et creixen els ossos i no tens tantes vitamines" (E29)). Per altra, també

descriuen les possibles conseqüències negatives de no seguir aquests hàbits alimentaris saludables, com l'obesitat i el colesterol:

"...Pues he dibuixat unes verdures... la pastanaga... el tomàquet... que són bones, ...perquè si menges masses, masses grasses i masses colesterols, diguem, no?, pues te comences a engreixar i això pot arribar a ser una enfermetat" (E4).

Dos dels aspectes que els/les nens/es consideren més importants i que més remarquen a l'hora de definir un aliment com a saludable són: que continguin vitamines -assenyalant que aquestes aporten energia, eviten malalties i ajuden a créixer- i que siguin naturals - associant allò natural, principalment, a les fruites i verdures-. Alguns exemples es poden trobar en les següents cites i dibuixos:



Dibuix 2. Què et manté sa. Informant 4

✓ contenir vitamines

" I aquí (assenyala el seu dibuix 2 – "coses que et mantenen sa") he dibuixat una mongeta tendra, perquè porta moltes vitamines. Després la pastanaga, perquè porta vitamines i ferro...I...i el tomàquet, perquè porta també vitamines" (E7)

"Y las vitaminas es bueno para la salud... y las he dibujado. Las vitaminas... proteínas..., para que no te canses y tengas energías que necesitas" (E11)

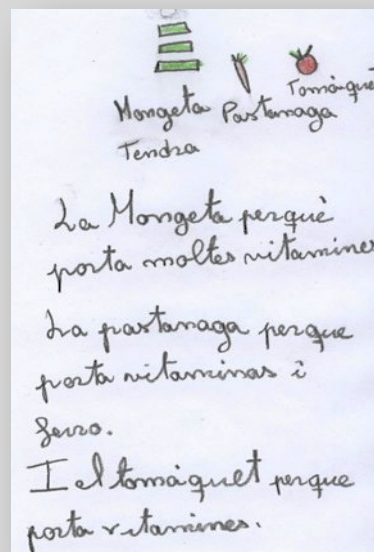
"Perquè la fruita té vitamines. I la fruita quan té vitamines, les vitamines fan créixer" (E15)

"les verdures...perquè les verdures tenen moltes... vitamines..." (E21)

"Pues la fruta..., el menjar un entrepà que estigui bo..., que et manté sa perquè, a vegades, el menjar està bo i això et manté sa...Perquè...perquè així tu tens més vitamines al cos i...i pots fer més coses" (E26)

"Pues que la llet és sana perquè té vitamines...(E6)

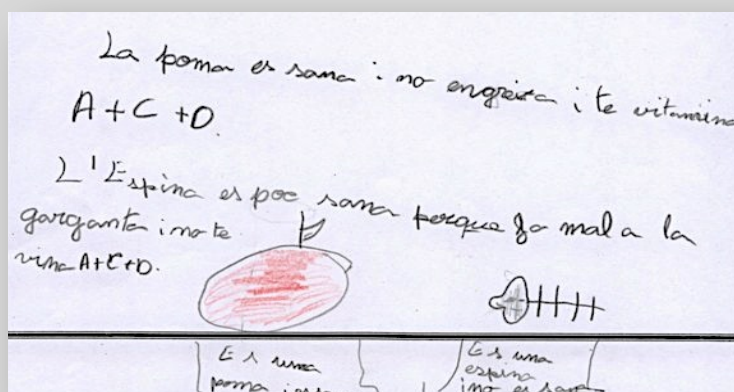
"La poma és sana...La poma és sana perquè té vitamines A, B, C...i a més no engreixa. L'espina de peix és poc sana perquè no té vitamines ni C ni A ni B..." (E26).



Dibuix 2. Què et manté sa. Informant 7



Dibuix 2. Què et manté sa. Informant 11



Dibuix 2. Què et manté sa i què és perjudicial per a la salut. Informant 26

✓ ser natural

"Què em manté sana? Menjar coses naturals... A veure, si et veus una coca-cola no passarà res, però menjar coses naturals m'aniria millor: la poma, les fruites, sucs... eh, l'aigua..., coses així" (E22)

"...La fruita és sana perquè surt de la natura, sobretot, perquè és natural...Lo natural és bo, lo no natural no és tan bo" (E23)

"Perquè... L'aigua, el menjar, les verdures, les...les fruites són de la natura i la natura ens va molt bé" (E25).



Dibuix 2. Què et manté sa (1). Informant 23

Pel que fa al tipus d'aliments que els nens i nenes consideren sans, les fruites i les verdures són les més citades en les entrevistes (sobretot per les noies), juntament amb la llet i altres làctics, que també són àmpliament anomenats ("Crec que em manté sa la verdura..., la carn, el peix..., la...els plàtans, la fruita..., el formatge...i els làctics" (E24)). Els segueixen, més de de lluny, els llegums, els cereals, la carn i el peix.

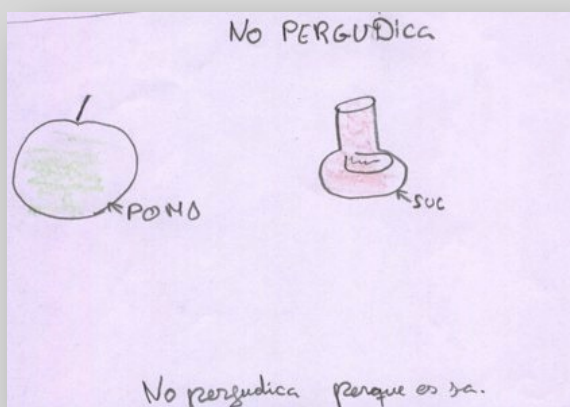
La fruita (i també els sucs de fruites "I el suc perquè té vitamines..." (E22)) i la verdura ("...verdures.....la pastanaga...el tomàquet...que són bones" (E4)) són considerats per aquests/es com quelcom que ens ajuden a tenir bona salut. Com es pot veure en les cites i dibuixos que es mostren a continuació, els/les entrevistats/des assenyalen que es tracta de productes naturals, que tenen un alt contingut en vitamines, que permeten reforçar les defenses del nostre organisme, que contribueix al bon funcionament del nostre cos i dels seus òrgans, i que no contenen substàncies perjudicials per a la salut, com els greixos:



Dibuix 2. Què et manté sa. Informant 10

✓ són productes naturals

"He dibuixat la poma, perquè les pomes són coses naturals que no estan fetes pels humans, que no són ni artificials sinó que són naturals i estan fetes per... estan nascudes d'un arbre, per exemple..." (E22)



Dibuix 2. Què et manté sa. Informant 22

"...la fruita és sana també...La fruita és sana perquè surt de la natura, sobretot, perquè és natural... Lo natural és bo, lo no natural no és tan bo" (E23).

✓ tenen alt contingut en vitamines

"Després la pastanaga, perquè porta vitamines i ferro...I...i el tomàquet, perquè porta també vitamines" (E7)

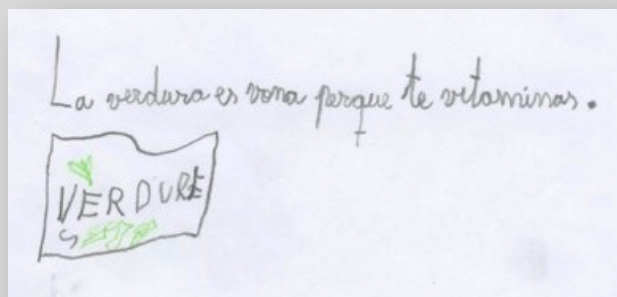
"La fruita. Perquè la fruita té vitamines. I la fruita quan té vitamines, les vitamines fan créixer" (E15)

"les verdures...perquè les verdures tenen moltes... vitamines..." (E21)

"Pues la poma...perquè porta vitamines..." (E24)

La poma és sana...La poma és sana perquè té vitamines A, B, C...i a més no engreixa" (E26).

"...i la verdura perquè té moltes vitamines..." (29)



Dibuix 2. Ouè et manté sa (1). Informant 29

✓ ajuden a reforçar les defenses de l'organisme

"Les verdures. Perquè amb les verdures es reforcen les defenses a lo millor no et pots agafar la grip" (E13).



Dibuix 2. Què et manté sa. Informant 13

✓ contribueixen al bon funcionament del cos i dels seus òrgans

"...i la pastanaga va molt bé per a la salut...i per a veure millor..." (E28)

"Pues aquí he dibuixat una pastanaga perquè jo crec que és... és bona, perquè va bé per a la vista..." (E18)

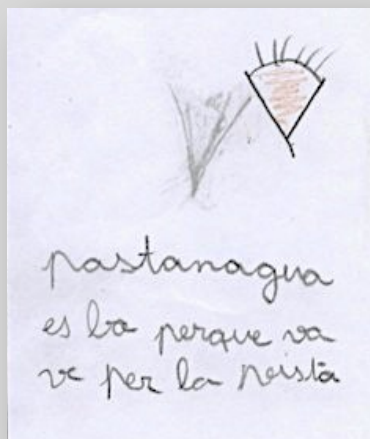
"I la pera, perquè també és sana i per al cos és molt... sa..., va molt ve per al cos..." (E24)



Dibuix 2. Què et manté sa (2). Informant 28



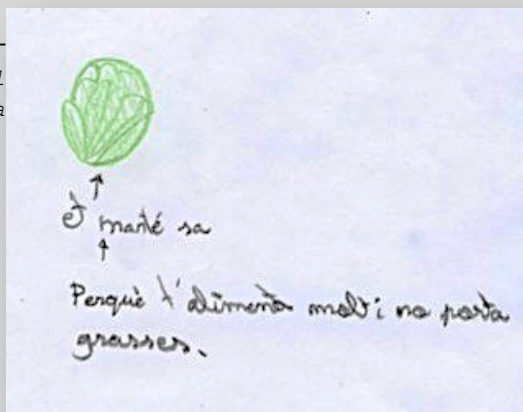
Dibuix 2. Què et manté sa. Informant 18



Dibuix 2. Què et manté sa (1). Informant 24

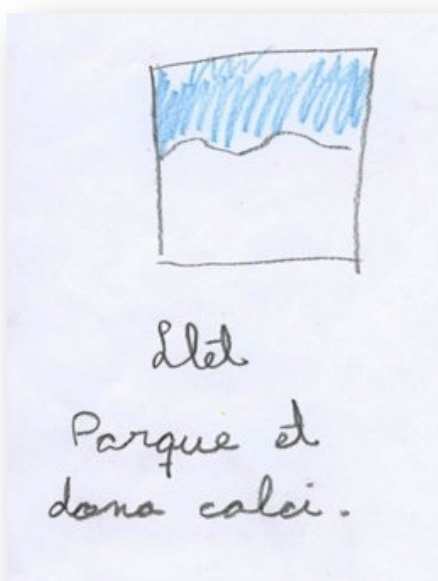
✓ no contenen substàncies perjudicials

"I lo sa... (assenyala el seu dibuix 2 – "coses que et mantenen sa") la col perquè...t'alimenta...t'alimenta molt i no porta grasses" (E8).



Dibuix 2. Què et manté sa. Informant 8

La llet i altres làctics també són percebuts pels nens i nenes com aliments bàsics en la nostra dieta ("Em manté sa beure llet" (E3), "Pues em manté sa, la llet, el menjar...aquestes coses" (E18), "...i la llet és bona per a la salut" (E21)), i apunten als beneficis que aquests aporten a la nostra salut. La llet ens aporta calci, ens ajuda a créixer i ens permet tenir uns ossos forts:



Dibuix 2. Què et manté sa. Informant 12

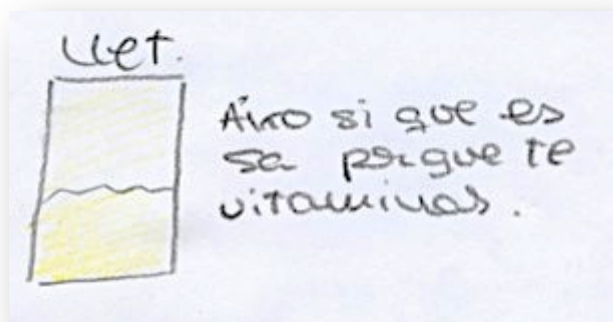


Dibuix 2. Què et manté sa. Informant 3

"He dibuixat un got de llet, i he dit que és sa perquè et dona més calci..." (E3)

"Pues he dibuixat un got de llet. Ah, he dibuixat un got de llet perquè la gent si pren llet li dona calci i jo crec que els ossos se li posen més forts i va bé" (E12)

"Pues que la llet és sana perquè té vitamines i la treuen de les vaques i si les vaques estan sanes...pues no et posaran d'una vaca que està apunt de morir a la llet..., no?..." (E6)



Dibuix 2. Què et manté sa. Informant 6

"La llet perquè et dóna força als ossos..., és bona pels ossos..." (E28)



Dibuix 2. Què et manté sa (1). Informant 28

"La llet és bona perquè té calci i t'estiren els ossos..., et creixen els ossos..." (E29).

Alguns dels nens i nenes també descriuen les possibles conseqüències negatives de no consumir prou llet. Per exemple, en Pau (E5) parla de la importància de beure llet per a obtenir suficient calci i de com, de no ser així, els ossos podrien tornar-se fràgils i patir fractures més fàcilment:

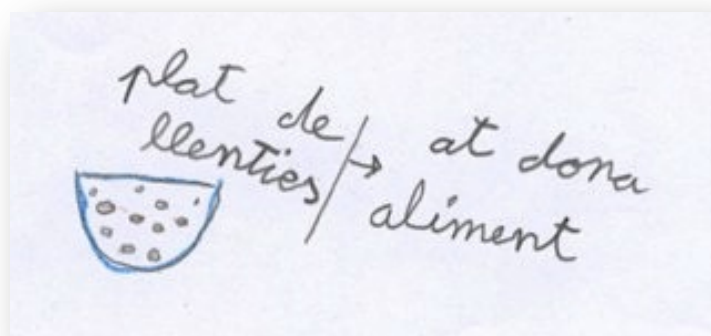
"Això l'he dibuixat aquí (assenyala el seu dibuix 2 - "coses que et mantenen sa") perquè la llet és bona per al cos, perquè el calci, eh..., tots els ossos necessiten...perquè sense calci, eh, pues els ossos no serien tan forts i es, es podrien, eh., trencar o algu. I per això es necessita" (E5).

Finalment, també anomenen, però de manera més minoritària, altres aliments que els ajuden a mantenir-se sans, com el peix i la carn ("I el pollastre, el peix... van molt bé també..." (E25)) o els cereals i els llegums:

"El bon menjar...com els cigrons..." (E21)



Dibuix 2. Què et manté sa. Informant 5



Dibuix 2. Què et manté sa. Informant 20

"Em manté sa les lleties...umm...perquè... perquè et donen... molt aliment..." (E20).

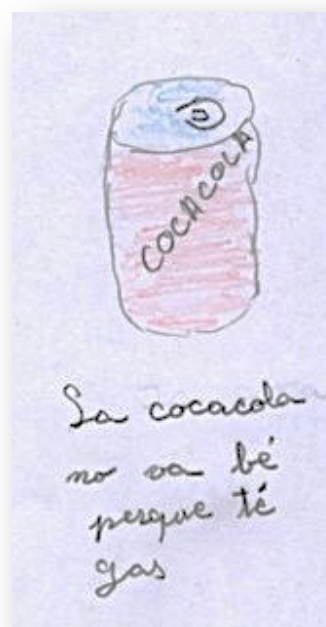
En les entrevistes, els nens i les nenes parlen també d'aquells aliments que poden ser perjudicials per a la salut. Es tracta d'aquells productes que contenen molt sucre, com els dolços, els pastissos, les laminadures ("El xocolata amb nata no és sana..." (E1)) o les begudes dolces ("Eh...no sé...és una coca-cola que és perjudicial perquè porta molt sucre" (E8), "I lo que no va bé...la Coca-



Dibuix 2. Què és perjudicial per a la salut. Informant 1



Dibuix 2. Què és perjudicial per a la salut. Informant 8

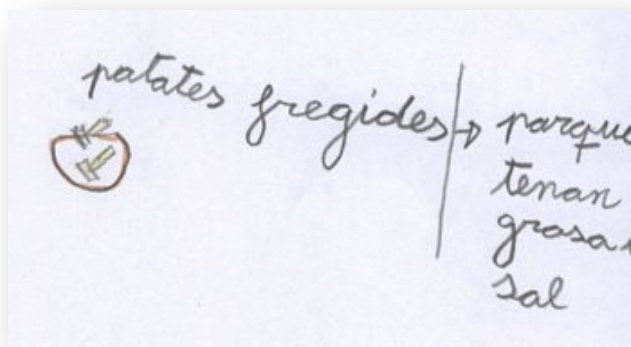


Dibuix 2. Què és perjudicial per a la salut (2). Informant 28

Cola perquè té gas...”

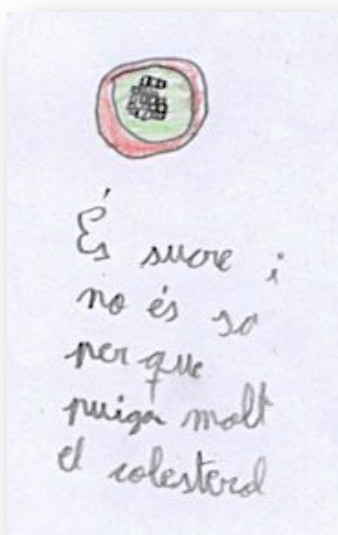
(E28)), molta sal (“I lo que és poc sa són les patates fregides...perquè tenen molta sal i grassa” (E20)) o greixos:

“...perquè si menges masses, masses grasses i masses colesterol, diguem, no?, pues te comences a engreixar i això pot arribar a ser una enfermetat” (E4)



Dibuix 2. Què és perjudicial per a la salut. Informant 20

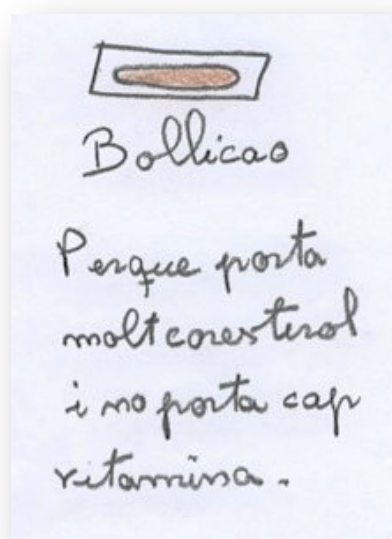
“...no menjar massa greix i totes aquestes coses...” (E17).



Dibuix 2. Què és perjudicial per a la salut. Informant 25

pot pujar molt el colesterol...” (E25)) o colesterol:

“He dibuixat un Bollicao perquè havia de dibuixar una cosa que ens anés bé i una altra malament. Llavors he dibuixat un Bollicao que jo crec que no està gaire bé perquè porta molt colesterol i no té gaires, umm..., no té gaires vitamines” (E7).



Dibuix 2. Què és perjudicial per a la salut. Informant 7

Alguns d'ells/es indiquen que són aliments que s'haurien d'evitar i no s'haurien de consumir, però, majoritàriament assenyalen que el seu consum s'hauria de restringir o controlar, i que només són perjudicials quan es mengen sovint o en grans quantitats:

"I el xocolata no és sa perquè...pot ser sa, però el xocolata et...si menges una...una miqueta és bo, però si en menges molt no...no és bo al final. E l tens que menjar amb alguna cosa. Per exemple jo quan bereno menjo galetes i xocolata i això a la meva mare si que em deixava, però xocolata ...una tableta de xocolata me la menjo en un dia i això no és bo per a mi...Perquè tanta xocolata diu la meva mare que pots tindre molts granets...i tampoc és bo això" (E6).



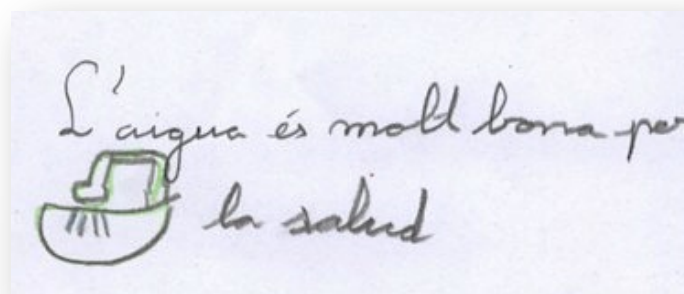
Dibuix 2. Què és perjudicial per a la salut. Informant 6

Altres aspectes relacionats amb hàbits alimentaris dels que parlen els nens i nenes (sobretot els més petits – de 1er, 2on i 3er de primària) són aquells que tenen a veure amb una bona digestió o amb estar hidratats. Narren que és molt important per a la salut el fet de fer la digestió correctament ("...i fer la digestió, hem de fer la digestió..." (E20))

i el beure aigua:



Dibuix 2. Què et manté sa. Informant 25



Dibuix 2. Què et manté sa. Informant 19

"I...no sé...L'aigua...perquè si jo no bec aigua em puc morir. Però si bec molta aigua em podria pixar però sobreviuria. Per exemple, els de l'Àfrica no tenen aigua i es moren" (E6)

"L'aigua. L'aigua és sana, és molt bona per a la salut, perquè... no té, no té cap cosa que et faci mal al cos..." (E19)

"Algunes coses de les que em mantenen sana és l' aigua..." (E23)

"Quines coses em mantenen sa? L'aigua...perquè l'aigua és de la natura...és... i perquè l'aigua la necessitem tots..." (E25)

"El que és necessari...necessari per a la salut...pues l'aigua...L'aigua, ens dona salut perquè és necessària per a viure" (E30).



Dibuix 2. Què et manté sa. Informant 30

Els/les nens/es relacionen el menjar bé amb altres dos hàbits saludables que ens ajuden a tenir cura del

nostre cos i a mantenir-nos sans: fer exercici i descansar bé. Així, narren com fer esport és sa però que, a més, necessitem alimentar-nos correctament i prendre vitamines per estar en forma i poder fer exercici:

"El pa..., pues...prendre vitamines..., pues...fer exercici, per exemple caminar, escalar...El pa pues perquè té llet i les vitamines perquè el cos estigui en forma" (E28).

Al mateix temps, ressalten que descansar és important per a recuperar-se de tot el desgast que implica fer aquest exercici o estar en moviment tot el dia. Aquesta narrativa de la Paula (E23) és prou clarificadora de com els/les nens/es associen aquests tres hàbits en una mena de procés circular on cadascuna d'aquestes pràctiques estan vinculades unes amb les altres:

"Algunes coses de les que em mantenen sana és l'aigua, el menjar...menjar, anar a dormir també, també et manté sa..., també has de fer esport. Fer esport perquè agafes energia. El menjar perquè si no menges et quedes com un palet i a més a més et fa mal la panxa. I dormir perquè has de descansar...O sigui, primer...una cosa d'aquestes que ve primer...has de fer l' esport...Que comencis a fer...després de dormir, perquè primer el cos s' ha...se t'ha dormit i estàs bé...Després has de fer esport perquè se't desperti, menys o menys...Després has de menjar, no? perquè...per a agafar força...I després, quan ja ha passat més coses, has de dormir perquè el teu cos descansi" (E23).

Així, la majoria dels nens i nenes citen fer exercici com una altra de les rutines saludables relacionades amb la cura i el manteniment del cos. Aquests/es apunten a que, a l'igual que el seguir una bona alimentació, fer esport i ser una persona activa és quelcom positiu per a la nostra salut:



Dibuix 2. Què et manté sa.
Informant 9

"Eh...i no sé...fer esport. Per exemple córrer. Perquè córrer és sa" (E9)

"No sé, fer esport ... Els esports ... et mantenen sa" (E8)

"... i fer gimnàstica, perquè fas exercici, com aquí al cole que ens fan fer gimnàstica i això" (E12).



Dibuix 2. Què et manté sa (2). Informant 15

Els/les nens/es parlen de que fer exercici ens dona energia ("...també has de fer esport. Fer esport perquè agafes energia" (E23)), ens fa forts ("...I l'esport per a estar forts" (E25)) ens ajuda a no engreixar-nos i a no tenir mals d'esquena:

"No sé..., l'exercici, la piscina. La piscina encara no vaig perquè l'estan reformant i no puc. I la piscina és sana perquè no en tens que fer molta, però si tens mal d'esquena o a alguna cosa, la piscina t'ajuda, perquè fas exercici" (E6).

Un altre dels hàbits relacionats amb la cura del cos dels que els nens i nenes anomenen són aquells que tenen a veure amb el descans, on citen el fet de dormir les hores necessàries com quelcom positiu i saludable. De la mateixa manera, manifesten que el fet de no dormir prou o dormir poc pot afectar negativament al funcionament del nostre cos i tenir efectes perjudicials per a la salut:

"...s'ha de dormir les hores que toquen" (E7)

"...després també és important dormir, perquè primer el cos s'ha...se t'ha dormit i estàs bé (...) I després, quan ja ha passat més coses, has de dormir perquè el teu cos descansi" (E23)

"Pues dormir...Però a vegades no puc dormir bé i això no és bo" (E2).

Un altre conjunt de pràctiques que els nens i nenes relaten (sobretot els nois), a l'hora de diferenciar el que els manté sans del que és perjudicial per a la seva salut, són aquelles que tenen relació amb la higiene del cos. Insisteixen que és important per al manteniment d'un cos saludable rentar-se, anar nets i no embrutar-se o tirar-se pel terra ("Lo que em fa estar sa és no embrutar-me..., doncs..., no llençant-me al terra" (E29)). Així mateix, la manca d'higiene és mostrada com quelcom negatiu per a la salut per les possibles conseqüències que aquesta podria comportar ("...dutxar-te...Dutxar-te perquè així vas net i no...no tens... brutícia..., potser agafes alguna malaltia si no et dutxes" (E27)).

Com s'ha vist fins ara, en les entrevistes, els nens i nenes parlen del perjudicial que pot ser no seguir una sèrie d'hàbits saludables, tant pel que fa a l'alimentació, a l'exercici, al descans o a la higiene, a la vegada que descriuen les possibles conseqüències que comporten el no tenir cura del seu cos ("Pues...cuidar-te...perquè, no sé, sinó em moriria...Umm...prendre alguns aliments i fer exercici,...i cuidar-te..." (E12)). Però, a més, també mostren com pot ser nociu per a la seva salut el fet de seguir una sèrie d'hàbits considerats com a negatius.

Així, els/les nens/es (sobretot el més grans -de 4rt, 5è i 6è curs-), subratllen que certes pràctiques, com fumar, beure alcohol o consumir drogues, incrementen el risc d'emmalaltir i posen en perill el seu cos i la seva salut, poden portar inclús la mort. Un exemple el podem trobar en la següent narrativa, on la Paula (E23) parla de les possibles conseqüències que pot portar fumar i beure alcohol:



Dibuix 2. Què és perjudicial per a la salut. Informant 23

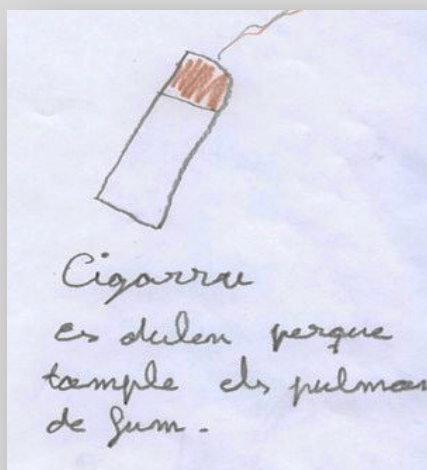
"I en lo que és perjudicial per a la salut he dibuixat el tabac...a

vegades el cigar o la pipa, i ...el cava, sí..., l'alcohol i el tabac. Perquè el cava porta alcohol..., el tabac afecta els pulmons...i la pipa també...diuen que porta nicotina" (E23).

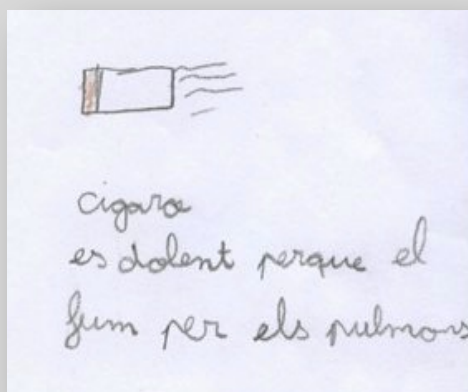
A continuació es pot veure una sèrie de cites i dibuixos on els/les entrevistats/des mencionen algunes d'aquestes pràctiques:

✓ tabac

"...i després una cosa que no és sana, he dibuixat un paquet de tabac, i he dit que no és sa perquè...perquè fa mal al fetge" (E3)



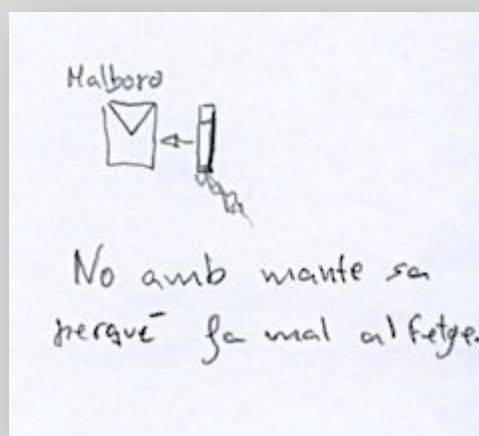
Dibuix 2. Què és perjudicial per a la salut. Informant 12



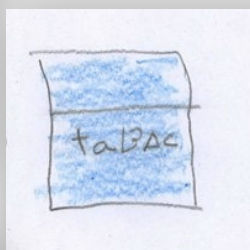
Dibuix 2. Què és perjudicial per a la salut. Informant 18

"Lo perjudicial... un cigarro... Los cigarros...te llenan los pulmones de tabaco y ...te puedes morir" (E11)

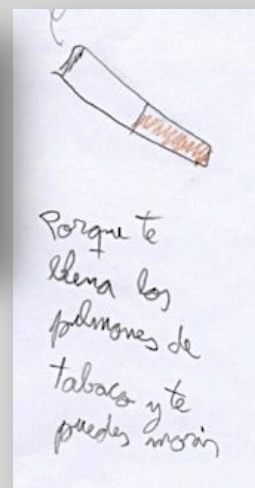
"I una...lo que no és sana he dibuixat un cigarro perquè no és bo per a la salut...perquè el fum del cigarro és dolent pels pulmons..." (E18)



Dibuix 2. Què és perjudicial per a la salut. Informant 3



Dibuix 2. Què és perjudicial per a la salut. Informant 13



Dibuix 2. Què és perjudicial per a la salut. Informant 11

"I el cigarro crec que és dolent perquè si t'omple els pulmons de fum et pot passar algo greu" (E12)

" En lo perjudicial he dibuixat (...) un paquet de tabac perquè perjudica els pulmons..." (E22)

" I lo dolent, el tabac...que va malament pels pulmons i la salut" (E24)



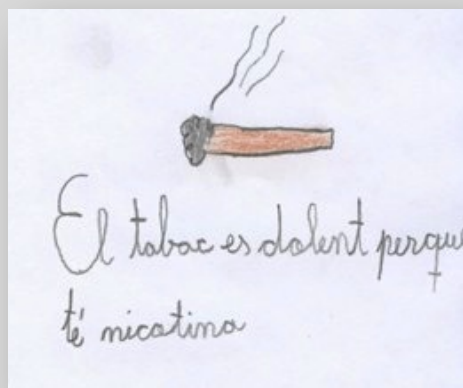
Dibuix 2. Què és perjudicial per a la salut (1). Informant 24



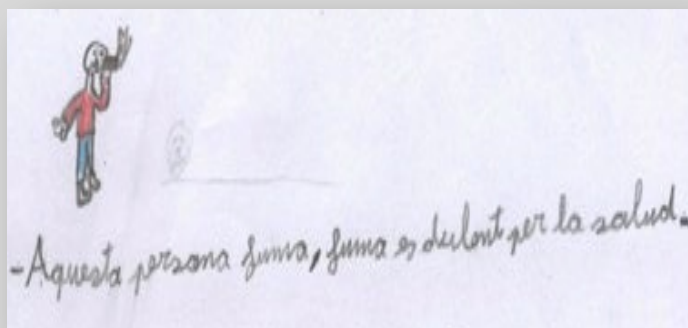
Dibuix 2. Què és perjudicial per a la salut (1). Informant 22

"El tabac és dolent perquè.. et mores abans.., et mores abans perquè té nicotina" (E29)

"En lo dolent he dibuixat un senyor que fuma... Fumar és dolent per a la salut..., perquè et tapa els pulmons" (E27).



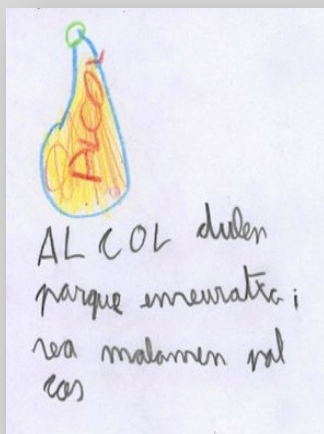
Dibuix 2. Què és perjudicial per a la salut. Informant 27



Dibuix 2. Què és perjudicial per a la salut (2). Informant 29

✓ alcohol

" En lo perjudicial he dibuixat una cerveza, perquè l'alcohol perjudica la salut..." (E22)

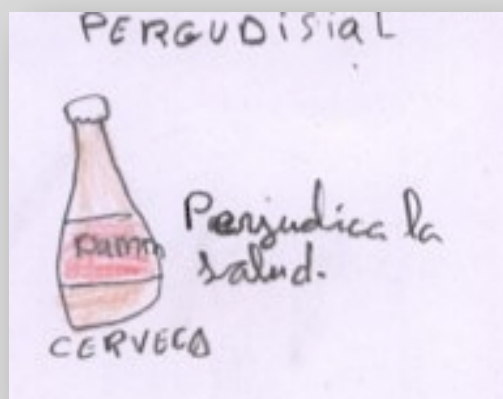


Dibuix 2. Què és perjudicial per a la salut (2). Informant 24

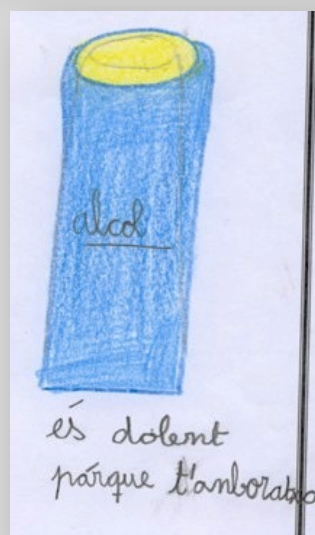
"De l' alcohol..., molts vins o així, si beus..., beus moltes cerveses, així, pues pots agafar...et pots morir o emborratxarte" (E23)

"I també he dibuixat alcohol, perquè l'alcohol et pot emborratxar i és dolent pels, pels pulmons...i pel cos" (E24)

"I l'alcohol...és dolent perquè t'emborratxa" (E30).



Dibuix 2. Què és perjudicial per a la salut (2). Informant 22



Dibuix 2. Què és perjudicial per a la salut. Informant 30

✓ drogues

"I aquí, he posat dues coses que no són sanes...: El tabac, i la cola, si l'olores molt, perquè et drogues" (E29)

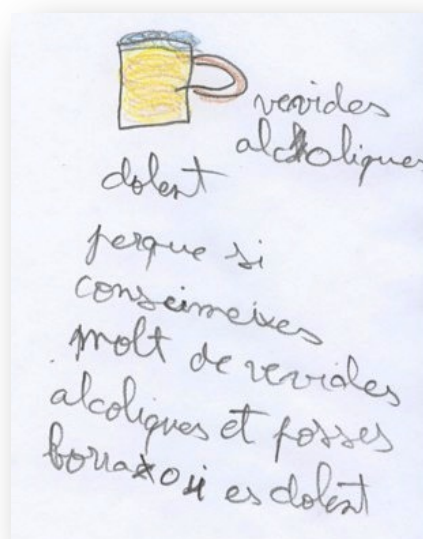
"I no drogar-me..., perquè la droga et pot...et fa sentir més fort i això..., però et trobes malament perquè és com si et possessis malalt" (E29).



Dibuix 2. Què és perjudicial per a la salut (1). Informant 29

Però a més de les possibles malalties que aquest hàbits poden comportar, els nens i nenes també apunten a altres tipus repercussions d'aquestes pràctiques, com el risc de poder patir algun accident. En aquest cas, en Pau (E5) parla de com el consumir alcohol quan has de conduir pot portar a tenir un accident de trànsit:

"I l'alcohol pues és dolent, perquè si consumeixes molt de begudes alcohòliques pues et pots posar borratxo, eh, i si conduis...si condu...condueixes et pots pots fer...pots sufrir un accident" (E5).



Dibuix 2. Què és perjudicial per a la salut. Informant 5

Els nens i nenes també remarquen que els efectes negatius per a la salut d'aquests hàbits

venen agreujats encara més pel caràcter addictiu de les substàncies que es fan servir en aquestes pràctiques, com el tabac, les begudes alcohòliques o les drogues:



Dibuix 2. Què és perjudicial per a la salut (1). Informant 28

"Fumar...el tabac és molt dolent..., perquè és dolent pels pulmons, i perquè, a vegades, te'ls deixa negres...i, a vegades, molta gent ha mort per culpa del tabac...i per que és una...una addicció...una cosa que la tens, et..., et venen ganes de fer-ho sempre...Sempre, sempre, si en prens un, demà un altre i sinó un altre..." (E23)

"...i el cigarro perquè té droga i la gent s'enganxa i ja no pot parar de fumar" (E28).

"Fumar...el tabac és molt dolent..., perquè és dolent pels pulmons, i perquè, a vegades, te'ls deixa



Dibuix 2. Què et manté sa. Informant 17

Els nens i nenes entrevistats/des també indiquen que hi han certs estats d'ànim i comportaments que et mantenen sa, mentre que altres poden ser perjudicials per a la salut

d'una persona. Com a beneficiosos anomenen aquelles actituds que són positives, com el fet d'estar content, alegre o feliç, o tot allò que ens ajuda a estar-ho:

"El dibuix de lo que és sa és aquesta persona que és feliç, eh, perquè pot anar de viatge, veure el que no ha vist mai...i fer moltes coses sanes" (E17)

"Els meus periquitos...perquè són uns periquitos que em fan alegria i que...i que em fan riure" (E15).



Dibuix 2. Què et manté sa (1). Informant 15



Dibuix 2. Què et manté sa. Informant 1

En relació amb aquestes actituds, jugar, gaudir, passar-s'ho bé i fer el que t'agrada són activitats que els nens i nenes assenyalen com quelcom saludable i t'ajuden a mantenir-te sa, principalment pel que fa als més petits (1er, 2on, 3er):

"Sa? Jugar amb la meva



Dibuix 2. Què et manté sa. Informant 14



Dibuix 2. Què és perjudicial per a la salut. Informant 14

gossa que es diu Xuli. Perquè...perquè m'agrada molt, m'agrada molt jugar amb ella amb la seva pilota" (E1)

"Pues jugar, divertir-me, posar-me disfresses...això és bo per a mi..." (E14).

En canvi, descriuen com a perjudicials per a la salut tant aquells estats d'ànims relacionats amb la tristesa i l'abatiment, com aquells altres comportaments que fan referència al fet d'estar de mal humor o enfadat i que impliquin accions com cridar, pegar, molestar, barallar-se o discutir.



Dibuix 2. Què et manté sa. Informant 2

Al preguntar-los per allò que els manté sans, els/les nens/es també apunten (sobretot els nens i nenes més petits – de 1er, 2on i 3er de primària) a que certes activitats relacionades amb l'aprenentatge, com anar a l'escola (*"també l'escola..., perquè a l'escola aprens coses i...és...et manté sa"* (E1)), estudiar, llegir, (*"i llegir, llegir molt..."* (E30)) escriure, dibuixar o fer música (*"La ...tocar la guitarra... aprendre a tocar la guitarra... Tocar música..."* (E2)), són beneficioses per a la salut, ressaltant que aprendre ajuda a desenvolupar la seva ment i mantenir-la sana.

Altres aspectes que tracten a l'hora d'explicar allò que pot ser perjudicial per a la salut, són aquells relacionats amb el funcionament intern del cos i les malalties. Narren com pot afectar negativament al cos el fet de patir alguna malaltia o que et deixi de funcionar bé algun òrgan (*"...tenir algun problema...i estar malalt"* (E19)). En alguns casos, els/les nens/es fan



Dibuix 2. Què és perjudicial per a la salut. Informant 17

èmfasi en allò que pot causar la malaltia i que ens fa posar malalts, com els virus i els bacteris, i en altres ocasions aquests/es ressalten les vies de transmissió o els vectors que porten a certes



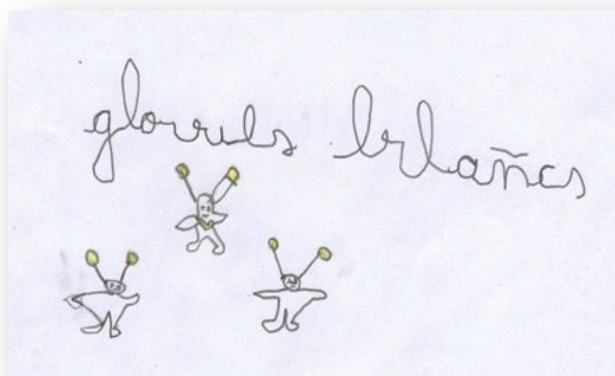
Dibuix 2. Què és perjudicial per a la salut. Informant 21

malalties, com els mosquits (*"I lo que és perjudicial és aquest mosquit que...umm...et pot passar enformetati"* (E17)). A la vegada, aquests/es assenyalen com els òrgans del seu cos els ajuda a mantenir-se sans.

És prou il·lustratiu el relat d'en Guillem (E21), que ens explica com pot ser de perjudicial per a la nostra salut quan els bacteris entren

al nostre cos, i com el sistema immunològic ("Els glòbuls blancs" (E21)) ens ajuda a lluitar contra ells i a estar sans:

"La perjudicial és...és una bactèria, que si se ma posa per dins la boca la puc tragar..., pot entrar dins i posar-me...pot posar-me enferma. Però si me entra dins la bactèria, van...van unes coses així (dibuixa cercles en l'aire), que és...que són els glòbuls blancs...que són els bons...són bons per ... (assenyala el seu dibuix 2 - "coses que et mantenen sa"). Surten per una porteta...i surten i li fan mal a les bactèries i es moren...I quan s'ha acabat la guerra arriben els recollidors (fa un gest a l'aire amb les mans) de les porqueries. Ps, ps...I s'ho mengen tot...i ho porten a les escombraries...crec" (E21).



Dibuix 2. Què et manté sa. Informant 21

Els/les nens/es també apunten com a quelcom beneficiós per a la salut a les medicines i les plantes medicinals que ens ajuden a curar-nos quan estem malalts i a mantenir-nos sans:

"El xarop és sa perquè no és tòxic...perquè et cura...cura a les persones..." (E16)



Dibuix 2. Què et manté sa. Informant 16

"La... les plantes, perquè poden donar xarops" (E24)

"Per exemple, he posat un xarop per a la tos(...) També he dibuixat..., les...com es diu?..., les herbetes aquelles, perquè és...també és natural, perquè són plantes, són plantes curatives i les plantes curatives ja ho diu la paraula: 'planta curativa'. I el xarop també



Dibuix 2. Què et manté sa (2). Informant 24

és ...és bo... Bueno, a vegades té mal gust... o bon gust, però això dóna igual, perquè igualment pot ser bo, també et pot curar" (E23).



Dibuix 2. Què et manté sa (2). Informant 23

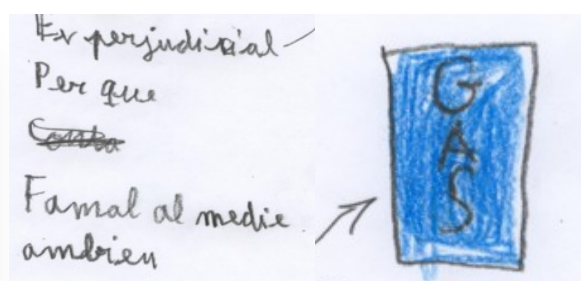


Dibuix 2. Què et manté sa (3). Informant 23

Un altre conjunt d'aspectes, que més minoritàriament citen, són aquells que tenen a veure amb factors ambientals. Remarquen que és sa respirar molt oxigen i aire net ("I que no sigui de menjar...l'aire pur..." (E19)), de la mateixa manera que apunten als efectes negatius que suposa per a la salut la contaminació o les coses que contaminen el medi ambient:



Dibuix 2. Què és perjudicial per a la salut. Informant 9



Dibuix 2. Què és perjudicial per a la salut. Informant 10

"I lo que és perjudicial, he dibuixat el...el respirar l'aire dels cotxes que treuen pel tub d'escapament" (E9)

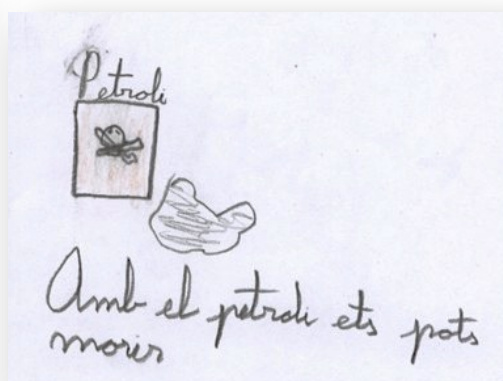
"Umm..., que el gas fa mal a...a nosaltres, és perjudicial perquè fa mal al mediambient..." (E10)

"I lo que és perjudicial per a la salut...el petroli, perquè el petroli...el petroli contamina..."(E24).

"I el...el fuel és lo perjudicial...lo tòxic perquè, umm, perjudica...a la salut...bueno, i és molt...molt tòxic" (E16)



Dibuix 2. Què és perjudicial per a la salut. Informant 16



Dibuix 2. Què és perjudicial per a la salut. Informant 29

"Que hi hagin moltes fàbriques que contaminin...perquè si contaminen, no puc...no poden viure...ni tampoc els animals...i ens quedariem sense oxigen...i les plantes també..." (E29).

Finalment, alguns dels entrevistats més petits (1er, 2on, 3r curs), coincidint amb un dels aspectes en què incideixen les campanyes per a la prevenció d'accidents infantils a la llar, també anomenen com a quelcom molt perjudicial para la salut l'ingerir productes químics. Assenyalen com els productes de neteja o de higiene poden ser tòxics si són empassats:

"I he dibuixat com perjudicial el sabó, perquè el sabó no és bo per menjar...perquè no és comestible...no pots menjar...Perquè te comença a fer mal la panxa si veus sabó i et poses malalt i potser t'han de portar a l'hospital..." (E4).



Dibuix 2. Què és perjudicial per a la salut. Informant 4

II. 1. 3. Els riscos, els perills i els accidents

Segons Kleinman (1998) l'experiència és caracteritzada per la seva orientació pràctica i per la manera en què les persones s'impliquen en la seva vida diària. Són, per tant, els significats (tant individuals com col·lectius) del que és important al món el que dona a l'experiència el seu caràcter moral, i els perills són uns dels elements que configuren els processos morals, ja que poden ser una amenaça per a les accions, els projectes, les relacions i les vides dels individus (Kleinman, 1998).

“We tend to think of dangers and uncertainties as anomalies in the continuum of life, or interruptions of unpredictable forces into a largely predictable world. I suggest the contrary: that dangers and uncertainties are an inescapable dimension of life.” (Kleinman, 2006: 1).

Per altra banda, com assenyala Lupton (1999a), el risc és un dels aspectes bàsics dels discursos de la normalització, que ha portat a una nova definició del que significa la salut i a formes de regulació i vigilància. Segons aquesta autora (Lupton, 1993), dins la salut pública de les societats occidentals contemporànies, es diferencien dos tipus de discursos sobre el risc: els que fan referència als perills mediambientals provinents de causes externes, i els dirigits als perills derivats dels estils de vida. A diferència dels primers, on es considera que les persones tenen poc control sobre aquest tipus de perill, en els segons s'emfatitzen l'autocontrol i la responsabilitat, i els “individuals are exhorted by Health promotion authorities to evaluate their risk of succumbing to disease and change their behaviour according” (Lupton, 1993: 396). D'aquesta manera, en els discursos sobre el risc en salut, s'ha anat incidint cada vegada més en les pròpies responsabilitats de les persones, tant a l'hora de participar en comportaments perillosos, com per tal de poder evitar riscos per a la salut, funcionant aquest discursos com agents de control i regulació sobre el cos dels individus:

“...health education emphasizing risk is a form of pedagogy, which, like other forms, serves to legitimize ideologies and social practices. Risk discourse in public Health sphere allows the State, as the owner of knowledge, to exert power over the bodies of its citizens” (Lupton, 1993: 400).

Pel que fa als discursos sobre el risc en els nens per part dels adults, Boholm (2003) ressalta la diferència que aquests mostren entre l'ambient i el nen com objecte de risc; és a dir, entre els riscos existents a l'ambient, on una sèrie de trets dins d'aquest pot constituir elements de risc

pel nen; i els riscos que estan situats en el mateix nen, on s'apunta a la responsabilitat del nen en les seves accions, en el control dels riscos i en les mesures de seguretat necessàries en cada context. Es considerarà, per tant, important:

“...to teach children moral responsibility over their own actions so that they learn to foresee the consequences of their doings in terms of risks to themselves and other people will therefore be the basic risk management strategy” (Boholm, 2003:163).

Des de el punt de vista dels nens, i en relació als accidents infantils, Green (1997) indica que la categorització en concret d'un esdeveniment infortunat o desgràcia com un accident gira al voltant, principalment, de la qüestió de la responsabilitat a l'hora de gestionar els possibles riscos. Aquesta autora assenyala com els nens tendeixen, quasi sempre, a autoatribuir-se la responsabilitat dels accidents que són recordats dins de les seves experiències i que aquests també s'autoresponsabilitzen de seguir els consells i advertiments dels adults, de l'avaluació, la prevenció i evitació dels perills i riscos, així com es culpabilitzen de les seves conseqüències.

D'aquesta manera, Green (1997) suggereix com les narracions dels nens de com gestionen els accidents, a més d'apropar-nos a la visió i percepció d'aquests sobre els accidents, també ens ajuda a explorar com es fan servir els discursos sobre els riscos en la seva experiència quotidiana. Com ressalta Lupton (1999b), la noció de risc es vincula, generalment, als conceptes de responsabilitat, elecció i culpa, ja que s'assumeix que aquesta pot ser gestionada a través de la intervenció dels individus.

A l'analitzar què és el que els/les nens/es consideren perillós, les diferents narratives mostren com, al parlar sobre el perill i aquelles situacions que poden ser perilloses, aquests fan referència a accidents o a aquelles actituds o comportaments que poden portar-hi, a hàbits considerats negatius, o al fet d'estar en un entorn o ambient que pugui ser perjudicial.

“Fumar...el tabac és molt dolent..., perquè és dolent pels pulmons, i perquè, a vegades, te'ls deixa negres...i, a vegades, molta gent a mort per culpa del tabac...i per que és una...una addicció...una cosa que la tens, et..., et venen ganes de fer-ho sempre...Sempre, sempre, si en prens un, demà un altre i sinó un altre...(...) També l'alcohol o els accidents. De l'alcohol..., molts vins o així, si beus..., beus moltes cerveses, així, pues pots agafar...et pots morir o emborratxar-te. Pues mira, jo si pogués faria una llei, que els nens...que els nens menors d'edat...segons a quina edat no haurien de fer...per exemple, no deixar

fer servir la motos, o així, per què a vegades hi ha més accidents...i també més contaminació” (E23).

Pel que fa als perills que poden suposar els accidents, els nens i nenes incideixen sobretot en aquells associats amb sinistres o incidents de trànsit (“...I un accident pues també és molt perillós per que pots arribar-te a morir...o a trencar-te un pulmó, també és molt perillós...” (E23)), on descriuen com a situacions perilloses tota una sèrie d’actituds vistes com a imprudents i de conductes considerades arriscades en relació a aquests, entre les que ressalten:

✓ conduir massa ràpid	<i>“Perillosa? ...conduir amb el cotxe molt ràpid..., córrer, ...córrer massa..” (E19).</i>
✓ no portar cinturó de seguretat quan vas amb cotxe	<i>“Pues anar sense cinturó...al cotxe en...l’autopista, Umm...no se...això...anar sense cinturó” (E3)</i> <i>“Anar en el cotxe i no posar-te el cinturó” (E13)</i> <i>“Si vas al cotxe sense cinturó...és molt perillós...et pots morir...” (E20)</i> <i>“Perillós? Anar amb cotxe sense cinturó posat..., no posar-te’l en el cotxe” (E25).</i>
✓ beure i conduir	<i>“Pues ...per exemple, si vas amb el cotxe amb el pare que està ...que ha anat a alguna festa o una cosa així en què ha begut molt....i coses d’aquestes...” (E5).</i>
✓ conduir sense saber	<i>“Si no saps conduir i que...i que conduexis, perquè quan no saps conduir ta pots xocar amb un altre cotxe i... i tenir un accident...” (E21).</i>
✓ anar amb moto	<i>“...anar amb moto...anar en moto pot ser molt perillós” (E15)</i> <i>“Pues mira, jo si pogués faria una llei, que els nens...que els nens menors d’edat...segons a quina edat no haurien de fer...per exemple, no deixar fer servir la motos, o així, per què a vegades hi ha més accidents...” (E23).</i>
✓ no portar casc quan vas amb moto	<i>“Que sigui perillosa? Anar amb la moto amb tacons i sense casc...sobretot sense casc” (E22).</i>

<p>✓ creuar el carrer sense mirar</p>	<p>"Pues que no vas a mirar quan vas a creuar i creues i te ve un cotxe molt de pressa i te arrossega..." (E4)</p> <p>"Eh...anar per la carretera i atravesar sense mirar els cotxes, per exemple" (E9)</p> <p>"Peril·losa?...Pues si passes al carrer sense mirar per les dues bandes...perquè sinó no ho fas et faràs mal" (E26)</p> <p>"...Quan creues el carrer ...o també...Una cosa: a l'E. el van atropellar...Sí, abans d'ahir, lo que va passar per sobre el cotxe i va ...es va quedar...en teoria es va aixecar perquè ningú es doni compte, i una...la dona del cotxe va baixar i va alçar així la mà (aixeca la mà com si tingués intenció de fer una bufetada) i li va dir: "¿tú eres tonto? ¿por qué no miras antes de pasar?", i, és clar, ...es que estaven els cotxes i ell va passar. Jo no sé perquè aparquen els cotxes, perquè és molt perillós" (E6).</p>
<p>✓ creuar el carrer en vermell</p>	<p>"Pues que...pues que estigui el semàfor vermell i jo que passi. Només si està el semàfor verd jo puc passar..." (E14)</p> <p>"Creuar el carrer amb el semàfor en vermell" (E27)</p> <p>"Passar quan encara està vermell..." (E10)</p> <p>"Posar-te al mig de la carretera quan està verd pels cotxes" (E28).</p>
<p>✓ creuar el carrer quan passen cotxes</p>	<p>"Pues....creuar...creuar quan passa un cotxe..., o sigui, passar quan passa un cotxe" (E30).</p>
<p>✓ anar en bicicleta per la carretera</p>	<p>"O anar amb...per la carretera amb la bici..., perquè pot venir un cotxe i atropellar-me" (E19).</p>
<p>✓ anar amb monopatí per la carretera</p>	<p>"Peril·losa? Quan vas en monopatí i vas...i per davant passa un cotxe" (E16)</p> <p>"...anar...anar...amb el monopatín pel carrer fent piruetes...Perquè et pots caure quan fas una cosa i et pots fer una esquinç...o fer-te...o trencar-te una cama" (E29).</p>
<p>✓ no portar casc quan vas amb bicicleta, patins o monopatí</p>	<p>"Umm... a vegades és perillós anar amb bicicleta sense portar casc., amb els patins i amb el monopatí també" (E25).</p>

- | | |
|----------------------------------|--|
| ✓ caminar a prop de la carretera | <i>"Estar a prop de la carretera...Que et pot atropellar un cotxe...si vas a prop de la carretera..." (E15).</i> |
|----------------------------------|--|

Altres tipus de situacions perilloses, i que poden portar a accidents, que els/les nens/nenes mencionen en les seves narratives, són la utilització d'utensilis afilats (com *"Un ganivet..." (E1)*) o el fet d'enfilar-se a llocs alts (*"...enfilar-me a un arbre, també" (E1)*, *"Situació que és perillosa? Tirar-se de dalt d'un barranc" (E17)*), coincidint amb alguns dels advertiments més comuns del món adult per a evitar accidents entre els nens. També els ofegaments i els incendis són citats com a accidents perillosos, on els nens i nenes remarquen que es tracta de situacions més extremes i d'alt risc que poden portar a la mort de la persona (*"Ahogarse ... en el agua... y también... y también si ... un edificio se enciende y se cae y se mueren" (E2)*).

A més dels accidents, els/les nens/es parlen de tota una sèrie d'actituds o comportaments que poden portar a situacions de perill. Per exemple, en les seves narratives apunten com el fet de badar o anar distret pot comportar el tenir un accident (*"...I no badar quan camines...perquè pots caure o tenir un accident..." (E25)*) o arribar a perdre's:

"Pues mira, d'un nen si va amb els seus pares al bosc, per exemple, i va mirant coses i va molt a lo seu com el meu germà i acaba perdent-se. I és perillós perquè et pot passar algo, et pot atropellar un cotxe. I més si és petitet com el meu germà quan es va escapar que tenia dos o tres anys" (E12).

En les entrevistes, també expliquen com pot ser perillós el fet de seguir hàbits considerats negatius. El no tenir cura del seu cos (*"Pues cuando...cuando no te cuidas. Porque te hace daño al cuerpo. Te tienes que cuidar" (E11)*), o pràctiques com fumar i beure, és quelcom que posa en risc el cos i la salut de les persones:

"De l' alcohol..., molts vins o així, si beus..., beus moltes cerveses, així, pues pots agafar...et pots morir o emborratxar-te" (E23)

"Pues és perillós fumar, beure molt...molt de vi i més coses..." (E18)

"Fumar...el tabac és molt dolent..., perquè és dolent pels pulmons, i perquè, a vegades, te'ls deixa negres...i, a vegades, molta gent a mort per culpa del tabac...i per que és una...una addicció...una cosa que la tens, et..., et venen ganes de fer-ho sempre...Sempre, sempre, si en prens un, demà un altre i sinó un altre..." (E23).

Finalment un altre conjunt de perills assenyalats pels/les nens/es són aquells que deriven del seu entorn, i que poden venir de persones o de l'ambient. Així, per una part, citen com a perillós estar a prop de persones que mostrin conductes que ells/es defineixen com "poc normals" o "estranyes" com "drogoaddictes", "boixos" o "borratxos" ("Umm..., perillós?...quan una vegada que vam anar amb la meua àvia a les Rambles i hi havia un borratxo i se'ns volia apropar..." (E8)). Per una altra part, el fet d'estar en un medi que pugui ser perjudicial, com quan parlen de la contaminació ambiental i dels seus efectes:

"Que hi hagin moltes fàbriques que contaminin...perquè si contaminen, no puc...no poden viure...ni tampoc els animals...i ens quedariem sense oxigen...i les plantes també..." (E29)

"...la contaminació de les motos per exemple..., no deixar fer servir la motos, o així, per què a vegades hi ha més accidents...i també més contaminació" (E23).

Durant les entrevistes, i per tal d'aprofundir en la temàtica dels riscos i els perills, també se'ls demanava als nens i nenes que expliquessin algun accident que haguessin patit ells/es o alguna persona coneguda.

En les narratives sobre accidents, els/les informants relaten els esdeveniments que van envoltar l'accident, ressaltant o emfatitzant diferents aspectes d'aquest. En els seus relats parlen sobre el tipus d'accident i les seves causes, de qui estava implicat, de les responsabilitats, de quines van ser les conseqüències dels accidents, la gravetat de les lesions sofertes, i l'atenció mèdica rebuda.

Quan parlen sobre els accidents, que han patit ells o altres persones, els nens i nenes remarquen, primerament, qui (o quins) ha estat implicat en l'accident. Al preguntar-los directament si ells/es havien patit algun accident, molts dels/les entrevistats/des van respondre negativament. S'observa certa confusió i ambigüitat a l'hora de decidir, davant d'un

esdeveniment de desgràcia o de patiment, quan referir-se a aquest com un accident. De vegades, els/les nens/es fan un ús restrictiu del terme, expressant una associació dels accidents amb aquelles situacions que revesteixen certa gravetat. Aquí es pot veure alguns exemples del que els/les entrevistat/des consideren com a greu, i que inclou, principalment, que hi hagi sang, fractures, amputacions, que impliqui fer punts de sutura o que porti a la mort:

✓ molta sang	<i>"...es va fer molta sang aquí (es toca el braç)..., no deixava de sortir-li sang sense parar..." (E1).</i>
✓ punts de sutura	<i>"...un nen de l'altre classe...aquí (assenyala el cap) es va fer punts..." (E3)</i> <i>"El meu germà sí que es va fer mal de veritat i li van tenir que ficar punts...Es va fer una bretxa amb una baranda...Estava jugant en un aniversari al...al...fet i amagar, i va anar corrents a amagar-se i es va donar amb..., no?, perquè era de nit i no es va donar compte de que hi havia la baranda. El pare el va portar molt ràpid al hospital...Jo era petit, no me'n recordo molt bé..." (E29).</i>
✓ Fractures	<i>"...però que es va trencar el talón d'Aquiles o alguna cosa així..., perquè va saltar una cosa així, va caure el peu malament i se'l va trencar" (E5)</i> <i>"...va relliscar de la canasta i es va trencar el braç" (E16).</i>
✓ Amputacions	<i>"El tiet de la meva mare...li va passar un tren per sobre i es va...es va quedar sense cames" (E10).</i>
✓ la mort	<i>"Una noia, que era molt simpàtica amb mi, es va morir perquè...perquè va ficar el secador a l'aigua i es va morir" (E28).</i>

O, inclús de vegades, els nens i nenes fan un ús encara més restrictiu del terme, expressant una associació dels accidents amb només aquells esdeveniments que estan relacionats amb incidents de trànsit:

"Bueno, havia vist... a vegades veig cotxes amb els cristalls rotos...i jo ma penso que són d'accidents" (E21)

"A un veí meu...amb un accident de cotxe...No sé..., no sé com va passar, però se li va trencar una cama" (E9)

"Sí, un d'una noia que conduint es va adormir i van xocar..., i també un d'una...una..., bueno, una padrina meva que va xocar contra uns contenidors. No es va fer mal...l'únic que el cotxe..." (E23)

"Només la meva mare. Va tenir un accident amb el...amb el cotxe...Era quan era petita. Que anava amb el seu pare i la seva mare, que anaven amb cotxe, no sé, no sé que va passar. Em sembla que es van xocar amb un altre. El seu pare va morir...I la seva mare i ella no...Va estar a l'hospital" (E25).

Això succeïa encara que quan es preguntava al respecte se'ls insistia en el fet que els accidents podien ser de qualsevol cosa:

- *"De cotxe o de moto? De cotxe o així?" (E4)*

- *"De qualsevol cosa..." (entrevistador).*

Com a exemple d'aquesta confusió sobre què és el que s'ha d'entendre com un accident, en Pau i en Marcel (E5 i E29) van expressar quan se'ls va preguntar si havien tingut algun accident:

"Sí..., no, ...es que la meva mare no va tenir un accident accident, però que es va trencar el talón d'Aquiles o alguna cosa així..." (E5)

- *"De cotxe?" (E29)*

- *"De qualsevol cosa..."(entrevistador)*

- *"Què sigui molt greu? o poc greu?" (E29)*

- *"De qualsevol tipus..." (entrevistador)*

- *"De poc greu..., bueno..., lo de...lo de que em vaig fer aquí mal, al cap...El meu germà sí que es va fer mal de veritat i li van tenir que ficar punts..." (E29).*

Així mateix, alguns dels/les nens/es responien que no havien patit cap accident, encara que, en els seus relats de patiment, havien narrat experiències d'esdeveniments quotidians on havien sofert algun tipus de lesions.

És el cas del Gerard (E3), que contesta amb una negació quan se li pregunta si ha tingut algun accident, malgrat que havia relatat en les seves narracions sobre patiment un esdeveniment on va patir molt i li van haver de fer punts. En canvi explica com un nen de l'escola cau i li han de fer punts (*"L'altra dia, aquí al cole...un nen de l'altre classe...aquí es va fer punts...(assenyala sobre l'ull) es va donar contra el pal de la porteria..." (E3)*). Aquest és un exemple de com, en relació amb els accidents, a algun dels nens i nenes els era més difícil explicitar les seves pròpies experiències que narrar accidents soferts per altres persones.

D'aquesta manera, al parlar d'accidents, molts d'ells/es preferien narrar accidents succeïts a altra gent, tant d'éssers propers en la seva vida quotidiana, -familiars, amics, companys d'escola, veïns o mascotes-; com de persones més llunyanes, per exemple, aquells accidents que han vist al carrer o que algú els hi han explicat.

Els/les nens/es expliquen accidents on algun dels seus familiars han estat implicats, siguin els pares (*"Només la meva mare. Va tenir un accident amb el...amb el cotxe...Era quan era petita" (E25)*), els germans (*"...la meva germana. Va tenir un accident de moto..." (E4)*), els avis (*"El meu avi...que li va tocar un cotxe, ell estava passant el carrer i estava bé, i el cotxe venia com una moto i li va fer molt mal al braç" (E26)*), els oncles (*"Un tiet meu, fa poc, que anava amb la moto va caure i es va trencar la clavícula" (E12)*) o els cosins:

"La meva cosina...Es va trencar la cama. No me'n recordo com...Però...però...em sembla que estava a un columpi i es va caure i es va trencar una cama...o les dos..., no me'n recordo...fa molt de temps...ella ara té deu anys...és més gran que jo..., dos anys més...Jo en tinc vuit..." (E30).

També citen accidents on apareixen altres éssers propers en la seva vida quotidiana com amics (*"Bueno, un amic que es va...bueno, un amic que ara ja no està...i anava amb el cotxe amb el seu pare i va fer una frenada i una mica més es menja el cristal" (E13)*), companys d'escola (*"L'altra dia, aquí al cole...un nen de l'altre classe...aquí es va fer punts..." (E3)*), veïns (*"A un veí meu...amb un accident de cotxe..." (E9)*) o mascotes:

"El meu gos (...) Que l'altre dia va passar per sota un cotxe...que el cotxe li va arrastrar...Menos mal, que era un home que anava fluixet,

no?, si llega a ser un noi d'aquests que van super embalats...pues l'atropella i ja no n'hi ha gos. Però el meu pare com ho va veure...i quan vaig arribar a casa jo no sabia res...I l'altre dia es va quedar a dormir la M. a la meva casa i va i ens diuen: 'l'altre dia van atropellar al Jaki'. I jo: 'dónde está?' 'No, no...està bé...' lo que tenia per aquí...estava que...ell sempre..., el meu gos és molt tontillo, ...és molt juganer i quan el van atropellar estava tot el dia en el sofà.....i el van posar una vacuna i estava tot el dia corrent, des d'aquell dia que li van posar la vacuna" (E6).

Finalment, els nens i nenes, en les seves narratives, també parlen d'accidents que han vist al carrer ("*...vaig veure una persona que es va fer molta sang aquí" (E1)*) o aquells que han sentit relatar a altres persones ("*...a vegades els meus pares parlen d'accidents...així, de gent que ha tingut un accident..." (E23)*).

Alguns dels/les entrevistats/des sí que van contestar afirmativament a la pregunta de si havien tingut alguna vegada un accident. Van explicar les seves pròpies experiències, sobretot, aquells que havien patit accidents greus, amb seqüeles o esdeveniments que els va provocar un gran patiment o una lenta recuperació. En els seus relats expliquen quina classe d'accident va ser, les seves causes, i descriuen com es va ocasionar, i el moment o situació en què va succeir. Seguidament es pot veure una sèrie d'exemples d'aquestes narratives:

<p>✓ traumatismes</p>	<p><i>"Em vaig trencar...em vaig...em vaig trencar el cubito i el radi. Quan jo era una mica més petita, cinc o sis anys, anava molt amb patins i els meus germans..., Bueno, el meu germà i els amics dels meus germans es van tirar per una rampa i jo vaig fer el..., "mira mama com vaig per la rampa". Vaig tirar-me per la rampa i em vaig caure i...m'ho vaig fer..." (E24)</i></p> <p><i>"Quan em vaig trencar el braç....Em vaig penjar d'una canasta i llavors el meu amic es va posar..., un amic meu que es diu D. es va posar baix meu i llavors estava...umm..., perquè ell no sabia que jo estava en allà, i llavors com jo estava penjat, com no em podia aguantar més, em vaig columpiar i em vaig picar amb el braç" (E17).</i></p>
<p>✓ seqüeles</p>	<p><i>"Sí. Quan anava a P4., que vaig caure. Em vaig fer una herida aixís de grossa...a la cama (mostrar la grandària de la ferida amb la ma). Estava en una pedra, saltava i vaig caure" (E20)</i></p> <p><i>"Algun... un accident? Amb una bici? Amb una bici, sí..., em vaig caure de boca i em vaig fer mal a les dents..., em va sortir sang. Se'm van trencar les dents..., les dents que ja eren dures...no eren les de llet" (E19).</i></p>
<p>✓ lenta recuperació</p>	<p><i>"Un accident?... Ah sí..., aquí a l'escola... Estàvem a educació física saltant unes valles... i em vaig caure i em vaig fer sang a sota els genolls...Vaig trigar dos mesos a recuperar-me" (E27).</i></p>
<p>✓ gran patiment</p>	<p><i>"Un dia que em vaig caure i, bueno..., em vaig caure al gimnàs...d'aquí al pati... i vaig plorar perquè em feia molt de mal...Estava jugant a futbol i em vaig caure amb la pilota... em vaig caure amb la pilota i llavors vaig fer com un malabarisme...em vaig caure i vaig caure malament i em vaig fer un pliege" (E22).</i></p>

Els/les nens/es solen diferenciar els accidents relacionats amb el trànsit d'aquells deguts a altres causes. Com es pot observar en les següents cites, quan parlen d'accidents de trànsit, els/les entrevistats/des fan referència principalment a col·lisions amb cotxes, caigudes amb moto o atropellaments a vianants:

✓ col·lisions amb cotxes	<p>"A un veí meu...amb un accident de cotxe...No sé..., no sé com va passar, però se li va trencar una cama" (E9)</p> <p>"Bueno, un amic que es va...bueno, un amic que ara ja no està...i anava amb el cotxe amb el seu pare i va fer una frenada i una mica més es menja el cristal" (E13)</p> <p>"Sí, un d'una noia que conduint es va adormir i van xocar..., i també un d'una...una..., bueno, una padrina meva que va xocar contra uns contenidors. No es va fer mal...l'únic que el cotxe..." (E23)</p> <p>"Que anava amb el seu pare i la seva mare, que anaven amb cotxe, no sé, no sé que va passar. Em sembla que es van xocar amb un altre" (E25).</p>
✓ caigudes o col·lisions amb motos	<p>"Sí, la meva germana. Va tenir un accident de moto. Anava darrera del cotxe del novio i quan va frenar pues va caure de la moto...Es va fer mal a la cama, ...em sembla" (E4)</p> <p>"Un tiet meu, fa poc, que anava amb la moto va caure i es va trencar la clavícula" (E12).</p>
✓ atropellaments de vianants	<p>"Un niño que conozco.. Un taxi con la rueda del coche le dio en la rodilla, se cayó al suelo y con el retrovisor le dio aquí (s'assenyala el clatell) y se cayó..."(E11)</p> <p>"...a l'E. el van atropellar...Sí, abans d'ahir, lo que va passar per sobre el cotxe i va ...es va quedar...en teoria es va aixecar perquè ningú es doni compte..." (E6)</p> <p>"El meu avi...que li va tocar un cotxe, ell estava passant el carrer i estava bé, i el cotxe venia com una moto i li va fer molt mal al braç" (E26).</p>

En algunes d'aquestes narratives sobre accidents, els nens i nenes descriuen com a causa d'aquests tota una sèrie d'actituds vistes com a imprudents i considerades de risc, apuntant la importància de la responsabilitat de la persona, que els podia haver evitat. Així, per exemple, la Laia (E8) apunta que la causa de l'accident va ser el conduir massa de pressa ("*...un accident de cotxe...Eh...no sé...qui conduïa anava massa de pressa i es va donar contra un altre cotxe*" (E8)) i la Natàlia (E6) explica com el seu amic ha estat atropellat per un cotxe per no haver mirat abans de passar:

"...a l'E. el van atropellar...Sí, abans d'ahir, lo que va passar per sobre el cotxe i va ...es va quedar...en teoria es va aixecar perquè ningú es doni compte, i una...la dona del cotxe va baixar i va alçar així la mà (aixeca la mà com si tingués intenció de fer una bufetada) i li va dir: '¿tú eres tonto? ¿por qué no miras antes de pasar?', i, és clar, ...es que estaven els cotxes i ell va passar. Jo no sé perquè aparquen els cotxes, perquè és molt perillós" (E6).

Altres tipus d'accidents que els/les nens/es mencionen en les seves narratives, són aquells que tenen lloc al seu entorn quotidià. Citen accidents com caure o fer-se mal quan caminen pel carrer o mentre estan jugant al col·legi ("*...em vaig caure al gimnàs...d'aquí al pati... i vaig plorar perquè em feia molt de mal...Estava jugant a futbol i em vaig caure amb la pilota...*" (E22)) o al parc ("*...em sembla que estava a un columpi i es va caure i es va trencar una cama...*" (E30)).

Aquest tipus d'accident, que associen més a l'infortuni, a la mala sort o el mal càlcul dels riscos, solen ser diferenciats pels/les nens/es d'aquells altres causats per la imprudència o la falta de responsabilitat, com pel fet de fer servir utensilis afilats o d'enfilar-se a llocs alts. Són accidents que es tracten de prevenir en els nens i que estan presents en alguns dels advertiments comuns dels adults per a evitar accidents entre els nens:

"Un dia quan era...quan...anava a P-4 vaig veure una persona que es va fer molta sang aquí (es toca el braç)..., no deixava de sortir-li sang sense parar...Crec que s'ho va fer...doncs amb un ganivet..." (E1).

Finalment, el nens i nenes expliquen quines van ser les conseqüències dels accidents: les lesions o traumatismes –ferides o fractures- que van provocar, de les parts del cos que van ser afectades, de la gravetat de les lesions sofertes, de l'atenció mèdica rebuda i del nivell de dolor o patiment que va ocasionar.

Aquests/es descriuen en les seves narratives un gradient de més o menys gravetat en funció de les conseqüències que els accidents comporten. Possibles marges poden ser si s'ha fet una ferida que s'hagi de fer punts, si s'ha d'enguixar perquè s'ha trencat algun os, si s'ha perdut molta sang, si és necessari anar a l'hospital, o el nivell de dolor que va causar.

"De poc greu..., bueno..., lo de...lo de que em vaig fer aquí mal, al cap...El meu germà sí que es va fer mal de veritat i li van tenir que ficar punts...Es va fer una breixa amb una baranda...Estava jugant en un aniversari al...al....fet i amagar, i va anar corrents a amagar-se i es va donar amb..., no?, perquè era de nit i no es va donar compte de que hi havia la baranda. El pare el va portar molt ràpid al hospital...Jo era petit, no me'n recordo molt bé..." (E29).

VII. 1. 4. Els consells al voltant de la salut

Segons els nens i nenes entrevistats/des, és tant mitjançant els consells, advertiments i recomanacions rebuts del món adult, com a través de les pràctiques i activitats quotidianes que realitzen -i que estan principalment sota supervisió de la família o l'escola- que adquireixen els coneixements en relació al que és saludable o perjudicial per a la seva salut.

No sempre els/les nens/es guarden un record clar d'on prové el coneixement sobre salut que han rebut o de vegades obliden qui els ha proporcionat la informació de la qual disposen (*"I algú, no me'n recordo qui.., però...que fer exercici"* (E28)). Encara així, són nombrosos els consells i recomanacions sobre salut que aquests/es recorden i citen en les seves narracions, sobretot en el cas de les nenes.

"Per exemple, un policia que es diu L. que a vegades, doncs, ve al cole, no?, que ens diu coses. Ens avisa de coses del trànsit, de les nits si vas a la muntanya o així..., que has de fer..., et diu advertències. I els meus pares em diuen que perquè estiguis sana: 'no trepitgis bassals que t' encostiparàs', per exemple també, 'no et fiquis davant d' aquell lloc que ara hi haurà pols o t' embrutaràs', així no?... , diuen consells del món dels grans" (E23).

Els consells per a portar una vida saludable que els nens i les nenes més anomenen són els que provenen de la seva família, seguits per aquells que han rebut a l'escola (*"En el cole ...i a casa també: menjar de tot...i ...rentar-me les dents"* (E1), *"A l'escola i a casa...que em diuen que vagi a dormir d'hora també"* (E3)). Dins d'aquests últims, parlen tant dels consells donats pels mestres com dels temes en relació a la salut que han treballat a classe:

"Bueno...crec que sí, però era quan érem més petitets, a l'escola que ens deien que tenim que...les coses sanes...era com un treball en què teníem que posar les coses poc sanes i les coses dolentes...Una cosa així, no me'n recordo molt..., però me'n recordo que la llet estava en una i crec que el formatge també" (E5).

Alguns dels menors participants (sobretot les nenes) també fan esment d'advertiments sobre salut escoltats a la televisió, encara que els consells rebuts des dels mitjans de comunicació no

són considerats per aquests/es tan fiables com els rebuts dels pares o de l'escola ("*També he escoltat un altre consell...per la tele, però no sé si és veritat o mentida*" (E24)). A vegades, aquesta informació rebuda des de la televisió prové de programes d'informació general, com els informatius:

"...al telenotícies també el donen..., un dia el van donar, de que si veus una persona que et dóna alguna cosa, un caramel o un tatuatge, i no el coneixes...que no...que no l' acceptis. Sí, en el telenotícies...també...també et diuen..., pues, que has de portar el cinturó posat..., i també altres advertències..." (E23)

"Sí, a vegades a les notícies...que anem molt al metge, cada any..., no sé..." (E7).

Altres, els consells des d'aquest medi els hi arriben mitjançant programes especialitzats en salut:

"Sí...Per exemple a la tele...en moltes d'això...que truca gent i diu no sé què, 'què puc fer per al meu fill...?' i diuen 'posa-li aquesta pomada...o aquestes coses'. I alguna gent s'ho apunta per si passa no tenir que trucar a aquests llocs" (E12).

Els temes citats en aquests tipus de programa que més recorden els nens i nenes són aquells relacionats amb l'alimentació:

"Sí, hi ha un programa que és per..., 'Saber viuir', o una cosa així, que és per...per a aprendre a menjar coses, a menjar de tot, a fer plats sans però a la vegada que siguin per a tothom, que pels diabètics, que..." (E4)

"Sí a la televisió molts, per exemple que, la dieta de...per exemple, les verdures que són molt bones per a la salut i també per..., o sea..., no engordar tant, i també et dona si menges això, eh, la grassa, o una cosa així, eh, que et sentarà malament a llavors" (E5)

"Sí, no sucuar el pa amb les coses, perquè diu que engreixa. I no me'n recordo...És que veig aquell programa que diuen del menjar..., que de vegades diuen el que és bo i el que és dolent per a menjar" (E28).

Finalment, un altre grup de consells per a portar una vida sana rebuts des de la televisió són aquells escoltats des de la publicitat, a través dels anuncis:

"Hi ha un anunci per la tele que és...que surt una llet que diuen que és molt sana per a la salut. És més sana perquè té mel i...no sé que..., lo que es mengen els xinesos...umm...umm...jalea real.." (E24)

"Sí. Pues hi ha un anunci..., no?...Pues que ...pues que beu aigua..., que hi ha una senyora que està embarassada i que diu...va a la nevera, agafa una ampolla d'aigua i la beu i li diu al fillet: 'beu aigua'...no sé què..." (E30).

A diferència dels consells i recomanacions sobre salut procedents de la família i l'escola, i d'alguns advertiments escoltats a la televisió són pocs els nens o les nenes que esmenten en els seus relats consells respecte a aquest tema donats pels membres del seu grup d'iguals:

"El meu pare i la meua mare em diuen que tinc que menjar peix..., perquè el peix no m'agrada, però me'l menjo. Hi ha una nena que és diu N., bueno, que és d'un altre any, però que m'ha donat a mi..., que no li agraden els guisants. Li vaig dir: 'si no menges guisants no tindràs una vida sana' i ella em va dir 'lo mateix et dic a tu amb el peix'" (E24).

Pel que fa a les qüestions més anomenades quan se'ls pregunta pels consells que se'ls ha donat per a portar una vida sana (sigui des de la família o des de l'escola), la major part de les narratives fan referència a hàbits alimentaris i d'higiene. Els principals consells solen estar dirigits, així, cap a l'alimentació, seguit per aspectes relacionats amb la higiene i, posteriorment, per les recomanacions que incideixen en la importància de fer exercici i no seguir hàbits sedentaris.

Menjar bé (*"Menjar bé..., que he de menjar molta verdura, molta pastanaga i molta fruita..."* (E7)) o **menjar de tot**, són consell recordats per a la majoria dels nens i nenes, incidint en la importància de porta una dieta sana i equilibrada:

"Bueno sí..., a classe, que si volem portar una vida sana, que mengem lo que tenim que menjar: peix, de tot...i verdura ...Però a mi la verdura no m'agrada i com me la posin al plat vomito...i si es pot no menjar no m'ho menjo" (E6)

"...que mengi lo que n'hi ha perquè tens que menjar de tot i això" (E12)

"Al menjador del cole, que em diuen que mengi, que mengi molt, que m'ho acabi tot perquè serà sa per a mi" (E18)

"Umm..., no menjar sempre el mateix..., menjar una mica variat...Els meus pares diuen que no s'ha de barrejar menjars que no queden bé..." (E27).

A la vegada, en molts d'aquests advertiments, es remarca la necessitat de prendre vitamines (*"Sí...prendre vitamines..., perquè les vitamines em fan créixer...La fruita..., per exemple, la fruita té vitamines..." (E15)*) i la importància del consum de certs aliments considerats imprescindibles en la seva dieta (com per exemple la llet, la fruita, la verdura o el peix):

"...que prengui bastanta llet, per exemple" (E12)

"Pos la llet..., perquè la llet és molt nutritiva per a la salut (E15)

"...pues menjar molta fruita" (E19)

"El meu pare i la meva mare em diuen que tinc que menjar peix..., perquè el peix no m'agrada, però me'l menjo..."(E24).

Segons narren sobretot les nenes, els pares insisteixen en els seus consells en el fet que no és sa menjar dolços, pastissos o llaminadures (*"Sí, quan me diu la mare: 'M., vale, està bé que mengis algunes guarreries, però que no te passis tota l'estona menjant, perquè a més te poses malalta després..." (E4)*) ni beure begudes dolces (*"...que algunes begudes que no la..., o sea, que són dolentes que no beguis molt" (E5)*). Dos aspectes més que són citats en les recomanacions relacionades amb l'alimentació són la importància de beure aigua i el fet de fer la digestió.

Un altre grup de consells i advertiments que reben els nens i nenes, i dels quals parlen en les entrevistes, són tots aquells que fan referència a la higiene del cos. S'emfatitza que vagin nets, que no s'embrutin i que es rentin (*"em diuen que em renti la cara...les lleganyes, les mans...per a estar neta..." (E30)*). Sobretot, és important que els/les nens/es es rentin i portin netes les mans (*"...i rentar-me les mans...rentar-me les mans abans de dinar" (E27)*) o les dents:

"El pares...que em renti les dents, eh..., i que, i que els faci cas perquè com a vegades no me'ls rento..." (E16)

"que tinc que....respallar-me més les dents" (E30)

"Quan ve la dentista aquí al cole ens diu que ens rentem bé les dents i tot això..." (E22)

"Sí. Una vegada...a l'escola..., a primer crec que era, va vindre una dentista i ens va dir que ens teniem que netejar les dents cada dia" (E24).

En relació a la cura del cos, altres recomanacions que sovint són recordades pels nens i nenes fan referència a la necessitat de fer esport. La importància de fer exercici (*"Fer esport...exercici: anar a piscina ..."*(E14)) o moure's (*"que em mogui més i que no mengi més..."*(E25)) és quelcom que es tracta de transmetre als nens i nenes, tant des de la família com des de l'escola. Els nens i nenes més grans (de 4rt, 5è i 6è de primària) també apunten en les seves narratives consells sobre bons hàbits de descans, com el dormir el temps necessari (*"anar a dormir d'hora"*(E3), *"dormir les hores suficients"*(E7)); i els més petits/es (de 1er, 2on i 3er de primària) citen advertiments sobre la cura del cos com del fet de no passar fred, no mullar-se (*"no trepitgis bassals que t' encostiparàs"*(E23)) o no tirar-se a terra:

"Els meus pares em diuen que no em tinc que tirar per terra, perquè sinó em faré mal a, a les cames o al cap o a qualsevol...Jo li dono consells als meus amics. A un amic meu, que es diu C. i es tira molt al... al terra, li dic que no es tiri, perquè sinó de gran li tindran que operar dels genolls" (E19).

En les narratives dels nens i nenes més petits també es parla d'aquells consells que tracten d'evitar accidents, siguin domèstics (*"Que mai fiqui els dits a lo de l'endoll. Que quan ...quan tingui que enxufar alguna cosa els ho digui a la mare...i que mai toqui el foc" (E29)*) o de trànsit (*"també et diuen..., pues, que has de portar el cinturó posat..." (E23)*); i de la necessitat d'anar al metge quan es troben malament.

Entre alguns dels advertiments sobre salut que els arriben tant dels pares com dels mestres, hi ha la idea de que és sa que els nens juguin i es diverteixin (*"...i hauria de jugar al pati" (E13)*). A l'igual que l'esbargir-se i gaudir, en aquests consells anomenats pels nens, desenvolupar la ment també és important. Així, estudiar, llegir (*"Llegir molt...perquè així ma faig pràctica de llegir...que va molt bé pel cerebrito..." (E21)*),

escriure, dibuixar o fer música són també citats pels nens com a consells rebuts dels adults com activitats que poden ser beneficioses per a la seva salut.

Entre els nens i nenes més grans, de 5è i 6è curs, també s'apunta al fet d'haver escoltat consells al voltant d'hàbits perjudicials i poc saludables com fumar (*"Que quan sigui gran no fumi..." (E18)*) o, de manera més minoritària, consumir drogues (*"Si algun estrany em dona alguna cosa, una pastilla o així, que la torni, que no l'accepti" (E5)*). La major part de les vegades aquests advertiments van dirigits més cap a una situació futura, quan el nen sigui més gran, que cap al present.

Finalment, un altre conjunt de consells per a portar una vida sana que arriben als nens i nenes són aquells que tenen relació amb comportaments cívics, com fer cas dels pares i dels mestres, comportar-se correctament (*"Sí, a casa...eh, umm..., que no faci entremaliadures...i que em porti bé" (E17)*), no cridar o insultar (*"...que no cridi, que a vegades no insulti, perquè jo també a vegades li dic de tot i...coses d'aquestes" (E18)*) o el fet de poder ajudar altres persones:

"La meva mare m'ha dit que si vull ser...si vull ajudar a la gent està molt bé i és sa, perquè així podria...així podria millorar les coses, perquè així la gent veu com l'ajudes..."(E26).

VI. 1. 5. La cura de la salut: entorn i responsabilitats

Com es veurà seguidament, encara que els nens i nenes senten que la família, els metges i els mestres els han de protegir o donar suport a l'hora de tenir cura de la seva salut, no sempre tenen clar que la responsabilitat en salut recaigui en aquests i no en ells, on, sobretot els més grans, exposen que prendre responsabilitat de la seva pròpia salut és quelcom important. Així, hi ha un sentit de responsabilitat per part del nen a l'hora de mantenir el seu cos sa i un sentiment de culpabilitat pel fet de no estar sa o emmalaltir.

Segons Mitchell (2006), en la percepció que els nens tenen sobre el paper que han de tenir en la seva salut, les nocions d'autocura i responsabilitat individualitzada ocupen una posició central:

“Listening to their mothers and teachers chastize them for eating the “wrong” things, for getting dirty, for not resting, for wandering too far from the house or otherwise misbehaving, kids internalize the idea that illness and injury result from their own behaviour and disobedience. By reproducing this neoliberal public Health message of individual responsibility, children acknowledge their lowly place in the adult-child hierarchy, while, at the same time and at some level, demonstrating that they are “good” children. They have learned the neoliberal lesson of self-regulation well” (Mitchell, 2006: 365-366).

Com assenyalen Petersen i Lupton (2000), és a partir dels discursos i pràctiques al voltant de la salut, que les institucions han construït tota una sèrie de judicis morals al voltant de l'autoregulació i autocontrol dels individus, dels seus cossos i la seva salut com a deure. Aquestes estratègies per a preservar i millorar la pròpia salut dels individus adquireixen un paper essencial, on s'espera que les persones tinguin la responsabilitat de la seva salut i del seu cos, i on les institucions i els experts participen promovent i aconsellant accions saludables (Lupton, 1995; Petersen & Lupton, 2000). La visió de la salut com a quelcom sobre la qual s'ha d'actuar porta, així, a una comprensió d'aquesta com a responsabilitat individual que conforma la manera en què les persones s'experimenten a ells mateixos, als seus cossos, a la seva salut (Lupton, 1995).

Els missatges i discursos al voltant de la salut sobre que han de fer o deixar de fer, envolten les

vides dels nens i les nenes, sentint sovint que el fet d'estar o no sa depèn d'ells/es, i fent-los pensar que patir un accident o emmalaltir és una conseqüència dels seus actes, i de no haver seguit els consells, advertiments i recomanacions sobre hàbits o conductes saludables proporcionats per la família, l'escola o els metges.

Així, hi ha una sèrie d'expectatives socials del que s'espera que facin els nens per estar sans (que pot variar segons l'edat, el sexe o el context), que porta al nen a reconèixer la seva pròpia responsabilitat en el manteniment de la seva salut i que configura la seva pròpia experiència personal.

Al mateix temps, els/les nens/es confien a viure en un entorn sa, net i segur, on els adults que els envolten, principalment la família, els ajuden a tenir una vida sana i els proporcionen un ambient net i segur. En les seves narratives els/les entrevistats/des assenyalen que és sobretot a la seva llar, a casa, on s'ha de tenir cura de la seva salut.

"...és a casa...perquè em fan menjar lo que és bo per a la salut" (E18)

"Umm...a casa. Perquè no em donen ni massa xocolata, emmm...ni massa verdures. Coses així...Sempre em donen de tot" (E17)

"A casa...doncs vigilant les coses que poden ser perjudicials" (E9)

"I a casa perquè estan el meu pare i la meva mare, que m'ajuden, ...i el meu germà...Pues si faig alguna cosa que em puc fer mal, em...em diuen que...jo no els toqui, per exemple, ...els endolls" (E29).

Citen la família com a principal responsable del fet que ells estiguin sans (*"Els meus pares...també la família, ...els avis. Perquè ells són els que tenen el meu llibret del metge...i em cuiden...i tot..." (E3)*), sobretot als pares (*"Dels pares...Perquè ells m'han cuidat i em cuiden sempre" (E9)*, *"El meu pare i la meva mare...perquè ells m'han de cuidar" (E20)*), i on la mare té, quasi sempre, el paper més important a l'hora de procurar aquesta atenció:

"La mama (...) Doncs perquè ella em cuida molt" (E1)

"De la mare. Perquè ella sempre està al costat meu i...és la que em cuida més ella" (E13)

"De la mama que és la que cuida la meva salut i està amb mi i em dona medicaments..." (E14).

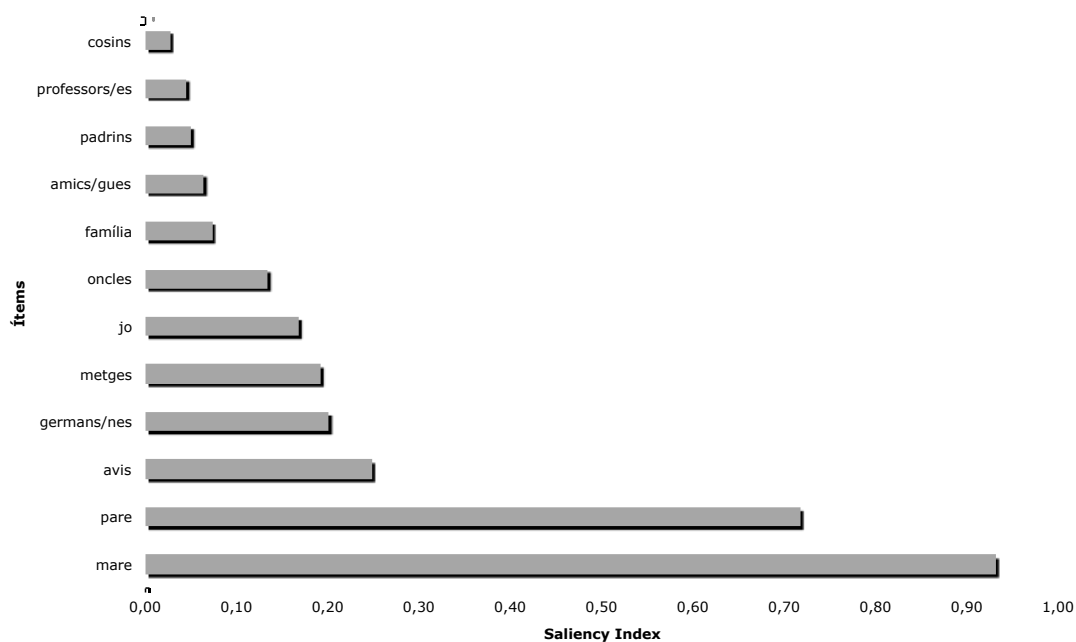
Aixó es pot observar també als llistats lliures -mostrats per freqüències, ordre de menció i índex d'importància (veure *taula 16* i *figures 17 i 18*, a sota) i segons edat i sexe (veure *taules 25 i 26* i *figures 27 i 28* a l'annex)-, on els/les nens/es, quan parlen sobre les persones que consideren que tenen cura de la seva salut, esmenten primer de tot als pares -sobretot a la mare-, encara que altres membres de la família, com avis, germans o oncles també poden participar en la responsabilitat d'aquesta cura, sobretot si aquests conviuen amb els/les nen/es o si es fan càrrec d'ells/es quan els pares treballen.

TAULA 16. DISTRIBUCIÓ DE LES FREQUÈNCIES, ORDRE DE MENCIO I ÍNDEX DE LA IMPORTÀNCIA O PES CULTURAL DELS LLISTATS LLIURES SOBRE LES PERSONES QUE ELS/LES NENS/ES CONSIDEREN QUE TENEN CURA DE LA SEVA SALUT

Ordre	Ítem	Freqüència (%)	Ordre de menció	Importància cultural
1	mare	100,0	1,30	0,931
2	pare	100,0	2,30	0,717
3	avis	53,3	3,63	0,248
4	germans/nes	36,7	3,45	0,201
5	metges	33,3	3,00	0,192
6	oncles	33,3	4,10	0,134
7	jo	26,7	2,75	0,168
8	amics/gues	23,3	5,29	0,064
9	professors/es	20,0	5,00	0,045
10	família	16,7	4,20	0,073
11	padrins	10,0	3,33	0,050
12	cosins	10,0	5,33	0,027

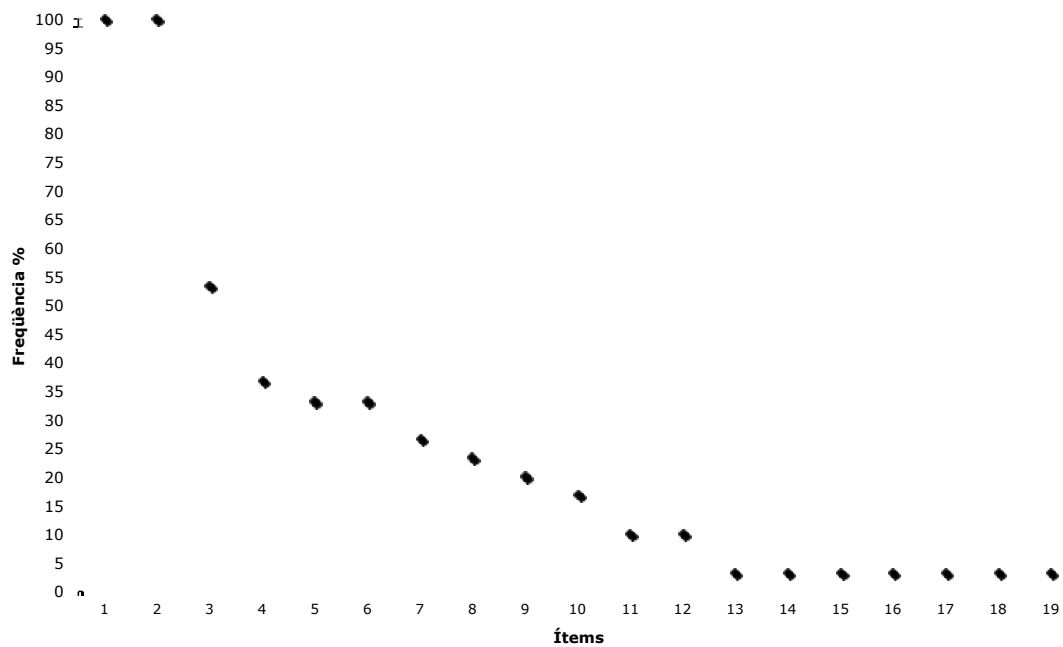
Nota: Resultat del total dels llistats lliures realitzats (n=30). S'inclouen els noms dels ítems citats almenys dues vegades.

FIGURA 17. ÍNDEX DE LA IMPORTÀNCIA O PES CULTURAL DELS LLISTATS LLIURES SOBRE LES PERSONES QUE ELS/LES NENS/ES CONSIDEREN QUE TENEN CURA DE LA SEVA SALUT



Nota: Resultat del total dels llistats lliures realitzats (n=30). S'inclouen els noms dels ítems citats almenys dues vegades.

FIGURA 18. "SCREE PLOT" DE LES FREQUÈNCIES DELS LLISTATS LLIURES SOBRE LES PERSONES QUE ELS/LES NENS/ES CONSIDEREN QUE TENEN CURA DE LA SEVA SALUT



Ordre	Ítem	Ordre	Ítem
1	mare	7	jo
2	pare	8	amics/gues
3	avis	9	professors/es
4	germans/nes	10	família
5	metges	11	padrins
6	oncles	12	cosins

Nota: Resultat del total dels llistats lliures realitzats (n=30). S'inclouen els noms dels ítems citats almenys dues vegades.

En les narratives, quan els nens i nenes parlen de perquè els pares són els qui principalment han de tenir cura de la seva salut, aquest apel·len moltes vegades a la responsabilitat intrínseca que els pares tenen envers els seus fills:

"Dels pares...perquè són els que viuen amb tu, són els que s'han posat junts per a tindre fills i t'han tingut a tu i crec que és una responsabilitat i és bonic de tindre aquesta responsabilitat" (E12)

"De la meua mare i el meu pare (...) Perquè són els que em van portar aquí, llavors són les persones que m'han de cuidar a mi" (E16)

"De la mare i el pare...La meua mare i el meu pare perquè jo sóc el seu fill" (E21).

D'altres vegades també manifesten que aquesta responsabilitat ve donada per la diferència d'edat que existeix entre ells/es, com a nens, i els seus pares, com adults:

"Dels pares perquè és els que...els que viuen amb mi i...i els que es tenen que fer cura de mi perquè jo encara sóc més...una mica petita per a fer-me jo càrrec de mantenir-me sana" (E18)

"Dels meus pares...Perquè són mes grans, tenen...la meua mare té 45 anys i el meu pare té...46 anys, és més gran el meu pare que la meua mare..." (E30).

És sobretot en el cas dels/les nens/es més grans (de 4rt, 5è i 6è curs), que aquests/es majoritàriament assenyalen la seva pròpia responsabilitat a l'hora de mantenir-se sans, expressant que han de ser principalment ells mateixos els que han de tenir cura de la seva salut:

"Meva..., perquè jo tinc que ser responsable del que jo faci. Pues jo faig de...de no llençar-me al terra, no fer-me mal, menjar prou bé,...ni massa ni poc, perquè sinó massa gras i sinó no tinc ni vitamines..." (E29)

"La responsabilitat és meua...perquè jo sóc la que porto els meus ossos" (E28)

"Jo mateix. Perquè no vindrà la meua tieta de...per exemple, de C. a...a donar-me a mi, pues...a sanar-me a mi. I..." (E6).

Tanmateix, consideren que les persones adultes amb les que conviuen (sobretot la família, però a vegades també els metges i l'escola), han de compartir amb ells/es aquesta responsabilitat:

"Jo tinc la responsabilitat i els meus pares...Perquè jo m'he de cuidar i ells també m'han de cuidar perquè són els meus pares" (E8)

"Jo he de tenir cura...perquè si no em mantinc sa em moriré...Umm...I de la meva mare...perquè, perquè la meva mare té cura de mi" (E17)

"Meva...Lo que em fa mantenir sa és fer l'exercici. També de la professora de gimnàstica...dels meus professors..., dels meus pares...dels meus avis, dels meus tiets..." (E19)

"Pues jo em tinc de mantenir sana..., i els metges, quan a vegades tens alguna cosa greu que jo no puc..." (E26).

Els nens i nenes remarquen que aquests adults col·laboren en l'atenció de la seva salut, ajudant-los, atenent-los (*"Meva...i a vegades de la meva madrina, perquè ella és la que sempre està a la casa...i si algunes vegades jo no vinc al col·legi, ella sempre està amb mi" (E15)*) o vigilant -los:

"Jo mateixa he de tenir cura...Dels doctors..., bueno, els metges..., ja sé sap, ben bé perquè vigilen que estiguis allà, sana...De la meva mare de vegades, perquè em cuida que estigui també bé..., que si ha de trucar a algú perquè et vingui a visitar..., truca, o al meu pare...Els meus pares si han de trucar algú, truquen..., cuiden que estigui bé, vigilen de posar-me el termòmetre..." (E23).

Una altra manera en la que participen en aquesta cura és supervisant que els/les nens/es portin uns hàbits saludables (*"De...mon pare, de ma mare..., eh...aquí a l'escola de les cuineres... umm... i no sé qui més. Perquè... perquè ells et miren que mengem bé, que mengem les coses que ens vagin bé, que no mengem moltes... lllaminadures i... tot això" (E22)*) o donant a aquests/es consells per portar una vida sana (*"Pues en principi és nostra...i després, pues la gent ens ajuda. Per exemple, els meus pares diuen que això no perquè..., o sea, no molt..., per exemple, la xocolata crec que no és dolent una mica, però si menges molt sí" (E5)*).

En les narratives dels nens i les nenes més grans (de 4rt, 5è i 6è curs), sobretot en les d'aquestes últimes, a més de la família i l'escola, esmenten els metges com a responsables de la seva salut, precisant que aquesta és una co-responsabilitat que tenen juntament amb la família. Així, indiquen que els metges, a l'igual que els seus familiars i mestres, han de participar tant a tenir cura de la seva salut quan es troben malats, com a procurar que ells estiguin sans:

"Els meus pares, la meva tieta..., la meva família, els metges i les senyorettes. Els meus pares perquè em cuiden, perquè sóc la seva filla i perquè em tenen que portar al metge. La meva tieta perquè també es preocupa molt per la meva salut, sempre que estic malalta... La meva família lo mateix. I el meu germà també es preocupa molt quan em poso malalta. I els metges perquè em curen...i em fan medicines" (E24).

Però, els/les nens/es ressalten més la responsabilitat dels metges a l'hora de tenir cura d'ells/es quan estan malats, mentre que incideixen més en la responsabilitat de la família i l'escola quan es tracta de vetllar per la seva salut quan estan sans:

"Els meus pares..., el metge quan estic malalt..., i si vaig a casa de la meva àvia, la meva àvia. Els meus pares perquè sóc el seu fill. El metge per si vas perquè tens alguna cosa i necessites un remei...I a casa de la meva àvia pues per si menjo algo" (E27).

En el cas del paper dels metges i de la seva responsabilitat en la cura de la seva salut, aquests són menys citats que la família i que els mateixos nens, i són sobretot esmentats entre els més grans, apareixent més en les narratives de les nenes que en la dels nens. Encara i així, els metges són els experts més apuntats, en contrast amb als mestres d'escola que són anomenats de manera més minoritària, i entre els més petits, com a responsables en aquesta cura. A continuació es mostra, a mode d'exemple, una sèrie de narratives on es citen les institucions mèdiques, consultes de metges i hospitals, com els llocs on es té cura de la salut dels nens:

"Al metge...a hospital o així...perquè et curen. Perquè si tens una malaltia o algu, té la poden curar...te la poden..., bueno, te la poden treure o curar...o així" (E23)

"Als hospitals...Als hospitals perquè allà curen, operen..." (E25).

"No sé...On tenen cura de la meva salut? Doncs al metge. Per què és un metge, el metge té que revisar, posar-te les vacunes...no sé...si tens alguna malaltia te la cura, bueno, no ta la cura, però et dona alguna cosa per a que te la curi. I són els metges especialment" (E6)

"En el metge (...) Perquè els metges són bons i et curen..." (E15)

"A l'hospital...i a l'ambulatori. A l'hospital perquè si estic malament, per exemple del cor o d'alguna enfermetat, m'operen i... em fan radiografies per a veure si tinc res. I a l'ambulatori perquè si tinc un constipat em fan obrir la boca i em veuen si tinc pus o si no tinc pus" (E24)

"A l'hospital perquè si tens algo t'ho diuen i, llavorens, has de prendre alguna medicina...lo de prendre medicines a casa" (E27).

VII. 2. Les pràctiques autoreconegudes al voltant del cos i la salut

VII. 2. 1. La salut: hàbits i comportaments autoreconeguts

Segons Sachs (1995), les diferents formes en què les persones perceben i experimenten la salut com una realitat objectiva donada per descomptat és un reflex de com els discursos han estat interpretats i interioritzats per aquests individus en les seves vides quotidianes (Sachs, 1995). A través d'aquestes interpretacions i les pràctiques al voltant de la salut, una sèrie de principis externs arriben a ser internalitzats i naturalitzats pels individus com a quelcom privat i sota la seva pròpia responsabilitat, no per imposició, sinó mitjançant els hàbits de les persones en les seves vides diàries (Lupton, 1995; Petersen & Lupton, 2000).

S'observa com els discursos al voltant de la salut, i que remarquen la responsabilitat del nen -i també de la família-, arriben a interioritzar-se mitjançant l'aprenentatge d'una sèrie de pràctiques, que finalment esdevenen rutines o hàbits diaris i on el nen es distancia de la reflexió i no es qüestiona el fet de per què es fan aquestes tasques o com les ha de portar a terme. Com apunta Berger i Luckmann (1988) la realitat de la vida quotidiana es fonamenta en el sentit comú, en el coneixement donat per descomptat que comparteixo amb d'altres en les rutines de la vida. Aquest món dotat de sentit és, per tant, una realitat que s'experimenta com a social, com a un espai intersubjectiu de significats que són compartits (Schütz, 1974).

Així, els/les nens/es entrevistats/des assenyalen que el coneixement en relació al que és saludable o perjudicial per a la seva salut els arriba tant mitjançant els discursos dels adults com a través de les pràctiques i activitats quotidianes que realitzen:

"Home, i a casa no m'han donat cap consell però sé que... que em donen les coses bé, sanes, perquè... perquè faci coses sanes...i això és com si m'ho diguessin..." (E22).

En les narratives també s'observa que existeix una tensió entre els principis exteriors acceptats per aquests d'allò que pot repercutir en el seu l'estat de salut i la seva posada en pràctica quotidiana, on no sempre els coneixements que aquests tenen sobre què és o no saludable són aplicats en la seva vida diària. Es fan, per tant, evidents les contradiccions entre els discursos apresos i les pràctiques dutes a terme, entre el que els/les nens/es saben que

haurien de fer i el que realment acaben fent.

Segons Backett-Milburn (2000), els relats sobre salut i malaltia sovint mostren discrepàncies entre els supòsits acceptats sobre els hàbits saludables i la seva representació en la pràctica de la vida quotidiana. Manifesta que això és degut, per una banda, al context sociocultural, el qual “...transforms what is thought to be scientifically ‘rational’ behaviour into what is viewed by lay people as culturally appropriate ‘reasonable’ behaviour” (Backett-Milburn, 2000: 79) i, per l’altra, a la manera en què aquests coneixements poden ser assolits mitjançant l’experiència viscuda.

Com assenyala Petersen i Lupton (2000), a l’hora de conformar els individus com a subjectes, els vincles i connexions existents entre les normes sorgides de les institucions i les accions dels individus són complicades, i els contextos existents proporcionen diferents graus de llibertat per a la persona de cara a interpretar, negociar o resistir-se a aquests principis.

La major part dels nens i nenes entrevistats/des afirmen que porten un estil de vida saludable i els costa reconèixer que tenen hàbits o actituds perjudicials per a la seva salut:

“Sí, perquè faig esport i..., no sé, a veure, també, umm, perquè..., no sé, perquè em donen les coses sanes, estic més sana també” (E22)

“...soc sa perquè bec llet i no fumo” (E3).

Molts consideren que gairebé no fan coses poc sanes o comenten que no se’n recorden d’haver-les fet. Quasi un terç dels informants no reconeixen en ells mateixos hàbits o actituds perjudicials per a la seva salut, negant aquesta possibilitat quan se’ls pregunta (“*Que jo sàpiga no*” (E9), “*casi mai...*” (E13)) i sovint aquests hàbits i comportaments són més fàcilment reconeguts en els altres propers que en ells mateixos: “*Poc sanes? (Nega amb el cap) No...jo no...Però els meus amics sí. Quan veuen l’aigua bruta diuen: ‘la voy a probar’*” (E19).

Així mateix, en el cas d’assumir que fan coses que no són sanes, la major part dels nens i nenes posen èmfasi en que aquestes són poques i no gaire importants, i que no ho fan moltes vegades o que només ho feien abans: “*A vegades he tirat un paper, molt petit, al terra...*” (E24).

Pel que fa als hàbits saludables que aquests/es apunten que porten a terme, els més esmentats són aquells relacionats amb l'exercici i l'alimentació. Fer esport, dins i fora de l'escola, i menjar bé, sa i variat són els més citats.

El fet de fer exercici és assenyat per la majoria dels nens i nenes com una pràctica que porten a terme per a estar sans:

"Sí, esport...Sí, perquè com camino sempre..., com sempre corro molt pel carrer i...això, faig molt d'exercici..."(E17)

"...i també gimnàstica que també va bé per, per a estar sa....Faig ball que...fas exercici. I piscina que és lo mateix més o menys"(E4)

"Faig la gimnàstica...una mica de ponts, flexions i això..."(E9).

Així, apunten que fan activitats saludables com anar a la piscina i nedar, fer gimnàstica, caminar ("*...i també quan vaig caminant: és sa ...caminar"(E6)*), córrer, jugar a futbol o ballar ("*em poso... em poso a ballar..., i ballar és com fer esport" (E22)*). Com apunta la Carla, una de les nenes entrevistades:

"Sssí. Per exemple, la gimnàstica perquè en el cole em fan córrer, saltar bancs, eh...moltes coses. També quan estic al parque em moc molt, perquè jo sóc nerviosa i quan a vegades estic sentada..., no?, però al parque corro, vaig caminant per..., és que hi ha un...hi ha com un recorregut que jo dono les voltes per...vaig caminant i vaig jugant amb la C." (E18).

A més de fer esport, altres hàbits que tenen a veure amb la cura del cos són també esmentats pels/per les nens/es. El fet de dormir i descansar bé o de no passar fred són anomenats en les narratives com a una manera en que tenen cura del seu cos i de la seva salut: "*I la calefacció quan fa fred...Per exemple, quan estic al sofà, quan fa sol... obro la finestra i quan fa fred la tanco i poso la calefacció" (E24).*

També, una gran part d'ells/es insisteix en que segueixen uns bons costums d'alimentació i que la seva dieta és sana ("*menjo coses sanes..., menjo bé (...)* Doncs, *...menjo, pues miro, observo els aliments...i coses així...També quan vaig als restaurants acostumem a menjar un dinar que estigui bé..." (E7)*), completa i variada ("*Pues menjar de tot, perquè a mi m'agrada molt menjar, provar les coses,*

m'agrada molt...Pues menjar de tot" (E18)), incloent en aquesta aliments sans com la llet ("Bec llet...i això..." (E3)), els llegums ("Sí...Menjar lle..., llegums...menjar lleties i cigrons..."(E20)), la fruita ("Sí...umm, menjar bé, menjar fruita..." (E26)) o les verdures:

"Eh..., sí, menjar..., o sea , menjar però coses bones, per exemple, la verdura i moltes coses més ...Umm...per exemple, pues..., com t'he dit, les verdures..., la pastanaga, l'enciam...Sí...Sobretot menjar (E5).

Altres hàbits per portar una vida saludable autoreconeguts pels nens i nenes, i vinculats amb l'alimentació són beure aigua ("I bec molta aigua de la font..."(E30)) o fer la digestió ("I fer la digestió..., fer la digestió quan vaig amb les meves amigues..., i, després, quan és hora d'anar a dormir, faig la digestió"(E20)).

També relaten com porten a terme pràctiques saludables relacionades amb la higiene del cos. Aquests/es expliquen que porten uns bons hàbits d'higiene, i assenyalen que van nets, renten el seu cos ("I també et dutxes. Les dutxes van molt bé" (E5)), sobretot les dents i les mans, i tracten de no llançar-se a terra ni embrutar-se ("Bueno sí..., no llençar-me al terra i això, perquè sinó se m'embruta la roba i em faig mal..."(E29)).

Per altra part, apunten que ells/es van sovint al metge, no perquè estiguin malalts, sinó per passar tots els controls i vigilància necessaris (exàmens, proves, revisions, vacunes...) per part dels experts de cara a tenir una bona cura del seu cos i la seva salut.

"Quan ...perquè ...o sea, a vegades vaig al metge...perquè, o sea, per a fer una revisió de quan peso, i aixòs. Em tinc que treure la roba eh...i amb posen, no sé, una cosa, que es posa així (s'assenyala les orelles) que em miren (s'assenyala el pit) i després em pesen.....de l'altura també" (E5)

"Sí, he anat al metge per a la revisió...T'ausculden, et miren les orelles i pues després els pares ta fan...fer algun dels papers i això" (E12)

"...anar al metge per a una revisió...S'ha d'anar..., sobre tot perquè.., mira..., per aquells moments que dius: "estaré malalta? No estaré malalta?". Bueno, també hi ha les revisions dels metges a l'escola..., o sigui...Per exemple, fa poquet vam anar per les dents, saps?..., que ens

vam mirar a tots per a la revisió...Ens van ensenyar com es rentaven...vam fer així (fa com si es rentés les dents)...” (E23).

Jugar i divertir-se són activitats que els nens i nenes porten a terme a la seva vida quotidiana i que també apunten com a saludables. Narren com ells/es juguen a casa, al carrer, al parc o a l'escola, amb els companys, amb els amics o amb les seves mascotes (“...i...jugar amb la meva gossa” (E1)), i afirmen que jugar és una activitat molt sana:

“També, per exemple, jugo a parcs i, a vegades, poden haver coses per a jugar al cole i a casa meva, però al parc també m’ ho passo bé i és sa...” (E23)

“No ho sé....i..., pues, no sé,...a lo millor jugo a alguna cosa i jugar és bo pel cos perquè así..., si tu no jugues et pot passar coses...” (E6).

Gaudir, riure i passar-s’ho bé és quelcom que solen realitzar sovint i que és considerat com positiu per a la seva salut, assenyalant a la vegada altres aspectes saludables del joc com el fet de fer exercici, socialitzar i, moltes vegades, aprendre i desenvolupar la ment.

Al mateix temps afirmen (sobretot els nens i nenes més petits – de 1er, 2on i 3er de primària) que ells estudien, llegeixen, escriuen o dibuixen, i que aquestes són pràctiques beneficioses per a la seva salut. **Aprendre** (“aprendre a fer coses (...) aprenc...faig deures... (E17)), **estudiar, dibuixar, escriure** (“Escriure...perquè aprens i pots saber més coses...” (E29)) i **llegir** (“Escric i llegeixo, quan diu la meva professora..., i a vegades llegeixo un conte de la biblioteca” (E30)) són activitats autoreconegudes considerades com a saludables, ja que, segons apunten els/les nens/es, aprendre els ajuda a desenvolupar la seva ment i mantenir-la sana:

“Sí faig...faig...els deures. M’ajuden a fer...a tenir un cerebritito más...un cerebritito más grande... (E21)

“Sí..., estudiar per a aprendre i a vegades, per exemple, parlar..., això et va bé, això és sa..., perquè pots treure el que estàs pensant i el que tu saps” (E23).

Els nens i nenes més petits/tes parlen a les seves narratives d’activitats que fan a l’aire lliure com anar a la muntanya (“també caminar allà en el bosc...” (E12)), a la platja o al parc

(*"També quan estic al parque em moc molt, perquè jo sóc nerviosa i quan a vegades estic sentada..., no?, però al parque corro, vaig caminant..." (E18)*), i que pensen que també poden tenir efectes positius en la seva salut. Aquestes sortides els permet realitzar exercici i a moure's o els apropa a la natura i a un aire més saludable (*"...anar a passejar...L'aire...respirar aire pur" (E24)*). A més, i en relació amb aquest últim aspecte comentat sobre la relació entre natura i salut, indiquen que ells/es intenten tenir plantes (*"També pues, o sea..., tenir plantes a casa..., bueno...que les plantes també donen bona olor i això no és que sigui molt bo, però et sentes més bé" (E5)*) i respirar aire no contaminat (*"No respirar el humo de los coches..." (E11)*). S'observa, així, en els discursos dels nens i nenes, una percepció de la natura com a saludable, com a quelcom que ens ajuda a estar sans.

Finalment, els/les entrevistats/des reconeixen en ells/es mateixos/es comportaments els quals consideren positius per a la seva salut. Per una part, apunten a actuacions lligades al civisme. D'aquesta manera, quan se'ls pregunta per les coses sanes que fan, parlen d'aspectes com el fet de no llançar coses a terra (*"També tirar les coses que...Per exemple, em menjo una ensaïmada...tinc que tirar el paper de l'ensaïmada al contenidor" (E24)*, *"... en la calle... eh... éste... cuando como un chicle lo tiro a la basura" (E2)*), fer bondat (*"...i fer molta bondat. Anar a casa de la meva tia per a veure al meu cosí que tinc i anant fent bondat i contar-nos coses perquè no ens veiem, no ens veiem en un any..." (E13)*), o d'ajudar als pares (*"...i a casa faig algunes coses perquè la meva mare no es cansi tan..." (E4)*, *"...per exemple..., eh...ajudar a la meva mare a estendre la roba..." (E29)*) o a altres persones que ho necessiten:

"A vegades al carrer...pues ajudar a la gent ...A vegades ajudo a alguna persona que no pot passar perquè no veu...Si n'hi ha alguna persona que no veu i té que passar el pas de zebra l'hi ajudo a passar..." (E26).

Per altre, assenyalen també com a sanes actituds relacionades amb el fet de ser sociable (*"...parlar amb els companys" (E22)*) i tenir amics (*"Conèixer amics, fer, fer...Jo crec que conèixer amics és important perquè si te passa alguna cosa qualsevol dia ...pues pots..." (E4)*).

En relació als principals hàbits i comportaments negatius per a la salut que són autoreconeguts pels nens i nenes, aquests fan majoritàriament referència als àmbits de l'alimentació, la cura del cos i la higiene.

Consumir dolços, pastissos o les lllaminadures és el fet negatiu per a la salut més acceptat entre els/les entrevistats/des, sobretot entre les nenes. Encara que, com s'ha mencionat, la majoria d'ells consideren que porten una alimentació sana, completa i variada, admeten que el consum d'aquests productes per la seva part és moltes vegades superior al que hauria de ser:

"Guarreries més que res...Menjo masses guarreries de vegades..." (E4)

"A veces... Alguna vez comer muchas chuches"(E11)

"Sí, una mica, perquè menjo moltes chuches a vegades..." (E18)

*"Em diuen que no tinc que menjar tants caramels, que jo en menjo molts"
(E24)*

*"...i menjar coses...coses que a vegades no són molt sanes...com patates,
chuches, caramels..."(E25)*

*"Sí...Menjar caramels, menjar chucherries..., comprar xiclets...Per això
ja no em menjo moltes...perquè no és sa...A vegades menjava...abans
sí..." (E26)*

*"Bueno sí, como chuches perquè, això ..., la meva mare també en menjava,
però ara no pot molt perquè els queixals..." (E6).*

Alguns dels informants també apunten a que, a vegades, la seva dieta no és prou equilibrada, preferint certs aliments a altres que consideren més beneficiosos per a la salut, com la fruita i els vegetals:

*"Ah, sí...de vegades menjar una mica de xocolata o algu així...i
quan...no sé..., dons de vegades...als postres menjo molt i coses
així...Menjo coses que no porten gaires vitamines..." (E7).*

El consumir begudes dolces com la "Coca-cola" o la "Fanta" ("*Eh...bec coca-cola. o prenc un gelat i...Aquestes coses*" (E8)), el menjar massa de presa o el no fer la digestió són altres de les pàctiques alimentàries negatives citades pels nens i nenes.

També una part d'ells/es accepten tenir alguns hàbits sedentaris. Admeten no practicar suficient esport o exercici i passar molt de temps sense moure's ("Sí...me tiro al sofà, i això no és sa, el cos es té que moure's..." (E6), "Estar-me molta estona asseguda al banc..." (E28), "Bueno, a vegades que estic tot el rato sentant-me..." (E12)), davant de la televisió ("Veure massa la tele..." (E15), "Mirar la tele molta estona..." (E24)), de l'ordinador o de les videoconsoles: "Poc sanes? Home..., veig la tele..., umm, vaig a l'ordenador, però busco coses que estiguin bé per a la meva edat..., i jugar a la play" (E22).

Altres rutines reconegudes relacionades amb la cura del cos, són també assenyalades pels/les nens/es com quelcom negatiu. Així, alguns/es d'aquests/es consideren no tenir prou cura d'ells/es mateixos/es, apuntant en les seves narratives fets com el de no dormir prou ("...a vegades no puc dormir" (E23)), passar fred, suar massa o mullar-se:

"...i a vegades m' he mullat...i et pots refredar...Trepitges i t'encostipes...o, si fa vent o primer fa sol i després hi ha núvols, pues..., no t' agrada...no et fa molta il·lusion tampoc. I també perquè si estic al balcó a vegades et dona l' aire i...ui!, si et refredes...també et pots refredar" (E23).

Un altre grup principal d'activitats que els nens i nenes porten a terme i que reconeixen com a poc saludables són aquelles que tenen relació amb la higiene del cos. Entre els anomenats en les seves narratives es troben el fet de no rentar-se prou les dents, d'embrutar-se o de tirar-se pel terra; a més de, entre els més petits, ficar-se les mans brutes a la boca, agafar insectes i altres coses del terra ("Sí... coger bichos. Es que como allà hay muchos bichos..." (E2)) o de tocar animals:

"Sí, també. Per exemple, de poc sa, doncs a vegades...a vegades he de dir-te que toco coloms o així, i els agafo...A vegades hi ha bassals per allà al parc...a prop de l'aigua...de la font i a vegades m'he mullat..." (E23).

La manca d'higiene és, d'aquesta manera, un dels elements negatius per a la salut importants autoreconegut pel nens/es, per les possibles conseqüències que aquesta podria comportar ("perquè t'embrutes i...i et poses microbis a les mans..." (E16)). Expliquen com el fet, per exemple, de tirar-se pel terra, jugar amb la sorra o tenir massa contacte amb els

animals, els posen en contacte amb els microbis i, d'aquesta manera, els poden portar a patir malalties:

"Ummm..., no sé, que jo sàpiga, crec que sí, però no sé. Ah, sí, per exemple, pues posar-te pel terra, tirar-te pel terra o això...al pati..., pels parques de sorra, doncs em tiro per terra...Perquè et pots..., o sea, alguns microbis poden entrar i posar-te malalt. O...pues, per exemple..., si la gata té microbis o alguna cosa així, pues me la poso aquí (s'assenyala la cara) a la cara sempre o li dono petons..., coses d'aquestes..." (E5).

Pel que fa als comportaments negatius, cridar ("I cridar, jo també crido molt i a vegades li dic tonta a la gent o així..., contesto i coses d'aquestes" (E18)), enfadar-se, discutir, barallar-se ("A vegades podries dir que te baralles amb la gent i te posen nerviós i sense tenir cap mena de motiu" (E4)) o pegar són també citats en les narratives com a actituds perjudicials per a la salut en les que a vegades han incorregut. Així mateix, són esmentats també de vegades alguns comportaments imprudents, on els/les nens/es reconeixen el fet de no anar amb prou cura a l'hora d'evitar possibles accidents ("...anar de presa i empotrar-me contra una farola" (E17)), on aquests/es mostren un sentiment d'autoculpa pel fet de patir un accident i posar en risc el seu cos.

VII. 2. 2. La cura del cos: hàbits i comportaments autoreconeguts

Com anoten al respecte Petersen i Lupton (2000), dins dels discursos i pràctiques sobre la salut al voltant de l'autoregulació i autodisciplina, el cos ha esdevingut una de les principals preocupacions i objecte de gestió i intervenció (Lupton, 1999b). Aquestes tècniques de regulació dirigida a les pràctiques sobre el cos, proveeixen als individus d'una forma de mesurar, avaluar i controlar els seus propis cossos, lligada als discursos dels experts, al mateix temps que mostren la importància que se li dóna al cos en aquestes feines d'autocontrol de la persona sobre la cura i manteniment de la seva salut, les quals han de portar a la construcció de cossos saludables (Lupton, 1995).

És en aquest sentit que se li demana al nen que sigui responsable de la cura del seu cos, que s'impliqui en les activitats per a preservar la salut d'aquest, que prengui accions de control sobre ell, i que porti a terme pràctiques corporals saludables, posant especial atenció en els estils de vida.

La majoria dels nens i nenes entrevistats/des, consideren que cuiden bé del seu cos. Així, en les entrevistes, davant de la pregunta "tens cura del teu cos?", contesten sempre afirmativament:

"Sí, tot el que puc...Menjant coses bones..., passejant..., fent gimnàstica, dutxant-me, dormint..." (E24)

"Sí. Menjant bé, dormint bé i fent esports" (E25)

"Del meu cos? Sí. Pues mantenint-me sana, menjant bé..., umm... cuidant-me. No menjant massa xicles...i rentant-me les dents" (E26)

"Sí. Menjant, dutxant-me, fent exercici...coses així. Perquè... si et poses a fer exercici està bé...perquè també és sa..., no sé..., fas exercici i...i també passes el rato amb els amics. Dutxant-me perquè sinó pots agafar alguna enfermetat o alguna cosa així...Menjant perquè ho necessites cada dia" (E27)

"Sí... Per exemple..., sense menjar chucherias, fent esport, jugar a cavalls amb les demés nenes..., perquè sempre estem corrent..., i no sé què més..." (E28)

"Sí. Cada dia, tomant-me la llet, menjant...i...anant-me a dormir" (E21).

Segons les seves narratives, una de les principals maneres en què els/les nens/es tenen cura del seu cos és no seguint hàbits sedentaris ("Tinc cura? Sí...Umm, perquè a l'hora del pati no em quedo ajagut en ningun lloc i no menjo massa de xocolata ni coses...aixís" (E17)) i fent exercici:

"Fent esport i cuidant-me..." (E19)

"Jo crec que sí...Pues, jo..., lo que he dit, al parc jo corro, pues vaig a bicicleta en un apartament que jo tinc, amb patins baixo al parque...amb patins i...moltes coses..." (E18)

"Eh... faig gimnàsia...gimnàs quan puc, corro, perquè m'agrada corre, jugar a futbol, que és un esport..., a tennis, salto al potro, faig tombarelles cap endavant...i cap endarrera...Tot això" (E22).

També apunten que portar una bona alimentació ("Menjo molt bé..." (E7), "Sí... Comiendo bien... desayunar bien... merendar bien..." (E11)) -evitant consumir dolços, pastissos o les lllaminadures ("...Eh, i tampoc em passo tant amb les chuches..." (E18), "Sí...En teoria no menjant chuches" (E20)) i duent una dieta sana i equilibrada- és també important a l'hora de cuidar del seu cos:

"Pues quan em diuen 'C. ves-te'n a prendre la llet' jo dic 'no, no, no...' però sempre me la prenc" (E12)

"Sí...Menjant moltes verdures, menjar de tot, respectant els menjars" (E13), "Bevent llet..., menjant cereals...amb les vitamines..." (E15)

"menjar molta fruita i...més coses..." (E19), "Cada dia, tomant-me la llet, ...menjant..." (E21).

Els nens i les nenes narren en les entrevistes com atenen el seu cos mitjançant els seus hàbits d'higiene: mantenint-lo net ("vaig neta...tots els dies vaig neta..." (E8)), canviant-se de roba ("Pues que jo no puc estar...jo me dutxo tots els dies, perquè jo no puc estar amb la mateixa roba interior més d'un dia" (E4)), netejant-se les dents ("A vegades...rentant-mes les dents quan m'ho diuen els meus pares" (E16)) o rentant-se:

"Sí..., dutxant-me i rentant-me" (E3)

"em dutxo un dia sí i un dia no..." (E7)

"Sí, molta...Pentinant-me cada dia, banyant-me cada dia...i crec que no faig res més..., la veritat" (E23).

En les seves narratives també expliquen com tracten de cuidar el seu cos protegint-lo de les inclemències del temps, resguardant-lo del sol ("*...Quan hem d'anar a la platja em fico molta crema...*" (E7)) o del fred ("*Sí...abrigat-lo...*" (E1)), i de possibles malalties ("*Molt...I em prec el medicament de taronja si em fa mal el coll*" (E14)). A més, els nens i nenes més petits (1er, 2on i 3er curs) citen com atenen el cos mitjançant hàbits relacionats amb el descans ("*Sí... acostándome y sentándome...*" (E2), "*i...anant-me a dormir d'hora...*" (E21)).

Finalment, alguns dels entrevistats/des també assenyalen que tenen cura del seu cos vigilant de no fer-se mal, sent prudents, evitant accidents, i tractant de no fer-se ferides:

"Cura?...Sí..., pues vigilant que no em faci mal i que no...no...Doncs tinc prudència..., que no em caigui...i no sé....no sé...Lo que si a vegades em faig mal pues no..." (E6)

"Umm..., a vegades, perquè per exemple a vegades saltes de...de bastant distancia de cop..., i et tires pel terra, i aixòs..., i fas falta. I...pues..., o sea, tenir cura, per exemple, si has..., eh, si vas a..., eh, ai..., no sé com explicar-ho. Que no et tires per..., per exemple, d'un lloc bastant alt i..., que no..., o sea, que no et tiris..., que tampoc que et caiguis..., o sea, tenir cura de no trepitjar-se...i coses d'aquestes per a no caure" (E5).

És a casa sobretot on els/les nens/es pensen que es cuida del seu cos. En els relats s'observa com aquests/tes consideren important el suport dels pares o d'altres familiars en les tasques relacionades amb aquesta cura, sobretot de les mares, les quals són les primeres a ser citades per la major part dels/les entrevistats/des. Aquesta ajuda és percebuda com més necessària com més petit és el nen o la nena.

D'aquesta manera, ells/es atenen els seu cos, però la participació també dels membres de la seva família (mare, pare, àvia, germans...) en aquesta comesa és moltes vegades remarcada:

"Qui m'ajuda? Doncs, ma mare i jo, perquè..., no sé..., em sembla que sí. Mon pare, la meva àvia i l'altra àvia, la tieta i...la meva família" (E22)

"Sí, m'ajuda...pues..., la mare... i el pare...Umm..., i a vegades la meva germana" (E5)

"El pare, la mare, la tieta, el cangur m'ajuden i a vegades els avis quan vaig a casa seva em donen de menjar...Bueno, la família" (E12).

Els seus cuidadors assisteixen en la cura del seu cos: vigilants dels seus hàbits i les seves activitats quotidianes, atenent-los o donant-los suport quan ho necessiten, curant-los quan no es troben bé o es fan mal, o proporcionant-los consells i recomanacions. Així, els nens i nenes citen com els pares o altres membres de la seva família els donen un cop de mà en tasques quotidianes com netejar-se (*"La meva mare..., comprant-me xampús, comprant-me coses perquè estigui bé...Potser, a vegades, quan era petita, m'ajudava a rentar-me bé..."* (E23)), vestir-se (*"Sí, la mare. Doncs..., ella..., m'ajuda a vestir-me, m'ajuda a banyar-me"* (E1)) o dormir (*"... mi abuelita y mi mami me ayudan (...) pos... que... comiendo conmigo y también sentándome y acostándome porqué... porqué así puedo estar más... más tranquilo"* (E2)); o també controlen que aquestes tasques es duguin a terme:

"Fan que me cuidi el meu cos...que me dutxi cada dia, que em renti les mans..., les dents...i ja està..." (E27)

"Els meus pares i els meus avis...que em diuen que em tinc que rentar les dents, les mans, la cara..." (E30).

Una de les maneres en què els adults els ajuden a cuidar del seu cos, i que els/les nens/es més apunten en les seves narratives, és vigilant la seva alimentació: procurant-los una dieta variada i sana i controlant que no mengin massa dolços:

"Els meus pares, també cuiden el meu cos...procurant que no mengi chuches i que mengi fruita..." (E19)

"Com m'ajuden? Doncs, quan em quedo a casa, eh, m'ajuden a col·locar-me bé, a que mengi bé..., m'ho mengi tot, que mengi les coses sanes, i que no mengi moltes lllaminadures... i tot això" (E22)

"La mama, el papa, les tietes, els tiets. Em diuen que no tinc que menjar tants caramels, que jo en menjo molts. La meva mare em diu que tinc que menjar peix...i el meu pare també. La tieta em diu que m'ho mengi tot" (E24)

"Pues... cuidando de que no coma muchas veces comidas repetidas..." (E11)

"Pues donant-me..., bueno, pues diu "avui que menjaràs?" i jo li dic, per exemple, carn i verdures. I em diu "pues molt bé" (E13).

Els nens i nenes també parlen de que una altra forma en què la família els dóna suport en les tasques relacionades amb el cos és atenent-los quan es fan mal ("Curat-me. Si tinc una ferida em posen una tirita i m'ajuden a curar-me..." (E-21), "I els meus cosins...a vegades, quan em faig mal, m'ajuden i em porten als meus pares" (E19)), estant al corrent de possibles malalties per a prevenir-les o tenint cura d'ells/es quan ja estan malalts:

"Em cuiden..., miren si tinc tos i si em fa mal el coll...i em donen medicaments..." (E14)

"I si estic malalt me intenten curar..." (E21)

"I la mare m'ajuda, i quan estic malalt, més o menys, em diu: 'Té el Dalcy que t'ho donc' i em dóna el Dalcy i l'Actithiol" (E29).

Finalment, assenyalen que els adults també els donen suport aconsellant-los sobre el que haurien de fer o deixar de fer per a tenir cura del seu cos i explicant-los com ho haurien de realitzar:

"Umm, la mare...com m'ajuda?...em diu...em dona consells de que puc fer i.. com, com ho puc fer...I el meu pare també...perquè el meu pare igual...em dona consells..." (E17)

"Eh..., doncs..., no sé. Em diuen que vagi corrents i...això...que faci esports"(E9)

"Em diuen les coses...Em diuen: 'M., no mengis tantes chuches...'" (E-20)

"Pues a vegades...a vegades em diuen que tinc de menjar per a estar sana..., a vegades no, però casi sempre em diuen lo que tinc de menjar per a estar sana" (E-26)

"El pare...em cuida...perquè sempre em diu: 'C., ves-te'n a rentar les dents que sinó ara t'ataquen les bactèries'" (E29).

Són els nens i nenes més grans (de 4rt, 5è i 6è curs) els que més insisteixen en la seva autonomia en aquestes tasques, i en que són sobretot ells mateixos els que cuiden del seu cos, encara que les mares o altres familiars els puguin donar un cop de mà quan ho necessiten. Responen, així, a la major autonomia en els hàbits i rutines de la vida quotidiana que es demana als nens a mesura que creixen des d'institucions com la família o l'escola.

"No, ningú m'ajuda...Home, la roba interior i això la renta la mare, no?, ...però que me tinguin que dir 'va ves a...', no. Jo mateixa ho faig" (E4)

"...jo el cuido...jo mateixa ho...Les professores segur que no, perquè diuen que ens traiem la motxilla però...és que el que fan elles és que ens posen molts deures i tenim que anar així (s'ajup). Sembla que anem amb joroba...i no..." (E6).

En canvi, poques són les vegades que els/les nens/es citen en les narratives als professors o als metges com aquells que els procuren ajuda a l'hora de tenir cura del seu cos:

"La mama...i les professores...i el metge...Em miren si tinc tos i si em fa mal el coll...i em donen medicaments..." (E14)

"Pues m'ajuden els metges...a vegades, la meva, els meus pares, aquí al cole i...ja està" (E18)

"Els meus pares i els metges(...) diguent-me que mengi bé, que faci molt d'esport...i ja està..." (E25).

VII. 3. Les narratives al voltant del cos, el malestar i el patiment

VII. 3. 1. La percepció i el coneixement del propi cos

Leder (1990), a l'examinar el cos en la vida quotidiana i el seu paper en relació amb la subjectivitat, afirma que aquest està sempre present en el desenvolupament de les interaccions del cada dia i apunta que el cos és fonamental en la nostra experiència, que és sempre encarnada. Però també assenyala que, malgrat això, el cos està, a la vegada, fenomenològicament absent, o donat per descomptat, i tendeix a allunyar-se de l'experiència directa i a desaparèixer de la nostra atenció en les activitats de la vida quotidiana, restant marginal en les percepcions de les persones (Zeiler, 2010; Carman, 1999).

Els/les nens/es, a l'igual que els adults, procedeixen i actuen en les seves vides quotidianes sense parar esment als seus cossos i donant-los per descomptat com a part d'ells mateixos. Encara que el cos, com a element o propòsit temàtic apareix poc en la normalitat de l'experiència diària dels nens, aquest no és completament absent o inexistent, i, en certa manera no reflexiva, tenen consciència del seu cos com allò seu que li permet interaccionar amb la seva realitat.

Tanmateix, quan, durant les entrevistes, se'ls feia parar atenció i reflexionar sobre els seus cossos, plantejant preguntes i interrogant directament sobre aquests i sobre què sabien d'ell, els nens i nenes expressaven tenir prou coneixement del seu propi cos i del seu funcionament, mostrant-lo com a quelcom que els permet viure o com a eina per a poder portar a terme accions, projectes i tasques en el seu món quotidià ("*...ho coneixo tot del meu cos, perquè lo utilitzo i el faig servir per a tot...*" (E25)).

Encara així, com també apunten en les seves narracions, els/les nens/es no perceben tenir un coneixement per igual de totes les parts del seu cos, havent-hi parts més conegudes o properes que altres, que són sentides com més distants o més absents en les seves reflexions.

Com assenyala Leder (1990), el cos no és viscut com a quelcom homogeni, i encara que de manera harmònica, els diversos àmbits o espais del que està conformat funciona autòctonament seguint principis diferents. Això fa que la manera de percebre l'absència de

cada part del cos serà també desigual: “the invisibility of the eye within its own visual field, the diaphanous embodiment of Language, the inaccessibility of the visceral organs: these all exhibit their own principles of absence” (Leder, 1990: 2). Així, per exemple, aquest autor descriu com els òrgans interns presenten un tipus d’absència diferent a la que revela la part més superficial del cos, i on les zones del cos que no es mostren directament a la vista es perceben com més estranyes i distants.

De la mateixa manera, les parts del cos les quals els/les nens/es declaren conèixer menys i de les que són menys conscients són aquelles que físicament no poden veure:

“El clatell...El clatell, perquè no me’l veig” (E8)

“Lo que menys coneixo?...Els ulls. Perquè no me’ls veig casi mai” (E9)

“Menys? La part de la boca. Perquè a dins no sé lo que tinc, bueno...que...la llengua...la llengua la conec i les dents i la campaneta..., però lo que hi ha per aquí (s’assenyala el coll) no ho conec” (E30).

Per una banda, parlen del seu desconeixement sobre els òrgans o àrees internes, on la pell, com a una frontera, separa el que és visible de les zones del cos que estan amagades.

“Les parts de dintre. Cóm és la carn que tens a dintre, cóm són els ossos, perquè estan en carn de veritat, en carn de veritat...encara que a les pel·lícules a mi em fa fàstic veure-ho. El coneixo poc perquè jo, si em miro així (abaixa el cap per a mirar-se el cos), no em puc veure com sóc per dintre, no em puc matar i veure’m” (E23)

El cerebro...porqué no lo veo” (E6)

“La tripa, perquè no la veig mai” (E1)

“Dentro de mi barriga, porque nunca lo he visto” (E11)

“Les costilles. (...) Perquè no les veig i són difícils de reconèixer...no saps com són de veritat...” (E15)

“Que coneixo menys? Els músculs...perquè no sé com són...no me’ls he vist...” (E21)

"Lo que coneixo menys...l'estómac...com és per dins..., eh...el cor, m'agradaria saber també com és, i el cervell per dins... perquè la intel·ligència és molt important perquè la puc fer servir per a moltes coses, com per exemple, els problemes que ens posen de mates... i coses aixís" (E22).

Per altra, fan referència a que desconeixen també aquelles parts del cos amb les que, encara que són externes, no podem tenir-hi un contacte visual directe, i només poden ser observades pels altres o a través del reflex d'un mirall:

"Menys? Què coneixo? Què coneixo menys...pues no sé, per exemple la boca i el nas perquè no els puc veure...així. Per exemple, veig les dels demés. Però no puc veure la meva..., a menys que em miri amb un cristall, llavors no puc saber com és..., per exemple com les mans..." (E5).

Entre aquestes parts, a vegades els/les nens/es assenyalen com a desconeguts òrgans sensorials com el nas, les orelles o els ulls, que ells/es no poden veure directament (només reflectits), malgrat que els consideren molt importants en la seva vida quotidiana, ja que són aquells que els hi donen els sentits i els permeten percebre el món que ens rodeja:

"Perquè puc veure amb els ulls, puc olorar, puc fer, puc fer, fer servir l'oïda i la boca....però jo no me'ls veig..." (E13)

"Tampoc em veig els ulls..., i són importants...no sé, perquè a vegades és amb el que ho veus tot. No sé, perquè, per exemple, els que són cecs, pues...avui he mirat un..., o sea, anava aquí al col·legi, i he vist un que va amb el bastó i em dona pena perquè penso "no veu res ...i allà amb el bastó"... , no sé" (E5).

Per altra banda, assenyalen que són poc conegudes aquelles regions del cos en les que no han parat atenció ("*Umm..., les orelles, o no sé.(...) Perquè no m'hi fixo gaire" (E7)*), de les que no tenen prou coneixement ("*Menys? La... l'aparell respiratori...perquè no em sé gaire les parts..., poc..., bueno..."(E27)*), de les que no han sentit parlar o no saben com funciona ("*Del meu cos? La....la part del coll..., perquè no sé molt com funciona..., com va ni perquè serveix. Bueno, si ho sé una mica, però no tinc tanta informació com de lo altre...No sé tant del coll..., ni si és tant important o no" (E29)*), o de les que encara no els han explicat res a classe:

"Lo que coneixo menys? Umm, l'estómac, com funcionen les cames...Coses així... (...) Perquè a l'escola encara no m'ho han explicat (E17)

"Pues, lo que coneixo menys és...és lo que hi ha dins del cos, perquè ara ho estic estudiant a la classe i, llavors, això no ho coneixo molt bé, perquè tenim que començar a estudiar el cos..." (E18)

"La tapa del cerebro...aquesta (es toca el cap)...el crani..., i els ossos...Perquè no m'ho han ensenyat encara. És que a casa tinc l'esquelet aquell de plàstic que surt...eh?...Es diu el...'todo sabio'...Però encara que ho posi, com que mai m'ho llegeixo..." (E28).

Els nens i les nenes comenten que es fan més conscients de certes zones del seu cos quan reben informació sobre elles, sobre on estan situades o sobre com funcionen, on aquest coneixement que disposen del seu cos és el que fa que puguin percebre certes parts com a més properes i presents:

"Doncs alguna cosa de dins que no sé com funciona gaire bé. Ara estic fent una col·lecció del cos humà i m'està ensenyant molt" (E12)

"Lo que menys coneixo? La columna vertebral..., no la coneixia...Ara.. sí, perquè... l'estem estudiant a la classe..." (E19)

"L'estómac. Perquè jo vaig saber que...que la gent tenia estómac a primer" (E20)

"El cor (...) Perquè mai..., sinó el veig per la tele, no l'hagués vist" (E26).

En les següents narratives, l'Alex i la Júlia (E2 i E24) comenten com la informació rebuda dels seus pares sobre algunes regions del seu cos, els han fet ser més conscients de l'existència d'aquestes:

"El... la... los huesos que tengo por aquí (es toca el nas) y los de aquí (es toca l'orella) (...) Porque... porque no sabía y... además mi papi me lo ha dicho que esto (es toca l'orella) es una cosa larga que tienen los... las carnes esas..." (E2)

"La columna vertebral...Perquè jo mai l'havia sentit...fins fa un mes o dos mesos...I la meva mare em va dir que es deia així" (E24).

VII. 3. 2. Els relats sobre patiment, malestar i aflicció

Per Leder (1990) els individus poden arribar a ser més conscients dels seus cossos en els moments de disfunció, dolor o malaltia, on esdevenen quelcom al que es para més esment. D'aquesta manera, és quan el nen experimenta patiment o emmalalteix que pren una major consciència del seu cos i l'experiència d'aquest està més present. Al mateix temps que el cos conegut és alterat, aquestes experiències pertorbadores trenquen també amb el cada dia de la vida quotidiana del nen i amb la realitat que la comprèn.

Com apunta Kleinman (1988), el patiment treu a la persona fora de la vida de sentit comú del món que l'envolta, la posa en una situació de canvi, i pot redefinir la seva realitat. Aquesta alteració del món donat per descomptat i de les biografies personals pot portar a nous significats en l'experiència, ja que el dolor o la malaltia redefineix l'espai i el temps de les persones així com les seves relacions amb el món i amb els altres (Bendelow i Williams, 1995). Dins d'aquesta deconstrucció del món de vida, els discursos i pràctiques socials juguen també un paper important (Good, 2003), ja que, en ser l'experiència intersubjectiva, conformen la vida quotidiana de les persones i la seva manera d'ésser-al-món (Kleinman, Das i Lock, 1997).

En els seus relats sobre malestars i afliccions, els nens i nenes entrevistats/des, narren sobre experiències de commoció o pertorbació que han irromput en les seves vides, on les malalties són les causes de patiment més citades. En aquestes narratives parlen del malestar causat per malalties comunes (la varicel·la, la grip, les al·lèrgies i els constipats són les més anomenades), pels seus símptomes (mal de coll, de cap, de panxa, d'orella, febre, tos, mocs, granets, picors, vòmits...) i per les seves conseqüències (no poder sortir de casa, estar-se al llit i no poder moure's, no anar al col·legi...).

Una altra causa de patiment sovint apuntat pels nens i nenes són les ferides i fractures provocades pels accidents, on aquests/es posen èmfasi en com van succeir i què els va ocasionar, la part del cos que va ser afectada, el tipus de lesions que van provocar i la seva gravetat. També assenyalen com a causa de malestar les intervencions quirúrgiques, l'anar al dentista, els tractaments mèdics, les proves diagnòstiques (com les anàlisis de sang) i les vacunes.

Com es mostrarà, encara que les malalties, els accidents i les intervencions quirúrgiques són les causes de patiment més citades pels/les entrevistats/es, aquestes no són les úniques fonts de malestar apuntades. Trobar-se malament o els moments de patiment no només estan associats a malalties o dolor físic sinó també fan referència a altres estats o sentiments com la soledat, la tristesa, la por, el cansament o la ira, així com a alguna adversitat o esdeveniment que hagi tingut un impacte negatiu en les seves vides quotidianes.

En relació al patiment, com s'acaba d'apuntar, quan se'ls pregunta per aquells moments en què s'hagin sentit malament, els nens i nenes parlen principalment d'episodis de malalties comunes i del malestar que els causaven els seus símptomes. Les malalties són reconegudes per aquests/es com a principals motius dels seus malestars (*"Sí. Perquè tenia al·lèrgia o perquè he estat malalta amb la grip, amb la varicel·la..., moltes coses. A vegades, bueno, sí, sí...perquè estava malalta amb...amb el coll i...ja està"* (E18)). Els relats de malaltia fan referència sobretot a malalties lleus, com varicel·la, constipat o grip, on els/les nens/es narren moments en què han tingut febre, tos, mals de cap, picors, vòmits o altres símptomes que els han provocat patiment o malestar. Seguidament podem trobar alguns exemples:

✓ varicel·la	<p>"Malament? Sí...umm..., em vaig posar malalt...quan vaig agafar la..., com és diu ara? Allò que et surten tants granets...ah...la varicel·la...quan vaig agafar la varicel·la...i em picava tot el cos...(E17)</p> <p>"Pues, umm...fa molts anys quan vaig tindre la varicel·la" (E16)</p> <p>"Quan vaig tenir la varicel·la...vaig faltar al cole uns quanta dies...Però fa temps...Això fa temps..." (E25)</p> <p>"Umm, a P4., que tenia la varicel·la...i em picava tot...em picava molt la cara...em picava la cara..." (E20).</p>
✓ angines	<p>"Quan...quan em poso malaltona pel coll...però ara estic bona..." (E14)</p> <p>"...tenia mal de coll..., perquè tenia angines..." (E20)</p> <p>"Què m'hagi trobat malament? Que tenia la grip. La grip...la grip amb les...umm...angines. Em feia molt de mal aquí (s'assenyala el coll)" (E19).</p>
✓ Grip	<p>"No sé, que em feia molt mal el cap..., tenia la grip ...crec...Era com si me...em cremés...(es posa la mà al front), però quan posava la mà, no ho notava tan calent...i em feia mal" (E5).</p> <p>"Cuando estaba... porqué estaba malaltó... Y tenía fiebre... Umm... estaba... estaba con grip" (E2).</p>
✓ constipat	<p>"Quan em constipo...o quan agafo una malaltia...a l'hivern...perquè fa molt de fred..." (E30)</p> <p>"O...a vegades anava a l'escola i tenia un constipat molt constipat i la meva mare no em deixava quedar-me a casa" (E13).</p>
✓ Otitis	<p>"...si tenia otitis..., perquè jo abans tenia sempre otitis quan sortia de la piscina i sempre tenia que anar al metge... per l'otitis" (E22).</p>
✓ al·lèrgia	<p>"...vaig tenir una al·lèrgia... Em va sortir tot i em picava molt, molt i em vaig posar molt nerviosa perquè tenia tot el cos ple... de taques. Estava a casa..., no sé que vaig menjar..., La meva mare em feia així al cap (es toca el cap) i per darrera de l'orella, pel coll..., se'm van omplir tots els braços, les cames..." (24).</p>

Els nens i nenes posen èmfasi principalment en els malestars que crea els símptomes, més que en les malalties en sí mateixes. Apunten tant a alguns dels seus signes o manifestacions més visibles (*"Una vegada a casa meva em trobava malament...tenia aquí un bultet. Vaig anar a la meva mare: "mare em fa mal". La meva mare em va portar al metge i em va dir que eren el, com es deia... ganglis. Tenia el coll ple de ganglis...Em feia mal el coll"* (E24)), com a aquelles sensacions, experiències i sentiments, que els creen patiment i que no solen tenir exterioritzacions observables (*"i...quan tenia l'estómac malament...i em vam portar d'urgències...Em feia molt mal..., semblava que m'estava tallant...la panxa...Així (fa un moviment com si es tallés la panxa amb la ma)...Era el dia del meu aniversari..."* (E20)).

Alguns del símptomes més anomenats van ser:

✓ Febre	<p><i>"Pitjor?...Fa uns quants mesos. Vaig venir d'excursió...i resulta que em vaig posar malalt...tenia febre...i tos...Em trobava fatal"</i> (E16)</p> <p><i>"Estava amb febre...que no sé que em passava però tenia molta febre..., 40 de febre..."</i> (E27).</p>
✓ mal de cap	<p><i>"Un dia que tenia febre..., que em trobava molt malament...el cap em feia molt mal"</i> (E7).</p>
✓ mal de panxa	<p><i>"I a vegades quan em fa mal la panxa...pos ma trobo malament perquè, perquè...i no m'agrada trobar-me malament"</i> (E14)</p> <p><i>"I altra dia...eh... que em feia molt mal la panxa...no sé...tenia febre i ...em feia molt mal l'estómac...."</i> (E8)</p> <p><i>"Una vegada vaig estar ...fa poc...de mal de panxa, i no vaig anar al cole..., que em feia mal la panxa, a vegades el cap, vomitava..."</i> (E3).</p>
✓ Vòmits	<p><i>"Quan...quan estava, umm., quan estava a la...umm...a casa dels meus amics...perquè, com m'havia posat malalt...i no parava de vomitar"</i> (E17)</p> <p><i>"Quan estava de colònies...Que...al viatge, em vaig marejar, vaig començar a vomitar...i a les colònies casi sempre estava allà vomitant"</i> (E28).</p>

✓ Tos	"Pos... mal..., porque... porque estaba todo el rato... estaba todo el rato tosiendo" (E2).
✓ Mocs	"Sssí... Perquè estava amb mocs i amb... amb febre... no em trobava bé... Perquè amb mocs... Tenia molts mocs, molts... Mira ara com els tinc (m'ensenya el seu nas)... però... però més pitjor" (E21).
✓ erupcions i picors	"Perquè...una vegada tenia la varicel·la i..., mira, aquí tinc les marques...(em mostra la cara), eh? Perquè mira...per aquí...Perquè...hi havia molt de sol i encara no se m'han tret..., perquè era a l'estiu...i s'han quedat les marques...També ho vaig passar malament perquè em picava..., em picava molt..." (E29) "...tenia la varicel·la...La varicel·la em feia trobar molt malament i tenia granets i...em picaven....Dons sí...amb la varicel·la, també quan tinc febre i quan estic molt malalta..." (E1).

Com es pot veure, en les seves narracions, els nens i nenes fan contínues associacions entre alguns signes i els símptomes expressats (com, per exemple, quan l'Elena (E22) explica que quan té febre "...el cap sembla que em bull", "...sento que tremolo de fred" "...em trobo molt desanimada"), i, també, entre aquests i les mateixes malalties (com la varicel·la amb les erupcions i els picors, la grip amb la febre i mal de cap, entre d'altres). Inclús, a vegades, alguns/es nens/es no fan cap distinció entre el que són els símptomes i el que és la pròpia malaltia. Per exemple, l'Alex (E2), que parla de "varicel·les" quan fa referència a les erupcions que li van sortir al cos durant la malaltia: "Y cuando estaba con... con las varicelas.... Sí... así las tenía las varicelas (marca la mesura amb dos dits de la mà sobre l'altra mà)...un poco grandes" (E2).

En els seus relats, quan els nens i nenes entrevistats/des expliquen les sensacions, experiències i sentiments associats al malestar i patiment viscuts durant aquests episodis de malaltia, descriuen com se sentien ("...em feia molt mal....No sé....em sentia malament....em notava molt malament..." (E9)), que percebien, i quin era el seu estat d'ànim ("...Quan he tingut febre, molta tos, mocs... Això em fastidia molt... perquè quan tinc mocs no puc respirar... i amb la febre em... em trobo sempre molt desanimada i tot això..."(E22)), tractant de reflectir el que anaven experimentant durant

tot el període en què van estar malalts (“...en moments em trobava bé però altres moments no em trobava gaire bé” (E12)).

En la següent narrativa, es troba un exemple de com poden viure el malestar en un episodi de malaltia. En aquest fragment d'en Guillem (E21), es pot veure com els mocs causats per un refredat, que no el deixaven respirar bé i li l'impedien sortir de casa, són descrits com a font d'aquest malestar:

“Sssí... Perquè estava amb mocs i amb... amb febre... no em trobava bé... Perquè amb mocs... Tenia molts mocs, molts... Mira ara com els tinc (m'ensenya el seu nas)... però... però més pitjor. No volia tenir mocs... no els volia tenir perquè em costaria respirar ...i ma quedava a casa... Molts mocs... perquè a mi me'ls feia... a mi me'ls feia un refredat terrible” (E21).

Aquest segon exemple de la Paula (E23), també és prou il·lustratiu de com, en aquests cas, una situació amb mal de panxa, nafres, nàusees i vòmits, són causa de patiment, arribant a relatar amb detall la sensació de malestar experimentada a causa dels seus símptomes:

“...és que jo, no sé..., no sé si són pupes o són malalties, perquè n' he tingut forces. Per exemple, pels mals de panxa, per...com es deia?... per allò que havies de menjar llaminadures o sucre...umm...umm...ah sí...cetona. I quan tinc mal de panxa acostumo a les vomitades..., a donar-me un “fua” (s'agafa la panxa) no sé..., no sé, a donar-me una cosa...una sensació no molt bona. I en aquell moment...pues en aquell moment que ho fas pues...Per exemple, he tingut un mal de panxa fa poquet..., el dimecres vaig tindre...el dimecres va..., crec..., o no sé quin dia..., no te'l puc dir exactament..., però em feia mal la panxa...No tenia febre, se'm va passar...Potser hauria dormit poc..., dormia poc...Inclús així, una sensació de “em trobo malament”, però crec que no tenia febre...“Què haig de fer?”...Allò que no ho saps què dir, si marxar a casa, si quedar-te...” (E23)

Com mostren els relats de la Carla i la Júlia (E18 i E24 respectivament), les al·lèrgies també són citades com quelcom que els provoca gran malestar, destacant el conjunt dels seus símptomes: erupcions, taques, picors, tos, mareig, dificultat per a respirar o intranquil·litat. Però manifesten que no són només aquests els que els incomoda i els fan patir, sinó que moltes vegades es queixen també dels malestars i angoixes derivats dels seus tractaments i la seva cronicitat.

"Quan vaig tenir una al·lèrgia... Em va sortir tot i em picava molt, molt i em vaig posar molt nerviosa perquè tenia tot el cos ple... de taques. Estava a casa..., no sé que vaig menjar..., La meva mare em feia així al cap (es toca el cap) i per darrera de l'orella, pel coll..., se'm van omplir tots els braços, les cames..." (E24)

"Jo tinc al·lèrgia i llavors la primera vegada que..., bueno, o la última millor..., perquè em tenen que posar una o dos injeccions i, llavors, amb la última me'n vaig marejar una mica...i, llavors, em vaig tenir que esperar al hospital. Quan tinc l'al·lèrgia em trobo molt malament, perquè a mi em surten uns grans i a les cames quan...quan em surten aquells grans em cremen molt les cames i em fa...em pica molt. Una vegada estava al cole i van trucar la meva mare...la van trucar molt ràpid perquè em tinc que prendre un xarop i després anar al metge a que em posessin les injeccions...Jo quan vaig pel camí sempre li dic a la mare: "em punxaran..., em punxaran", i llavors m'agafa aquí una cosa a la panxa i no em trobo, no em sento bé" (E18).

Durant la malaltia no només el cos del nen experimenta canvis sinó també la seva vida diària. La malaltia incapacita el seu cos i no li permet realitzar les seves activitats quotidianes, el priva de les seves relacions actives amb els altres i l'aïlla de la resta de persones.

Així, narren com, moltes vegades, quan estan malalts, han d'estar ajaguts al llit (*"Estaba todo el rato viendo la tele acostado" (E2)*, *"...O cuando tenía la gripe... i estaba mal... Tenía fiebre, me encontraba mal, tenía que estar echado en la cama ..."* (E11)) **no poder sortir a casa** (*"Amb la grip..., que tenia molta febre i tenia que estar tota l'estona...o...a la meva habitació, al llit o a la sala d'estar descansant. Tenia febre...i no em sentia gens bé" (E29)*) o han de deixar d'anar al col·legi:

"Quan tenia molta febre...que tenia la febre molt alta. Estava molt...bastant malalta tenia molta febre i em feia mal en moltes coses...i això...O...quan, quan a vegades no anava a l'escola i tenia un constipat molt constipat i la meva mare no em deixava anar..." (E13).

A més, quan es tractava de les malalties víriques, com la varicel·la, els/les nens/es remarquen que el fet que aquestes fossin contagioses va ocasionar que haguessin d'estar apartats de la resta de la gent, sentint-se allunyats de les persones que formen part del seu entorn quotidià.

"Pitjor? Quan vaig tindre la varicel·la... Doncs quan lo de la varicel·la perquè tot et pica i ningú vol estar al teu costat, perquè se la pots passar, i no pots estar amb la gent..., doncs" (E22).

Finalment, i en relació a la responsabilitat, els/les nens/es incideixen en les seves narratives en la importància de la vigilància, acompanyament i cura per part d'adults durant aquests episodis de malaltia:

"I quan tinc febre tinc molta calor i la meva mare diu que jo me'n vagi amb ella a dormir, perquè així em té controlada; perquè si joestic a la meva habitació la meva ...la meva mare no em pot donar de menjar el xarop cada dos por tres...i llavorens...pues em sentia malament perquè estava molt calenta. És que és una cosa que no m'agrada" (E6)

"...i estava a casa...a vegades amb la meva mare..., a vegades amb el meu pare..., perquè el meu pare no té horari fixe" (E27).

De les entrevistes es desprèn que els nens i nenes senten que tenen un paper important en els processos de prevenció de la malaltia però no a l'hora de prendre accions o decisions per a resoldre situacions de malaltia quan aquesta ja s'està patint. Per aquests/es, vigilar, controlar i curar el seu cos malalt no és a les seves mans sinó a la dels adults: dels pares o altres familiars i dels metges.

Durant aquestes narracions els nens i nenes esmenten els itineraris terapèutics pels quals passen durant la malaltia (*"La...la setmana passada. Em sembla. El di...dimarts o di...lluns, no sé, no vaig anar a l'escola perquè tenia mal de cap i mal de coll...i vaig tindre que anar al metge per a vere...perquè em receptés alguna cosa" (E4)*), donant detalls sobre el procés d'exploració mèdica per a arribar al diagnòstic (*"Em trobava malament un dia que tenia angines..., em trobava malament i em feia molt mal la panxa i...tenia molts mocs. Vaig anar al metge per que m'ho miressin...lo de les angines...Em van mirar la panxa...la boca i les orelles també..." (E25)*):

"...Tenia febre...i no em sentia gens bé. El metge em va mirar a veure si tenia alguna enfermetat de...dels pulmons o de la panxa i...i no tenia. Era...i...era que tenia molta tos i que tenia febre...perquè...tenia la grip...Però jo abans no ho sabia i vaig estar molta estona esperant...i tardava molt...i jo em trobava molt malalt...i em van dir que teníem que esperar perquè hi havia cola...Sempre hi ha molta cola i tens que esperar bastant temps..., tens que esperar una

hora o així perquè et curin...Jo estava mot malalt i...al final em van deixar passar!" (E29).

De la mateixa manera, ells/es també descriuen els tractaments i recursos utilitzats per a guarir-los, com xarops, injeccions o pomades:

"Una altra vegada ...És que no m'agrada gens un xarop que es dona per...que es diu Dalcy...per...perquè sembla gelatina i no m'agrada" (E6)

"Y además es que... es que me pusieron tres inyecciones" (E2)

"Malament? Sí...umm..., quan em vaig posar malalt...quan vaig agafar la..., com és diu ara? Allò que et surten tants granets...ah...la varicel·la...quan vaig agafar la varicel·la...i em picava tot el cos...Umm...em va portar la meva cangur al metge...perquè em va agafar aquell dia..., i em van donar una pomada" (E17).

Un segon conjunt de narratives de malestar i patiment són aquelles que fan referència a lesions sofertes en accidents. Els nens i nenes parlen de com va succeir l'accident i què el va ocasionar i de les seves conseqüències: la part del cos que va ser afectada, el tipus de ferida o fractura que van provocar i la seva gravetat. També relaten aspectes com el dolor que van patir i com se sentien, qui els va atendre en aquells moments, o com va ser el procés de cura, el seu tractament i el període de recuperació.

"Pues que...m'havia trencat un dit..., amb la porta de la cuina...Aquest (s'assenyala el dit índex de la seva mà dreta)...I que la meva mare donava voltes per casa i no sabia què fer...i em van portar al metge..., bueno, a l'hospital...i em van curar..., i em van cosir. Em van punxar amb una agulla...i em van apretar així perquè sortís...per a poder mirar lo que tenia dins. Jo...jo vaig tancar els ulls...i ja està. Em feia molt de mal...bueno, però no vaig plorar gaire...perquè jo estava molt adormida...i no sabia què fer...I el meu pare va dir que, com és que com el meu llit és molt dur, pues el dit no pot estar bé i em van deixar dormir al seu llit. Perquè tenen dos llits i a baix estava jo...Després, quan ja tenia negre el dit, vam anar al metge, el metge que es diu T., i em van posar com una bena i a sobre una tiritita perquè estigués bé...I després vam anar a casa, i un altre dia vam anar un altre cop perquè m'ho posessin més bé encara, més apretat" (E30).

En les seves històries sobre accidents que tenen lloc al seu entorn quotidià, els/les entrevistats/es relaten, de manera seqüencial i com en una espècie de trama, com va tenir lloc

l'accident, el tipus de lesions, ferides o traumatismes que van causar i la part del cos que va afectar:

"Umm..., quan em vaig fer aquests punts (assenyala a sobre de la cella). Estava jugant i un amic meu tenia...així una pedra de...de filu i em va tirar i em va donar a la cella..." (E3)

"Sí. La última vegada fa poc. Quan em vaig obrir, em vaig obrir la cella...quan em vaig donar contra...contra el pal de la porteria..." (E5)

"Que vaig sortir de la banyera i vaig caure, perquè no podia sortir. Em feia mal la cama i quan vaig sortir de la banyera vaig caure de cap...I, home, em va fer mal, em vaig clavar tota la mampara al peu..." (E4)

"Sí. Quan jo estava aquí jugant (a l'escola) i em vaig caure. M'estaven agafant i vaig caure així (es tira cap enrere) i em vaig donar un bon cop al cap i vaig anar amb la monitora al servei mèdic" (E13)

"Aquí a l'escola em vaig fer un esguinç...Estava jugant a futbol, vaig xutar la pilota i un nen també la va xutar i estava així..., la pilota aquí i jo xutant i el nen aquí (escenifica les posicions amb els dits i les mans sobre la taula). I el nen es va fer molt de mal i jo un esguinç. Ell també es va fer mal..., però no es va fer una esguinç..." (E29).

En aquests relats expliquen amb detall les sensacions i experiències de patiment i angoixa que envoltava la situació pertorbadora que estaven vivint.

"Em feia mal...sobretot quan tenia la sang (es toca la cella i després es mira la mà) ...i se'm feia com cosa..., i em començava a gotejar la sang ..., ui! Quina angunia...(s'esgarrifa)" (E5)

"Vaig anar a l'hospital, em van posar unes gotes per que se'm dormís l'ull, i em van cosir...No em feia mal, mal..., no dolor.. però no em sentia bé...em sentia com estrany...malament...no sé..." (E3).

Com s'ha mostrat en l'apartat de riscos, perills i accidents, els nens i nenes descriuen en les seves narratives un gradient de més o menys gravetat en funció de les conseqüències que comporten els accidents. Alguns possibles marges poden ser si s'han fet una ferida que s'hagin de fer punts, si s'ha d'enguixar perquè s'ha trencat algun os, si s'ha perdut molta sang, si és necessari anar a l'hospital, o el nivell de dolor que ha causat.

"Bueno... que un dia estava jugant i em vaig donar un cop al cap i em vaig fer molt mal...amb...un pilar que...hi havien trossos de cement, i em vaig donar aquí (es toca el cap)...Em va sortir una mica de sang, però no em van tenir que posar punts" (E29).

Les narratives il·lustren com la pertorbació pot perdurar més enllà del moment de l'accident, i que els/les nens/es poden continuar experimentant angoixa i patiment durant el procés de cura i el període de convalescència i rehabilitació.

"...Pues quan em vaig... em vaig fer un dia mal a la mà, que em van haver de posar una escaiola...Me la van tenir que posar a lloc perquè es va treure..., a veure, com es diu, se ma va moure un os...Em va fer molt de mal...em feia mal la mà...Totes les meves amigues em deien que què em passava...i jo els hi deia...I alguna vegada els hi deia una mentida, perquè eren pesades..." (E-26).

Inclús de vegades el patiment va més lluny del guariment i recuperació de les lesions quan el trastorn implica canvis permanents en el seu cos o en la seva vida quotidiana. És el cas del Joan (E10) on relata un accident que va tenir quan era més petit i on va perdre dos dits de la mà esquerra.

"Que...quin va ser el pitjor moment en la meua vida? Umm...quan tenia 4 anys.(...) Això (aixeca la mà esquerra on li falten dos dits)...Amb una màquina del meu pare em vaig enganxar els dits...Vaig estar molts dies a l'hospital..." (E10).

Seguint amb els relats de malestar, les intervencions quirúrgiques, igualment que les malalties i les lesions per accidents, són quelcom que també els nens i nenes recorden com a traumàtic i pertorbador.

"Quan em van operar...quan em van operar del múscul. Em tenien que fer un forat, però jo no ho vaig veure, em van dormir. També m'han operat de les orelles...i d'hèrnia. La pitjor...la de l'hèrnia" (E19)

"Pitjor, pitjor... umm... Quan un dia...vaig anar a l'hospital perquè...em van operar de...no me'n recordo com...perquè em van tindre que operar de la... no me'n recordo com es diu...de la fimosi... Jo estava allí i em sentia una mica incòmode...i m'avorria estirat al llit" (E25)

"També quan em van operar de l'orella...perquè em va sortir un quiste. Em van adormir i després vaig estar una nit a l'hospital...la mama es va quedar amb mi...Estava marejada i...vaig vomitar" (E24).

En les seves narratives, descriuen l'angoixa i la por abans de l'operació, les sensacions de malestar del postoperatori, i les experiències que envoltaven la seva convalescència a l'hospital. En els següents fragments, la Mariona i la Natàlia (E15 i E6) mostren amb detall les seves vivències associades a aquestes intervencions.

"Sí. Quan em van operar quan era petita...me van fer una operació per lo dels mocs...em van operar de les orelles...M'adormien, ma punxaven aquí (s'assenyala la ma)...Em vaig quedar a l'hospital...Allí a l'hospital...pues l'olor era diferent, sobretot l'olor diferent...Perquè als hospitals no acostuma a fer bona olor..., els guants que es posen fan olor a medicina, no fa la mateixa olor. I pel migdia m'havia sortit sang que m'havia caigut de l'orella...Hi vaig estar ingressada...Allà estàs una mica sola i t'avorreixes...Jo estava molt trista perquè no podia veure a les meves amigues...Després ma posaren uns taps blaus (senyala les orelles) perquè no me entrés aigua...me van dir que m'havia de posar els taps perquè no m'entrés l'aigua" (E15).

"Una altra vegada tenia aquí un quiste (assenyala la galta) i vaig anar a una sala, vale?, on me'l tenien que treure i llavors quan vaig anar vaig veure una nena tota cremada, una nena petita de...tindria tres anys, tota cremada per qui (assenyala els braços) ...Amb això del quiste vaig estar una setmana al hospital, que em van vindre a visitar els meus ...una amiga meva, la M., que em van portar bombons, i la meva mare sempre estava allà i el meu pare em venia a visitar. Perquè eren els focs i jo els...els vaig veure per a l'hospital. I mentres mirava el camp del futbol del Barça perquè estaven jugant (...) No sé ...em sentia malament, però també em divertia perquè, quan estàs a la porta, pots posar el teu nom i jo, com clar..., no tenia una altra cosa que fer pues vaig dibuixar el meu nom. I quan vaig arribar ja el vaig posar, però quan me'n vaig anar el vaig treure perquè ja no estava" (E6).

Els/les nens/es no només apunten a les intervencions quirúrgiques com quelcom que recorden que els hi han fet patir o sentir malestar, sinó també petites intervencions ambulatòries, sense ingrés hospitalari, fetes pels dermatòlegs o otorrins.

"Quan lo de les berrugues...les berrugues...lo que em feien aquí (es toca l'esquena amb la mà) per a treure'm la berruga de sobre de l'esquena...que ara no ho tinc.. que estava per aquí, però que ara s'ha

tapat...perquè me la van treure...M'ho van fer una cullera que punxa...I em va sortir molt de sang però ràpidament em van posar una tiriteta...em van posar la tiriteta ràpidament...tenia aquí la sang (es torna a tocar l'esquena amb la mà). Tenia por, perquè jo vaig veure la L. amb les berrugues i em feia molta por quan em tocava a mi. Bueno, jo no només tenia una...i me la van treure amb la cullera, ma feia molt de mal, però només era una" (E14).

En les entrevistes, també assenyalen com a causa de malestar, els tractaments mèdics, les proves diagnòstiques i les vacunes. Les injeccions, les vacunes i les anàlisis de sang són citades pels/les nens/es com quelcom que els hi causa angoixa, i alguns d'ells mostren por i angúnia per les agulles. Malgrat el patiment que provoquen, alguns dels/les nens/es remarquen que aquests poden ser beneficiosos, ja que et poden curar la malaltia (en el cas de les injeccions) o ajudar a diagnosticar-la (en el cas de les anàlisis de sang).

"El...el mes anterior...pues que tenia febre...O quan m'han posat una injecció...a mi no m'agrada això..., però algunes vegades les injeccions...et fa...umm...et fan posar bona...I a vegades quan et tens de...de..., a vere, tens que treure sang i et treuen per aquí (assenyala el braç)...és una cosa fastigosa..." (E26)

"I em van treure sang, anàlisis de sang...Quan em treien la sang em marejava...em marejo a vegades, sí..." (E9).

Els nens i les nenes també recorden les seves visites al dentista com una mala experiència, i són anomenats com a situacions que els hi han causat angoixa i malestar. Relaten la por i el temor per haver d'anar a les seves visites ("*De petita un cop al dentista, no em va agradar...No sé..., no havia anat mai i llavors em feia molta por anar" (E7)*) o el mal que han patit en alguna intervenció o tractament dentals soferts ("*Anar al dentista..., que és quan tinc més por..., quan em treuen les dents...Perquè fa mal....quan et treuen les dents" (E28)*).

Encara que les malalties, els accidents i les intervencions quirúrgiques són les causes de patiment més citades pels/les nens/es, aquestes no són les úniques fonts de malestar apuntades. Trobar-se malament o els moments de patiment no només està associat a malalties o dolor físic sinó també fan referència a altres estats o sentiments com la soledat, la tristesa, la por, el cansament o la ira, així com a alguna adversitat o esdeveniment que hagi tingut un impacte negatiu en les seves vides quotidianes.

Quan se'ls pregunta quan ha estat que s'han trobat pitjor, alguns dels/les entrevistats/des fan referència a certs moments de la vida o situacions que els van causar aflicció o patiment emocional. A vegades aquest malestar va ser degut a la pèrdua d'un ésser estimat (*"Quan sabia que el meu avi s'anava a morir...Perquè jo estimava molt al meu avi"* (E20)) o pel fet de veure patir a una persona propera:

"Quan es va morir la tieta de la meva mare...Perquè la meva mare estava trista perquè se li havia mort la tieta..." (E28)

"Pitjor?...una vegada que vam anar a l'hospital amb la meva germana...Crec que quan es va caure del seu llit..., era una llitera..., es va caure, no tenia barana i va rodolar cap a baix, umm...Estava espantada..." (E23).

Altres vegades, aquests/es narren la pertorbació que van experimentar en circumstàncies i contextos on es van sentir incòmodes. És el cas d'en Pau (E5) que cita un moment de la seva vida en què va passar una gran vergonya (*"No sé..., per exemple, a sobre del teatre, perquè tinc vergonya...i quan surto jo pues em paro quan em toca pues..."* (E5)).

En els relats de malestar els nens i les nenes també parlen de moments en els quals s'han barallat amb algun amic o amb algun membre de la seva família com a fets que els ha causat patiment o angoixa (*"Pues l'any passat quan em vaig barallar amb la meva amiga, que també em portava una mica malament a casa meva i que no estava gaire bé"* (E12)).

Els canvis d'entorn en la seva vida quotidiana (de barri, d'escola...) són també apuntats com quelcom que els provoca aflicció, moments de la seva vida en què s'han d'adaptar a noves circumstàncies o a gent desconeguda, com el fet de haver de fer nous amics.

"Quan era petita...pos mira, que jugava amb les meves amigues i tenia molts amics allí, però quan vaig marxar i vaig venir aquí, a aquest col·legi, ma vaig sentir malament, però va ser el primer dia...i llavors la meva mare ma va venir a buscar" (E15).

També expressen el patiment que han experimentat en situacions en què s'han sentit separats d'alguna persona amb qui han conviscut i que aprecien (*"Quan es va anar la L. ... La L. em molestava... però és... era la meva nòvia... però ara ja no, perquè joestic*

*aquí... i ara cada dia m'avorreixo" (E21)), en moments en els quals s'enyoren i troben a
faltar als pares, o quan es troben en un entorn lluny de la família.*

*"També uns dies que no se que em passava que no...un tema de l'escola
que no volia anar, no sé que em passava allà, em vaig trobar fatal...No
ho sé, al matí plorava no volia que se'n anés la mama..., un lio...com
ho feien tots per a intentar...I també en un altre cop, en un altre lloc
que em trobo malament, em trobo com molt incòmoda i amb moments dolents
que he tingut, a l'esplai. Mira a l'esplai no sé que em passa, no sé que
tinc jo...de veritat, i encara em passa..., no sé que em passa que és
com si trobes a faltar la mare, o no...o no ho entenc..., no m'agrada
molt el menjar, em sento incòmoda..., sí...coses així" (E23).*

VIII. Síntesi i discussió dels resultats



A l'hora d'explorar com els nens i les nenes viuen les seves experiències quotidianes al voltant de la salut, el patiment i la malaltia, aquest treball s'ha centrat en analitzar com gestionen, en les seves vides diàries, els significats entre les seves experiències subjectives, les pràctiques col·lectives i les representacions socioculturals. D'aquesta manera, s'ha tractat de comprendre com els/les nens/es experimenten i viuen els diferents elements que conformen la salut i que aporten sentit a la seva realitat quotidiana. Tanmateix, s'ha indagat en els vincles existents entre aquesta experiència viscuda, les activitats i accions que les modelen i les guien i les representacions socials com a constructores de realitat. Tal com mostren autors com Kleinman (1998) o Good (1992, 2003), en ser l'experiència intersubjectiva, les pràctiques socials juguen un paper fonamental en la conformació de la salut com a realitat tan individual com social.

Per tal d'arribar a aquesta comprensió, s'ha partit d'un acostament a les experiències en salut derivat de la pròpia perspectiva dels nens i nenes, on s'ha tingut en compte el seu paper en la construcció de la seva realitat com a creadors de significats, a través de les seves pròpies interpretacions i comprensions del món que els envolta. Segons apunten Williams i Bendelow (2000), Mayall, (2002) o Mitchell, (2006) les explicacions sobre salut, malaltia i risc construïdes pels nens solen ser complexes i elaborades, on aquests structuren el seu món mitjançant l'exploració, el reconeixement i la interpretació de realitats comunes viscudes.

S'han examinat, així, tota una sèrie de temes entorn de les vivències dels nens i les nenes, per tal de poder aprofundir en com es construeixen aquests significats al voltant de la salut i la malaltia en les seves vides, i d'examinar les connexions existents entre les seves experiències subjectives i les objectivacions procedents dels discursos existents sobre la salut:

- els elements que els/les nens/es associen amb un cos sa o poc sa; aquells signes, hàbits, capacitats, comportaments i estats d'ànims que formen part de les seves experiències i representacions sobre salut i que determinen la manera d'entendre la realitat corporal del que és saludable o poc saludable.
- el que consideren que els manté sans i els pot ajudar a assolir un estat de benestar o que pot ser perjudicial per a la seva salut; aquells principis acceptats pels nens i nenes - estats físics, estils de vida saludables, pràctiques pel manteniment del cos- del que pot repercutir, positivament o negativament, en l'estat de salut dels cossos.

- el que entenen com a perillós; les seves diferents narratives en relació a aquestes percepcions sobre el perill com a element que participa en la configuració del que pot afectar a la salut, així com sobre les situacions que poden posar en risc el seu benestar i les seves vides.
- els diferents coneixements al voltant de la salut que arriben als nens i nenes tant mitjançant els discursos dels adults com de les pràctiques i activitats quotidianes que realitzen, i que solen estar sota supervisió del món adult.
- les pràctiques autoreconegudes pels/les nens/es sobre hàbits i comportaments al voltant de la seva salut i la cura del seu cos.
- la manera en què els nens i les nenes assignen les responsabilitats sobre la cura de la salut; quins són els deures, comeses i tasques que pensen que depenen d'ells/es –com és el sentit d'autocontrol i autocura d'aquests/es a l'hora de mantenir el seu cos sa-, i quin és el paper de la família, els metges o els mestres a l'hora de protegir o donar suport en la cura de la seva salut.
- les responsabilitats que, segons ells/es mateixos/es, tenen en la cura del seu cos, com s'impliquen en les activitats per a preservar el seu benestar, com prenen accions de control sobre ell, i com porten a terme pràctiques corporals saludables.
- Les reflexions sobre els seus propis cossos, i les percepcions i coneixements que tenen d'aquest, de com està conformat i de com funciona.
- els relats sobre patiment i afliccions dels nens i nenes; aquelles narracions on parlen d'alguna experiència de commoció o pertorbació en les seves vides.

El cos sa i el cos poc sa

S'ha indagat, per una banda, en un conjunt de qüestions al voltant de com els nens i les nenes defineixen què és la salut i descriuen la normalitat i l'anormalitat, com configuren el que és un cos i uns hàbits sans o poc sans; i com aquestes concepcions conformen la seva realitat i la seva manera d'ésser-al-món.

La forma en la qual els/les nens/es gestionen els significats sobre salut en l'experiència de les seves vides diàries i entenen la seva realitat corporal i la dels altres en la seva elaboració del que és un cos saludable o poc saludable està vinculada a tota una sèrie de representacions

socioculturals i categories de coneixement morals de la societat en la qual viuen. Com Becker (1997) assenyala, aquestes esdevenen fonamentals en la formació i transformació de l'experiència de la salut i la malaltia, ja que participen en l'estructuració i construcció de la realitat dels individus i en la constitució de les seves interpretacions sobre el món.

En les diferents narratives dels nens i nenes sobre el cos sa/poc sa es poden veure recollits alguns dels discursos existents sobre la higiene, la malaltia, la constitució i el funcionament del cos, l'equilibri cos/ment o sobre els perills exteriors, així com aquells que provenen d'una concepció àmplia de salut que integren aspectes no només físics sinó també psicològics o de caràcter social. Es tracta, segons Petersen i Lupton (2000) de concepcions i pràctiques existents en les societats occidentals al voltant de la salut que mostren la importància que se li dóna al cos i a les seves tasques de cura i manteniment, als estils de vida per tal que les persones preservin un entorn saludable, així com al fet de poder assolir un estat de benestar i de control de les seves vides. Dins d'aquests relats dels/les nens/es es poden trobar reflectits, així, alguns dels elements que conformen tota una sèrie de discursos existents en la nostra societat al voltant de la salut, els quals no van simplement dirigits a la prevenció de la malaltia, la discapacitat i el patiment o a la higiene; sinó també a la conducta, als hàbits i als estils de vida; a l'autoregulació i manteniment del seu cos; i, fins i tot, al desenvolupament, l'autorealització i el gaudiment de la persona.

Però, a més, el fet que, en la nostra realitat diària, la salut esdevingui en tantes significacions, ocasiona que els nens i les nenes expressin certes ambigüitats a l'hora d'explicar-la i de definir amb quins factors està relacionada. Per altra banda, aquests/es no sempre assignen a la salut el mateix significat, transcendència o vinculacions que les institucions i els experts, on els diferents discursos existents al voltant de la salut són subjectivats pels/les nens/es, i, per tant, no només són reproduïts sinó també reconstruïts i reinventats.

S'ha observat que el conjunt d'idees i percepcions sobre què és un cos sa o poc sa es (re)elaboren al voltant de tres elements: els signes del cos com a processos comunicatius del que és saludable, els hàbits i estils de vida que porten a tenir un cos saludable i els comportaments i estats d'ànim associats a una persona sana. D'aquesta manera, les caracteritzacions del que és una persona sana o poc sana per part dels nens i les nenes es mouen en un ventall de possibilitats definides mitjançant aquests signes, capacitats, hàbits,

comportaments i estats d'ànim detectats en l'individu, i que formen part de les seves experiències i representacions sobre salut.

Els signes físics, apuntats en les narratives com a manera de detectar l'estat de salut d'una persona, poden anar des del reconeixement pel rostre, fins a la presència o absència de malalties o lesions, passant per si mostra o no un aspecte net i cuidat. És sobretot a través de la cara que reconeixen si els individus tenen o no bona salut, on marques corporals o expressions i gestos relacionats amb sentiments i estats d'ànim són interpretats com a signes del seu estat.

Tanmateix, un altre dels indicadors importants a l'hora de saber si un cos és sa o poc sa, assenyalat per aquests/es nens/es, és la presència o absència de malalties. Així, una persona poc sana és aquella que presenta alguna malaltia –o mostra algun dels seus signes-, dolor, o un mal funcionament dels seus òrgans, a diferència de la sana, que no pateix cap malaltia o no mostra cap problema físic. Com assenyalen Hughner i Kleine (2004) la visió de la salut com absència de malalties reflecteix un ús del significat biomèdic de la salut, però també la dificultat de pensar en salut sense fer referència a la malaltia, en ser els conceptes de salut i saludable més abstractes que les malalties específiques. Altres dels signes corporals que els nens i les nenes més anomenen a l'hora de reconèixer l'estat de salut d'una persona són les lesions físiques, on un cos poc saludable es distingeix d'aquell que es percep com a sa pel fet de ser descrit amb ferides, cops i fractures, o per tenir problemes de mobilitat a causa d'aquestes lesions.

Així mateix, en les seves explicacions, marquen un gradient en la percepció de la malaltia o de les lesions físiques, on aquestes serveixen per a caracteritzar una persona com a poc sana sobretot si es considera que la seva gravetat la inhabilita o li posa dificultats en la seva vida diària. D'aquesta manera, ressalten la importància que aquestes alteracions del cos puguin trencar la quotidianitat de les persones i trastocar les seves rutines. Per tant, tal com exposen alguns dels/les nens/es informants, la persona que gaudeix de bona salut, a diferència de la poc sana, pot realitzar les seves tasques i activitats quotidianes amb normalitat.

Un altre senyal per diferenciar l'individu sa del que no ho és, es troba en les causes o motius pels quals la persona ha d'anar al metge o l'hospital. Si, per una banda, el fet d'anar molt al metge o a l'hospital és un indicador de mala salut, en el cas de fer-ho per necessitar atenció

mèdica, ja sigui perquè es té alguna malaltia o s'ha patit alguna lesió, en canvi, d'altra banda es considera que és sana aquella persona que va sovint al metge no per rebre assistència sinó per passar tots els controls i vigilàncies necessaris per part dels experts per tal de tenir cura del seu cos i la seva salut.

Un altre grup important de categories associades a la salut utilitzades pels/les nens/es són aquelles que giren al voltant de la cura i el manteniment dels cossos. Així, mentre que una persona sana és aquella que es cuida, que té cura del seu cos i de la seva salut -és a dir, porta una alimentació sana i variada, dorm les hores necessàries, fa exercici i va neta-, per contra, la persona que no es cuida i no segueix aquests hàbits necessaris per a un bon manteniment del seu cos, és vista pels nens i les nenes com a poc sana. Això coincideix amb altres estudis fets amb adults (Lupton & Chapman, 1995), on la preservació d'una bona salut es vincula no només a una qüestió de sort sinó també a l'acompliment de certes activitats de vigilància i supervisió del propi cos en la vida quotidiana.

Un dels hàbits més citats pels nens i nenes en relació a tenir un cos saludable és el de menjar bé o portar una alimentació sana i variada. Per a aquests/es, un individu sa té uns hàbits alimentaris correctes i duu una dieta equilibrada, i, en canvi, un individu poc sa és aquell que no menja bé o no porta una alimentació variada. En les narratives sobre salut i alimentació s'han apreciat algunes diferències en funció de l'edat dels menors entrevistats. Si els més petits assenyalen com a persones amb mala salut no només aquelles que no tenen uns bons hàbits alimentaris, sinó que, a més, mostren signes que associen al fet de no haver seguit una dieta equilibrada -com estar massa grassos-, els/les nens/es més grans, per la seva part, emfatitzen i reflexionen més sobre la importància de l'existència d'un equilibri en l'alimentació i de les conseqüències de tombar la balança cap a un costat o un altre: no créixer si menges poc o estar massa gras si menges massa.

El fet de fer exercici és esmentat per la majoria dels nens i nenes com a una altra de les activitats relacionades amb la cura i manteniment del cos, que identifica que una persona pugui estar sana, on es relaciona un cos amb mala salut amb la manca d'exercici i els hàbits sedentaris. Si d'una banda una persona poc sana és aquella que no practica suficient esport, o passa molt de temps sense moure's o davant de l'ordinador, les videoconsoles o la televisió, d'altra banda la persona sana és aquella que està en forma, fa exercici o practica algun esport.

Els nens i nenes també relaten com reconeixen l'estat de salut d'una persona pels signes que aquesta mostra de seguir uns bons hàbits d'higiene, explicant la importància d'anar nets, de portar un cabell pentinat i una roba polida, i com aquests hàbits són indicadors de si una persona està sana. De la mateixa manera, la manca d'higiene és un dels elements negatius per a la salut reconegut en els altres, i entre els esmentats pels/les nens/es per a diferenciar les persones poc sanes trobem el fet de no anar nets, de portar la roba bruta o d'anar mal pentinats.

Tanmateix, recollint alguns aspectes d'aquells discursos existents en salut que emfatitzen la responsabilitat dels individus en el control del risc, també consideren poc sana aquella persona que mostra actituds perilloses i que posa en risc la seva salut. D'aquesta manera, en les entrevistes, alguns dels nens i nenes més grans fan referència a un altre conjunt d'hàbits considerats negatius i consideren que les persones que porten a terme certes pràctiques, com fumar, beure alcohol o consumir drogues incrementen el risc d'emmalaltir i posen en perill el seu cos i la seva salut, qualificant de poc sanes aquestes persones.

Un altre tipus d'indicadors que els/les nens/es utilitzen per a reconèixer l'estat de salut d'una persona són determinats estats d'ànim i comportaments. Com apunta Petersen i Lupton (2000), la noció de salut, en la seva expansió en la nostra societat, recull recursos per a l'autorealització i el gaudiment i per a respondre d'una manera dinàmica al món que ens envolta. Com també es constata en altres estudis amb nens i nenes (Mayall, 1993), les associacions que fan aquests dels elements vinculats a la salut va més enllà del físic i inclou també altres aspectes psicològics i socials. Així, per una banda, actituds positives, obertes, participatives i sociables són associades a una bona salut, on parlen que una persona sana es mostra contenta o alegre, i que, a més, es diverteix, juga i té amics. A diferència d'aquesta, la poc sana és representada en actituds situades entre dos pols: a vegades, es mostra de mal humor o enfadada i, d'altres, aquesta es presenta com a trista, desanimada o insegura; és a dir, a voltes, la persona poc sana està avorrida i no juga, i a voltes, pega, insulta, molesta o li costa relacionar-se amb els altres.

S'ha observat que la mirada del nen, a l'hora de distingir una persona saludable de la que no ho és, va dirigida també de vegades a aquells aspectes relacionats amb les condicions socioeconòmiques de l'individu. Així, pels nens i nenes són indicadors de mala salut el ser

pobre o la manca de certs objectes materials que afecten el benestar de la persona, considerant com a poc sana, per exemple, una persona que no té sabates o porta la roba trencada.

El que és saludable i el que és perjudicial per a la salut

S'ha examinat també què és el que els/les nens/es entrevistats/des consideren que els manté sans i els pot ajudar a assolir un estat de benestar o què és el que pot ser perjudicial per a la seva salut, per tal de comprendre com allò que entenen per estar/o no estar sa es troba vinculat amb tota una sèrie de principis acceptats per aquests/es –estats físics, estils de vida saludables, pràctiques pel manteniment del cos– del que pot repercutir, sigui positivament o negativament, en l'estat de salut dels nostres cossos.

Els factors que poden contribuir positivament a la salut que assenyalen els nens i nenes, estan relacionats principalment amb una sèrie de discursos existents al voltant d'aspectes tan amplis com els hàbits i estils de vida saludables, la cura i el manteniment del cos i el desenvolupament i el gaudiment de la persona. De la mateixa manera, quan fan referència a aquells aspectes que poden ser perjudicials i posar en risc la salut, els/les nens/es incorporen una sèrie de discursos al voltant del risc i la prevenció del perill en salut, on s'incideix sobretot en els hàbits i estils de vida, i on hi ha un gran èmfasi en l'autocontrol, la responsabilitat i la culpa de la persona.

Com es pot despendre de les narratives, quan els nens i les nenes parlen d'allò que els manté sans o que és perjudicial per a la seva salut, fan esment bàsicament a tot un conjunt d'hàbits i rutines que tenen a veure amb l'alimentació, amb la higiene i altres aspectes de la cura del cos, i amb el rebuig al consum de substàncies additives. També apunten a una sèrie de comportaments, actituds i estats d'ànim, així com a tot conjunt de factors que tenen a veure, per una part, amb l'ambient que els envolta, i per una altra, amb el funcionament intern del seu cos.

En les entrevistes, pel que fa a categories associades a la cura i el manteniment del cos que fan servir els nens i nenes a l'hora de referir-se a aquelles coses que fan que estiguin sans o que són perjudicials per a la seva salut, aquests/es utilitzen principalment aquelles que tenen a veure amb l'alimentació, l'exercici i la higiene, essent els hàbits alimentaris els més citats quan

se'ls pregunta què és el que els manté sans. Consideren que el fet de menjar bé o seguir una alimentació variada ajuda a portar una vida sana, i és quelcom important tant per créixer com per tenir la força i energia necessàries de cares a poder realitzar les diferents activitats de la seva vida quotidiana. Els/les nens/es subratllen, per una banda, quins són els beneficis que comporta per a la salut una alimentació sana i una dieta completa, i per una altra també descriuen les possibles conseqüències negatives de no seguir aquests hàbits alimentaris saludables, com ser obès o tenir colesterol. Així, dos dels aspectes que consideren més importants i que més remarquen a l'hora de definir un aliment com a saludable són que continguin vitamines –ja que aquestes aporten energia, eviten malalties i contribueixen al creixement– i que siguin naturals, associant el natural, principalment, a les fruites i verdures.

Pel que fa als tipus d'aliments que els nens i nenes consideren sans, les fruites i les verdures són les més anomenades, juntament amb la llet i altres làctics, que també són àmpliament esmentats. Segons aquests/es, la fruita i la verdura són quelcom que ens ajuda a tenir bona salut, ja que són productes naturals, que tenen un alt contingut en vitamines, que permeten reforçar les defenses del nostre organisme i que, a més, contribueix al bon funcionament del nostre cos i dels seus òrgans. De la mateixa manera, la llet i altres làctics també són considerats com aliments bàsics en la nostra dieta, mostrant els possibles beneficis que aquests poden aportar a la nostra salut: ens ajuden a créixer, ens aporten calci i ens permeten tenir uns ossos forts. Altres estudis realitzats amb nens a altres països europeus (Williams & Bendellow, 2000) també apunten a l'alimentació com a noció central en la percepció del que és saludable i assenyalen les verdures i les fruites com a exemples més comuns d'aliments sans (Roos, 2002).

En les narratives, els nens i les nenes parlen també d'aquells aliments que poden ser perjudicials per a la salut, citant, principalment, productes que contenen molt sucre –com els pastissos, les lliminadures o les begudes dolces–, molta sal o greixos; coincidint, així amb el que indiquen alguns nens en altres estudis en relació a aquells aliments que són poc saludables (Roos, 2002). Descriuen les possibles conseqüències negatives per a la salut que poden portar el consum d'aquests aliments, i malgrat que alguns d'ells/es expliquen que són aliments que s'haurien d'evitar i no s'haurien de consumir, la majoria expressen que el seu consum s'hauria de restringir o controlar, i que només són perjudicials quan es mengen sovint o en grans quantitats.

Els/les nens/es relacionen el menjar bé amb altres dos hàbits saludables que ens permeten tenir cura del nostre cos i a mantenir-nos sans: fer exercici –el qual ens fa forts, ens ajuda a no engreixar-nos i a no tenir mals d’esquena– i descansar bé –on dormir les hores necessàries té efectes positius en el funcionament del nostre cos–. En les seves explicacions, associen aquests tres hàbits en una mena de procés circular on cadascuna d’aquestes pràctiques estan vinculades les unes amb les altres. Així, narren com fer esport és sa però que, a més, necessitem alimentar-nos correctament i prendre vitamines per a estar en forma i poder fer exercici, i al mateix temps, ressalten que descansar és important per recuperar-se de tot el desgast que implica fer aquest exercici o estar en moviment tot el dia.

Un altre conjunt de pràctiques que esmenten a l’hora de diferenciar el que els manté sans del que és perjudicial per a la seva salut són aquelles que tenen relació amb la higiene del cos, on manca d’higiene és mostrada com quelcom negatiu per a la salut per les possibles conseqüències que aquesta podria comportar, insistint que és important per al manteniment d’un cos saludable rentar-se, anar nets i no embrutar-se o tirar-se pel terra.

En les entrevistes, a més, els/les més grans també mostren com pot ser nociu per a la seva salut el fet de seguir una sèrie d’hàbits considerats com a negatius. Subratllen que certes pràctiques, com fumar, beure alcohol o consumir drogues, incrementen el risc d’emmalaltir i posen en perill el seu cos i la seva salut, remarcant, al mateix temps, que els efectes negatius d’aquests hàbits vénen agreujats encara més pel caràcter addictiu de les substàncies que es fan servir en aquestes pràctiques.

Els nens i nenes també indiquen que hi ha certs estats d’ànim i comportaments que et mantenen sa, mentre que d’altres poden ser perjudicials per a la salut d’una persona. Com a beneficiosos els més petits anomenen aquelles actituds que són positives, com estar content o alegre, on jugar i passar-s’ho bé són activitats que assenyalen com una cosa saludable, així com certes activitats relacionades amb l’aprenentatge, ressaltant que aprendre ajuda a desenvolupar la seva ment i a mantenir-la sana. Com apunten Petersen i Lupton (2000), el desenvolupament de la persona i del seu potencial individual són sovint aspectes relacionats en la nostra societat amb la bona salut. Els/les nens/es qualifiquen, en canvi, de perjudicials tant aquells estats d’ànims relacionats amb la tristesa i l’abatiment, com aquells altres que fan referència al fet d’estar de mal humor o enfadat i que impliquen accions com pegar, molestar o barallar-se.

Altres aspectes que tracten a l'hora d'explicar allò que pot ser perjudicial per a la salut, són aquells relacionats amb el funcionament intern del cos. Narren com pot afectar negativament al cos el fet de patir alguna malaltia o que et deixi de funcionar algun òrgan, fent èmfasi, de vegades, en allò que pot causar la malaltia i que ens fa posar malalts –com els virus i els bacteris–, i ressaltant, en altres ocasions, les vies de transmissió o els vectors que porten a certes malalties, com per exemple els mosquits. Segons Williams i Bendelow (2000), els nens, al parlar sobre els elements associats amb la malaltia, solen fer servir models multifactorials de risc que inclouen aspectes externs de la seva vida que no poden controlar.

Els perills són uns dels elements que participen en la configuració de les percepcions dels nens sobre el que pot afectar la salut, on es consideren les possibles amenaces existents per a les vides de les persones. Com afirma Lupton (1993, 1999a), en salut els riscos són un dels aspectes bàsics dels discursos de la normalització, funcionant com agents de control i regulació sobre el cos de les persones, i on han anat incidint cada vegada més en les pròpies responsabilitats dels individus.

S'ha explorat, així, el que els/les nens/es consideren perillós, i les seves diferents narratives en relació a aquestes percepcions sobre el perill i a les situacions que poden posar en risc la seva salut i les seves vides, on els menors, en els seus relats, fan referència principalment tant a possibles accidents –o a aquelles actituds que poden portar a aquests–, a hàbits considerats negatius, o a estar en un entorn que pugui ser perjudicial. Alguns d'aquests aspectes coincideixen amb elements existents en els discursos sobre el risc en els nens per part dels adults, assenyalats per Boholm (2003), on es distingeix entre els riscos existents a l'ambient i els que estan situats en el mateix nen, on s'apunta a la responsabilitat del nen en les seves accions, en el control dels riscos i en les mesures de seguretat necessàries en cada context.

Els/les nens/es entrevistats/des, quan parlen dels perills que deriven del seu entorn, expressen que aquests poden provenir de l'ambient o d'altres persones. Citen així com a perillós, per una part, el fet d'estar en un medi que pugui ser perjudicial –com quan fa referència a la contaminació ambiental i als seus efectes– i, per una altra el fet d'estar a prop de persones que mostrin conductes que ells/es defineixen com a poc normals o estranyes –esmentant drogoaddictes, bojos o borratxos–. Es tractaria, segons Petersen i Lupton (2000), de certs

grups socials que han estat històricament designats dins de la nostra societat com “l’altre”, delimitats per la distinció segur/arriscat i definits per nocions de normalitat i patologia.

En relació amb els perills que poden suposar els accidents, els nens i les nenes incideixen sobretot en aquells associats amb sinistres o incidents de trànsit, on descriuen com a situacions perilloses tota una sèrie d’actituds vistes com a imprudents i de conductes considerades arriscades en relació a aquests, com conduir massa ràpid, no posar-se el cinturó de seguretat, no portar casc quan vas amb moto o bicicleta, o creuar el carrer sense mirar. També mencionen en les seves explicacions com a quelcom perillós la utilització d’utensilis esmolats o el fet d’enfilar-se a llocs alts, coincidint amb alguns dels advertiments més comuns del món adult per a evitar accidents entre els nens.

Per tal d’aprofundir en la temàtica dels riscos i els perills, també es va interrogar als/les nens/es sobre algun accident que haguessin patit ells/es o alguna persona coneguda. En aquestes narratives relaten els esdeveniments que van envoltar l’accident, emfatitzant diferents aspectes d’aquest, com les seves causes, qui estava implicat, les responsabilitats, quines van ser les conseqüències dels accidents, la gravetat de les lesions sofertes o l’atenció mèdica rebuda.

S’ha observat, però, certa confusió i ambigüitat entre els nens i les nenes a l’hora de decidir quan, davant d’un esdeveniment de desgràcia o de patiment, es refereixen a aquest com un accident. De vegades feien un ús restrictiu del terme, expressant una associació dels accidents amb aquelles situacions que revesteixen certa gravetat. En altres ocasions comentaven que no havien patit cap accident, encara que, en els seus relats de patiment, havien explicat experiències d’esdeveniments quotidians on havien sofert algun tipus de lesions, mostrant, com, en relació amb els accidents, a algun d’ells/es els era més difícil explicitar les seves pròpies experiències que narrar accidents soferts per altres persones. Segons Green (1997), la categorització d’una desgràcia com a un accident gira al voltant, principalment, de la qüestió de la responsabilitat a l’hora de gestionar el risc, on els nens es solen atribuir la responsabilitat dels accidents que pateixen i de les conseqüències dels riscos que no han estat ben previstos. Aquesta autora apunta, així, com aquest tipus de narracions sobre la gestió dels accidents ens permeten no només indagar sobre la percepció dels nens sobre els accidents sinó també sobre la manera en què aquests fan servir els discursos sobre els riscos en l’experiència quotidiana (Green, 1997).

D'aquesta manera, al parlar d'accidents, molts dels/les nens/es preferien explicar accidents succeïts a altres persones, tant d'éssers propers en la seva vida quotidiana com de persones més llunyanes; per exemple aquells accidents que han vist al carrer o dels que algú altre els ha informat. Tot i així, alguns/es dels/les entrevistats/des sí que van relatar les seves pròpies experiències, sobretot aquells que havien patit accidents greus, amb seqüeles o esdeveniments que els van provocar un gran patiment o una lenta recuperació.

En les seves narratives sobre accidents, els nens i nenes, en exposar de quins tipus es tractava i les seves causes i descriure com es va ocasionar i la situació en què van succeir, solien diferenciar els accidents relacionats amb el trànsit d'aquells deguts a altres causes. En alguns dels relats que fan referència a col·lisions amb cotxes o motos i a atropellaments de vianants – els més comentats– identifiquen com a causa dels accidents tota una sèrie d'actituds vistes com a imprudents i considerades de risc, assenyalant la importància de la responsabilitat de la persona, que el podia haver evitat. Altres tipus d'accidents que esmenten són aquells que tenen lloc al seu entorn quotidià, citant fets com caure o fer-se mal quan caminen pel carrer o mentre estan jugant, accidents que associen més a l'infortuni, a la mala sort o al mal càlcul dels riscos, i que solen ser diferenciats d'aquells altres causats per la imprudència o la falta de responsabilitat, com els causats per fer servir utensilis esmolats o per enfilejar-se a llocs alts.

Els/les nens/es expliquen també quines van ser les conseqüències dels accidents: les lesions que van provocar, la seva gravetat i les parts del cos que van ser afectades, així com l'atenció mèdica rebuda i el nivell de dolor o patiment que van ocasionar. En les seves descripcions estableixen un gradient de més o menys gravetat en funció de les conseqüències que els accidents comporten, i on els possibles marges són si t'has fet una ferida que t'hagin de fer punts, si t'han d'enguixar perquè t'has trencat algun os, si has perdut molta sang, si és necessari anar a l'hospital, o el nivell de dolor que ha causat.

La cura de la salut: entorn i responsabilitats

Un altre dels aspectes que s'ha analitzat en aquest treball ha estat com els nens i les nenes assignen les responsabilitats sobre la cura de la salut del seu cos, amb el qual s'ha tractat d'aprofundir en el sentit d'autocontrol i autocura per part del nen a l'hora de mantenir el seu cos sa i en el seu sentiment d'autoculpa pel fet de no estar sa o d'haver emmalaltit. Tanmateix,

s'ha indagat també en quines són les responsabilitats i tasques que aquests/es pensen que depenen d'ells, així com el paper de la família, els metges o els mestres en l'atenció de la seva salut.

Encara que en les seves narratives expressen que els adults amb qui conviuen han de protegir o donar suport a l'hora de tenir cura de la seva salut, no sempre tenen clar que la responsabilitat en salut recaigui en aquests i no en ells, on, sobretot els més grans, exposen que prendre responsabilitat de la seva pròpia salut és quelcom important. Així, hi ha un sentit de responsabilitat per part del nen a l'hora de mantenir el seu cos sa i un sentiment de culpabilitat per no estar sa o emmalaltir. Segons Mitchell (2006), les nocions d'autocura i responsabilitat individualitzada ocupen una posició central en la percepció dels nens i les nenes sobre el paper que han de tenir en la seva salut, on aquesta és vista com a quelcom sobre la qual s'ha d'actuar i on el mateix nen ha de participar per tal de poder assolir un estat de benestar.

Els missatges i discursos al voltant de la salut sobre el que han de fer o deixar de fer envolten les vides dels nens i les nenes, sentint sovint que el fet d'estar sa o no estar-ho depèn d'ells/es, i fent-los pensar que patir un accident o emmalaltir és una conseqüència dels seus actes, i de no haver seguit els consells, advertiments i recomanacions sobre hàbits i conductes saludables proporcionats per la família, l'escola o els metges. D'aquesta manera, una sèrie d'expectatives socials del que s'espera que facin els nens per a estar sans (que pot variar segons l'edat, el sexe o el context), els porta a reconèixer la seva pròpia responsabilitat en el manteniment de la seva salut i configura la seva pròpia experiència personal. Autors com McIntosh et al. (2012) constaten com els nens tendeixen a apuntar a la responsabilitat personal a l'hora d'atendre la seva salut i prevenir les malalties, i mostren la importància de seguir les normes, comportaments i hàbits marcats pels adults.

Però al mateix temps els/les nens/es confien a viure en un entorn sa, net i segur, on els adults que els envolten els ajuden a tenir una vida sana i els proporcionen un ambient net i segur. Exposen que és sobretot a casa seva on s'ha de cuidar de la seva salut, esmentant la família com a principal responsable perquè ells/es estiguin sans, sobretot els pares, i on la mare té, quasi sempre, el paper més important a l'hora de procurar aquesta atenció. Altres membres de la família, com avis, germans o oncles també poden participar en la responsabilitat d'aquesta cura, sobretot si aquests conviuen amb els/les nen/es o si es fan càrrec d'ells/es

quan els pares treballen. Segons Mayall (1993), la idea que, en la vida quotidiana, la llar és l'àmbit fonamental de la cura de la salut i de la comprensió de les activitats i comportaments vinculats a aquesta, és compartida tant pels dels adults com pels nens i les nenes. A més, aquesta cura és considerada com una de les tasques principals de les mares, al tenir aquestes un paper essencial en la configuració de les normes socials i morals dins de l'espai familiar (Mayall, 1994).

En els seus relats, quan parlen de perquè els pares són els qui principalment han d'atendre la seva salut, aquest apel·len moltes vegades a la responsabilitat intrínseca que els pares tenen envers als seus fills; i en altres ocasions especifiquen que aquesta responsabilitat ve donada per la diferència d'edat que existeix entre ells/elles, com a nens, i els seus pares com a adults. És sobretot en el cas dels/les nens/es més grans que aquests/es majoritàriament assenyalen la seva pròpia responsabilitat a l'hora de mantenir-se sans, expressant que han de ser principalment ells mateixos els que han de tenir cura de la seva salut. Però, al mateix temps, consideren que les persones adultes amb les quals conviuen han de compartir amb ells/es aquesta responsabilitat, col·laborant en la seva atenció –ajudant-los o vigilant la seva salut–, supervisant que els/les nens/es portin uns hàbits saludables o donant-los consells per tal de portar una vida sana.

En les narratives dels nens i les nenes més grans, a més de la família i l'escola també anomenen els metges com a responsables de la seva salut, precisant que aquesta és una co-responsabilitat que tenen juntament amb la família. Encara que indiquin que els metges, igual que els seus familiars i mestres, han de participar tant en cuidar de la seva salut quan es troben malats com en procurar que ells estiguin sans, aquestes/es ressalten més la responsabilitat dels metges a l'hora de tenir cura d'ells/es quan estan malats, mentre que incideixen més en la responsabilitat de la família i l'escola quan es tracta de vetllar per la seva salut quan estan sans. En el cas del paper dels metges i de la seva responsabilitat en la cura de la seva salut, aquests són menys citats que la família i que els mateixos nens, però, tot i així, els metges són els experts més esmentats, en contrast amb els mestres d'escola, que ho són de manera més minoritària –i sobretot entre els més petits– com a responsables en aquesta cura. Aquest fet coincideix amb altres estudis com el de Mayall (1993) on es mostra que l'escola no és vista pels/les nens/es com a un l'àmbit tan fonamental de la cura de la seva salut o de la comprensió de les activitats i comportaments associats a ella com la família.

Les pràctiques autoreconegudes al voltant del cos i la salut

En aquest treball s'ha tractat de veure, també, com una sèrie de principis externs existents arriben a ser internalitzats pels nens i nenes mitjançant les interpretacions dels discursos dels adults i les pràctiques quotidianes que realitzen, conformant els seus coneixements al voltant de la salut. Com Sachs (1995) subratlla, les diferents formes en què els discursos han estat interpretats i interioritzats per aquests en les seves vides quotidianes conformen com les persones perceben i experimenten la salut com una realitat objectiva donada per descomptada.

Segons els mateixos/es nens/es, la informació en relació al que és saludable o perjudicial per a la seva salut els arriba per mitjà dels consells, advertiments i recomanacions rebuts del món adult, així com de les activitats que porten a terme en la seva vida diària, i que estan principalment sota supervisió de la família o l'escola. McIntosh et al. (2012) mostren com és mitjançant l'ensenyament de les normes, els advertiments, les converses i la modelació de comportaments que els adults transmeten als nens i les nenes creences i pràctiques referents a la salut i la malaltia.

Malgrat que no sempre els/les entrevistats/des guarden un record clar d'on prové el coneixement sobre salut que han rebut o que de vegades obliden qui els ha proporcionat la informació de la qual disposen, són nombrosos els consells i recomanacions sobre salut que aquests/es recorden i citen. Els més anomenats són aquells que provenen de la seva família, seguits pels que han rebut a l'escola –on parlen tant dels consells donats pels mestres com dels temes en relació a la salut que han treballat a classe–; però són pocs els nens o les nenes que comenten en els seus relats consells respecte a aquest tema donats pels membres del seu grup d'iguals. Alguns dels menors participants, sobretot les nenes, també fan esment d'advertiments sobre salut escoltats a la televisió –de programes d'informació general, com els informatius, de programes especialitzats en salut i de la publicitat–, encara que els consells rebuts des dels mitjans de comunicació no són considerats per aquests tan fiables com els rebuts pels pares o per l'escola.

En la major part de les narratives dels/les nens/es sobre els consells que se'ls ha donat per portar una vida sana, aquests/es fan referència a hàbits alimentaris i d'higiene, seguits per les recomanacions que incideixen en la importància de fer exercici i el no seguir hàbits sedentaris.

Les principals recomanacions solen estar dirigides, així, cap a l'alimentació, on menjar bé és quelcom recordat per a la majoria d'ells/es, incidint en la importància de portar una dieta sana i equilibrada –on es remarca la necessitat de prendre vitamines i la importància del consum de certs aliments considerats imprescindibles en la seva dieta–, a la vegada que s'insisteix en el fet que no és sa menjar dolços, pastissos o llaminadures ni beure begudes dolces.

Un altre grup de consells que reben i que esmenten en les entrevistes són tots aquells que tenen relació amb la higiene del cos, on s'emfatitza que vagin nets, que no s'embrutin i que es rentin –sobretot les mans i les dents–, així com altres recomanacions vinculades amb la cura del cos relacionades amb la necessitat de fer esport, tenir bons hàbits de descans o no passar fred. Els més petits també parlen d'aquells consells que tracten d'evitar accidents –tant domèstics com de trànsit– i de la necessitat d'anar al metge quan es troben malament. Entre els més grans, en canvi, s'apunta a una sèrie d'avertiments que van dirigits a una situació futura –per quan el/la nen/a sigui més gran–, com aquells que tenen a veure amb hàbits perjudicials i poc saludables com fumar o, de manera més minoritària, consumir drogues.

En aquest treball s'ha tractat d'observar com els discursos sobre salut arriben també a interioritzar-se mitjançant l'aprenentatge d'una sèrie de pràctiques, les quals esdevenen rutines o hàbits diaris que comparteixen amb els altres en les seves vides quotidianes. Segons Csordas (1993, 1994, 2001), al romandre els significats socioculturals no només en les representacions sinó també en totes aquelles experiències perceptives del cos mitjançant les quals aquestes representacions esdevenen, les pràctiques corporals intervenen en la mediació i configuració d'aquests significats.

D'aquesta manera, s'han explorat tota una sèrie de pràctiques autoreconegudes pels/les nens/es sobre hàbits i comportaments al voltant de la seva salut i la cura del seu cos per tal d'aprofundir en els diferents coneixements en relació al que és saludable o perjudicial per a la seva salut que els arriben mitjançant les pràctiques i activitats quotidianes que realitzen, i que solen estar sota supervisió del món adult.

En les narratives dels nens i nenes s'observa que aquests/es solen distanciar-se de la reflexió i no es qüestionen el fet de per què es fan aquestes tasques o com les han de portar a terme. També revelen que existeix una tensió entre els principis exteriors acceptats pels/les nens/es d'allò que pot repercutir en el seu l'estat de salut i la seva posada en pràctica quotidiana, on

no sempre els coneixements que aquests tenen sobre què és o no saludable són aplicats en la seva vida diària. Es fan, per tant, evidents les contradiccions entre els discursos apresos i les pràctiques dutes a terme, entre el que ells/es saben que haurien de fer i el que realment acaben fent. Segons Backett-Milburn (2000), aquestes discrepàncies existents en els relats sobre salut i malaltia entre els supòsits acceptats sobre els hàbits saludables i la seva representació en la pràctica de la vida quotidiana són degudes principalment al context sociocultural, el qual transforma la racionalitat científica en allò que la gent considera raonable, així com a la forma en la qual aquests coneixements poden ser assolits mitjançant l'experiència viscuda.

La major part dels nens i nenes insisteixen que porten un estil de vida saludable i els costa reconèixer que tenen hàbits o actituds perjudicials per a la seva salut: molts consideren que gairebé no fan coses poc sanes –o comenten que no se'n recorden d'haver-les fet–; quasi un terç d'aquests/es no reconeixen en ells/es mateixos/es pràctiques perjudicials per a la seva salut; i moltes vegades aquests hàbits i comportaments són més fàcilment reconeguts en els propers a ells que en ells mateixos. Així, en el cas d'assumir que fan coses que no són sanes, la major part dels/les nens/es posen èmfasi en que aquestes són poques i no gaire importants, i que ho fan poc sovint o que només ho feien abans.

Pel que fa als hàbits saludables que els nens i les nenes afirmen que porten a terme, els més anomenats són aquells relacionats amb l'exercici i l'alimentació, on fer esport –dins i fora de l'escola– i menjar bé, sa i variat són els més citats. A més d'aquests, altres pràctiques que tenen a veure amb la cura del cos són també esmentades com una manera de tenir cura de la seva salut, com el fet de dormir i descansar bé o d'anar sovint al metge –per tal de passar tots els controls i vigilància per part dels experts–, així com aquells relacionats amb la higiene, on subratllen que van nets i es renten, o tracten de no tirar-se pel terra ni embrutar-se.

Per altra part, també relaten com jugar i divertir-se són activitats que porten a terme a la seva vida quotidiana i que apunten com a saludables, on gaudir, riure i passar-s'ho bé és considerat com quelcom que és sa i que solen realitzar sovint, assenyalant a la vegada altres aspectes positius del joc com fer exercici, socialitzar o aprendre i desenvolupar la ment. Al mateix temps els més petits declaren que ells estudien, llegeixen, escriuen o dibuixen, i que aquestes són pràctiques beneficioses per a la seva salut, ja que aprendre els ajuda a desenvolupar la seva ment i mantenir-la sana. Són aquests també els que afirmen en entrevistes que fan activitats a

l'aire lliure –com anar a la muntanya, a la platja o al parc–, les quals poden tenir també efectes positius en la seva salut, ja que els permet realitzar exercici i a moure's o els apropa a la natura i a un aire més saludable. A més, i vinculat amb aquest últim aspecte comentat sobre aquesta relació entre natura i salut, indiquen que ells/es intenten tenir plantes i respirar aire no contaminat, mostrant, per tant, una percepció de la natura com a saludable, com a quelcom que ens ajuda a estar sans.

En relació als principals hàbits i comportaments negatius per a la salut que són autoreconeguts pels nens i nenes, aquests fan majoritàriament referència, a l'igual que en el cas dels positius, als àmbits de l'alimentació, la cura del cos i la higiene. Consumir dolços, pastissos o lliminadures és el fet negatiu per a la salut més acceptat entre ells/es, sobretot entre les nenes. Altres estudis com el de Roos (2002) també mostren com, en relació les pràctiques alimentàries, molts nens reconeixen que mengen dolços malgrat acceptar que aquests tipus d'aliments no són sans.

Així, encara que la majoria dels/les nens/es consideren que porten una alimentació sana, completa i variada, admeten que el consum de productes dolços per la seva part és moltes vegades superior al que hauria de ser i que, de vegades, la seva dieta no és prou equilibrada, preferint certs aliments a d'altres que consideren més beneficiosos per a la salut, com la fruita i els vegetals. També part d'ells/es reconeixen tenir alguns hàbits sedentaris, admetent no practicar suficient esport o exercici i passar molt de temps sense moure's, davant de la televisió, de l'ordinador o de les videoconsoles. En les narratives s'observa que els nens i les nenes no es mostren amoïnats o inquietos pel fet de seguir de vegades aquest tipus d'hàbits que ells mateixos consideren poc saludables; troben que es tracta de quelcom associat a la infància i que solen fer la majoria dels/les nens/es que coneixen, tendint a acceptar-ho com a pràctiques normals entre ells/es.

Un altre grup principal d'activitats que porten a terme i que reconeixen com a poc saludables són aquelles que tenen relació amb la higiene del cos, com no rentar-se prou les dents, embrutar-se o tirar-se pel terra a més de, entre els més petits, ficar-se les mans brutes a la boca, agafar insectes i altres coses del terra o tocar animals. La manca d'higiene és, d'aquesta manera, un dels importants elements negatius per a la salut autoreconegut pel nens/es, per les possibles conseqüències que aquesta podria comportar, ja que, com ells mateixos

expliquen, els posen en contacte amb els microbis i, d'aquesta manera, els poden portar a patir malalties.

En relació a la importància que se li dóna al cos en aquestes feines d'autocura i manteniment de la seva salut, també s'ha explorat quines són, segons els/les entrevistat/des, les responsabilitats que tenen en la cura del seu cos, com s'impliquen en les activitats per preservar el seu benestar, com prenen accions de control sobre ell, i com porten a terme pràctiques corporals saludables.

La majoria dels nens i nenes consideren que tenen una bona cura del seu cos i apunten majoritàriament als mateixos aspectes que ja han assenyalat a l'hora de fer referència als principals hàbits i comportaments autoreconeguts per aquests/es per a portar una vida saludable. Subratllen que les principals formes en què cuiden del seu cos és no seguint hàbits sedentaris i fent exercici, portant una bona alimentació o mitjançant els seus hàbits d'higiene. També expliquen com tracten d'atendre el seu cos protegint-lo de les inclemències del temps i de possibles malalties; a més de vigilant de no fer-se mal, sent prudents i evitant tenir accidents.

En els relats s'observa que és a casa sobretot on els/les nens/es pensen que es té cura del seu cos, remarcant la importància de l'ajuda dels pares o altres familiars, sobretot de les mares, les quals són les primeres a ser citades per la major part dels nens i nenes; en canvi, poques són les vegades que ells/es anomenen als professors o als metges com aquells que els procuren assistència en aquesta tasca.

Aquest suport per part dels adults és percebut com més necessari com més petit és el nen o la nena i, encara que narren que ells/es tenen cura del seu cos, indiquen també moltes vegades la participació dels membres de la seva família –mare, pare, àvia, germans...– en aquesta comesa. Són els/les informants més grans els que més insisteixen en la seva autonomia en aquestes tasques, especificant que són sobretot ells mateixos els que tenen cura del seu cos, encara que les mares o altres familiars els puguin donar un cop de mà quan ho necessiten. Això pot respondre a una major autonomia en els hàbits i rutines de la vida quotidiana que se'ls demana als nens a mesura que creixen des d'institucions com la família o l'escola, ja que, com afirma Mayall (1993), aquests estan negociant constantment amb els adults quins són els deures, les responsabilitats i les activitats relacionades amb la cura de la salut que han de fer o

quines tasques són convenientes o desitjables que portin a terme, a més de quines d'aquestes rutines poden realitzar de manera independent i quines han de passar pel control i la supervisió dels adults.

D'aquesta manera, els seus cuidadors els ajuden en la cura del seu cos, vigilant els seus hàbits i les seves activitats quotidianes, atenent-los o donant-los suport quan ho necessiten, curant-los quan no es troben bé o es fan mal, o dient-los consells i recomanacions. El nens i les nenes citen com els pares o altres membres de la seva família els donen un cop de mà en tasques quotidianes com netejar-se, vestir-se o dormir; o també controlen que aquestes es duguin a terme. Altres de les formes en què els adults els donen suport a l'hora de cuidar dels seus cossos, i que els/les nens/es més apunten, és vigilant la seva alimentació, atenent-los quan es fan mal, estant al corrent de possibles malalties per a prevenir-les o tenint cura d'ells/es quan ja estan malalts, així com aconsellant-los sobre què haurien de fer o deixar de fer i explicant-los com ho haurien de realitzar.

Les narratives al voltant del cos, el malestar i el patiment

Els/les nens/es, a l'igual que els adults, procedeixen i actuen en les seves vides quotidianes sense parar esment als seus cossos. Segons Leder, (1990), en la realitat diària, les persones realitzen les seves rutines donant per descomptat als seus cossos, malgrat ser aquests fonamentals en la seva experiència i estar sempre presents en el desenvolupament de les interaccions del cada dia. S'ha examinat, així, com, encara que el cos, com a element o propòsit temàtic apareix poc en la normalitat de l'experiència diària dels nens, aquest no és completament absent o inexistent i, en certa manera no reflexiva, tenen consciència del seu cos com allò seu que li permet interaccionar amb la seva realitat.

S'ha explorat també com els/les nens/es reflexionen sobre els seus cossos i se'ls ha interrogat al voltant de les percepcions i coneixements que tenen d'aquest, de com està configurat i de com funciona. En les seves narratives expressen tenir prou coneixement del seu propi cos i del seu funcionament, mostrant-lo com a quelcom que els permet viure o com a eina per poder portar a terme accions, projectes i tasques en el seu món quotidià.

Tot i així, els nens i les nenes no perceben tenir un coneixement per igual de totes les parts del seu cos, observant àrees més conegudes o properes que d'altres, que són sentides com més

distants o més absents en les seves reflexions. Com Leder (1990) afirma, els diversos àmbits del que està conformat el cos funciona autòctonament seguint principis diferents, i és viscut, d'aquesta manera, com a quelcom harmònic però no homogeni, on la manera de percebre cada part del cos és desigual.

Aquest autor apunta també que les zones del cos que no es mostren directament a la vista es perceben com més estranyes i distants. De la mateixa forma, les parts del cos les quals els/les nens/es entrevistats/des declaren conèixer menys i de les que són menys conscients són aquelles que físicament no poden veure. Per una banda, indiquen el seu desconeixement sobre els òrgans o àrees internes, on la pell, com a una frontera, separa el que és visible de les regions del cos que estan amagades; i per altra, fan referència al fet que desconeixen també aquelles regions del cos que, encara que són externes, no podem tenir un contacte visual directe amb les que elles, i només poden ser observades pels altres o a través del reflex d'un mirall.

Per altra banda, els nens i les nenes assenyalen que són poc conegudes aquelles parts del cos en les que no han parat atenció, de les que no tenen prou coneixement, de les que no han sentit parlar o no saben com funciona, o de les que encara no els han explicat res a classe. De la mateixa manera, comenten que es fan més conscients de certes regions del seu cos quan reben informació sobre elles, d'on estan situades o de com funcionen, quan és aquest coneixement que disposen del seu cos el que fa que puguin percebre certes zones com a més properes i presents.

Segons Leder (1990), és en els moments de disfunció, dolor o malaltia que les persones poden arribar a ser més conscients dels seus cossos i esdevenir quelcom al que es para més esment. És, per tant, quan el nen experimenta patiment o emmalalteix que pren una major consciència del seu cos i l'experiència d'aquest està més present, on al mateix temps que el cos conegut és alterat, aquestes experiències pertorbadores trenquen també amb el cada dia de la vida quotidiana del nen i amb la realitat que la comprèn. Com Kleinman (1988) o Becker (1997) apunten, una pertorbació com el patiment o la malaltia pot trencar amb les rutines de la vida quotidiana de les persones i els supòsits que les sustenten, deixant-les fora de la vida de sentit comú de la seva realitat.

Els nens i les nenes reconeixen el seu patiment i ho articulen a través de les seves narratives, reflexionant sobre les seves situacions presents i passades i estructurant les seves experiències personals al voltant de significats culturals en relació a la salut, la malaltia o el risc. En aquest sentit, la recerca també ha tractat d'indagar en els diferents relats sobre patiment i afliccions dels/les nens/es, per tal de veure com esbossen les relacions entre ells mateixos, els seus cossos, els seus contextos i les seves vides quotidianes durant aquests episodis. En aquestes explicacions sobre aquelles experiències de commoció o pertorbació que han irromput en les seves vides, fan referència al malestar causat per malalties, per ferides i fractures provocades pels accidents, per les intervencions quirúrgiques, però també a altres estats o sentiments com la soledat, la tristesa, la por, el cansament o la ira, així com a alguna adversitat o esdeveniment que hagi tingut un impacte negatiu en les seves vides quotidianes.

En els seus relats sobre malestars i afliccions, les malalties són reconegudes pels/les nens/es com a quelcom pertorbador i com a principal causa dels seus patiments. En aquests parlen de malalties comunes –la varicel·la, la grip, les al·lèrgies i els constipats són les més anomenades–, dels seus símptomes –mal de coll, de cap, de panxa, d'orella, febre, tos, mocs, granets, picors o vòmits– i les repercussions que van comportar en la seva vida quotidiana –no poder sortir de casa, estar al llit i no poder moure's o no anar al col·legi–. En les entrevistes, quan exposen les sensacions, experiències i sentiments associats al malestar i patiment viscuts durant aquests episodis de malaltia, comenten com se sentien, què percebien i quin era el seu estat d'ànim, tractant de reflectir el que anaven experimentant durant tot el període en què van estar malalts.

Els nens i les nenes posen èmfasi sobretot en els malestars que creen els símptomes, més que en les malalties en si mateixes, apuntant tant a alguns dels seus signes o manifestacions més visibles com a aquelles sensacions, experiències i sentiments, que els creen patiment i que no solen tenir exterioritzacions observables. Però a la vegada subratllen que no són només els símptomes els que els incomoda i els fan patir, sinó que es queixen de les angoixes derivades dels tractaments de la malaltia: esmenten els itineraris terapèutics pels quals passen –donant detalls sobre el procés d'exploració mèdica per a arribar al diagnòstic– així com descriuen els tractaments i recursos utilitzats per a guarir-los –com ara xarops, injeccions o pomades–. Assenyalen, per tant, aquests tractaments mèdics i proves diagnòstiques com a causes de malestar, remarcant el patiment que poden provocar, malgrat que aquests arribin a ser beneficiosos, per curar la malaltia o per ajudar a diagnosticar-la.

A més, durant la malaltia no és només el cos del nen el que experimenta canvis sinó també la seva vida diària, ja que incapacita el seu cos i no li permet realitzar les seves activitats quotidianes, al mateix temps que el pot privar de les seves relacions actives amb els altres i aïllar de la resta de persones. Com afirma Good (2003), en ser el cos el fonament de l'experiència de l'individu en el món, la malaltia no només afecta al cos sinó a la vida quotidiana i a l'experiència viscuda. D'aquesta manera, per autors com Bendelow i Williams (1995), el dolor o la malaltia, com a experiència, envaeix tots els aspectes de la vida de la persona i pot portar tant a l'alteració de les seves biografies i del que es dona per descomptat, com a redefinició de les seves relacions, de l'espai i del temps. Així, els/les nens/es narren com, moltes vegades, quan estan malalts, han d'estar ajaguts al llit, no poder sortir de casa o han de deixar d'anar al col·legi; i, en el cas de les malalties víriques, el fet que aquestes siguin contagioses, fan que hagin d'estar apartats de la resta de la gent, sentint-se allunyats de les persones que formen part del seu entorn quotidià.

En les seves explicacions, els nens i les nenes també parlen de la responsabilitat en relació a la malaltia, on incideixen en la importància de la vigilància, acompanyament i cura per part d'adults durant aquests episodis. Ells/es senten que tenen un paper important en els processos de prevenció de la malaltia però no a l'hora de prendre accions o decisions per resoldre situacions de malaltia quan aquesta ja s'està patint. Pels nens, vigilar, controlar i curar el seu cos malalt no és a les seves mans sinó a la dels adults: pares, d'altres familiars i metges.

Una altra causa de malestar sovint apuntat pels nens i nenes són les provocades pels accidents, on narren, de manera seqüencial i com en una espècie de trama, com va tenir lloc l'accident – com va succeir i què els va ocasionar–, així com la part del cos que va ser afectada, el tipus de lesions que van provocar i la seva gravetat. Segons Becker (1997), la trama és un component clau de la narrativa, que actua activament com a mediador entre aquesta i el temps per dibuixar una configuració més enllà d'una simple successió.

També expliquen amb detall les sensacions i experiències de patiment i ansietat que envoltava la situació perturbadora que estaven vivint, on exposen aspectes com el dolor que van patir i com se sentien, qui els va atendre en aquells moments o com va ser el procés de cura, el seu tractament i el període de recuperació. Les narratives il·lustren com la perturbació pot perdurar més enllà del moment de l'accident, i que els/les nens/es continuen experimentant

angoixa i patiment durant el procés de cura i el període de convalescència i rehabilitació; inclús, amb posterioritat al guariment i recuperació de les lesions, quan el trastorn implica canvis permanents en el seu cos o en la seva vida quotidiana.

Per altra part, les intervencions quirúrgiques, a l'igual que les malalties i les lesions per accidents, són quelcom que també els nens i les nenes recorden com a traumàtic i pertorbador en els seus relats de malestar i, en les seves vivències associades a aquestes intervencions, descriuen l'angoixa i la por abans de l'operació, les sensacions de malestar del postoperatori i les experiències que envoltaven la seva convalescència a l'hospital.

Encara que les malalties, els accidents i les intervencions quirúrgiques són les causes de patiment més citades pels/les entrevistats/des, aquestes no són les úniques fonts de malestar mostrades. Trobar-se malament o els moments de patiment no només estan associats a malalties o dolor físic sinó també fan referència a altres estats o sentiments com la soledat, la tristesa, la por, el cansament o la ira, així com a alguna adversitat o esdeveniment que hagi tingut un impacte negatiu en les seves vides quotidianes. Els nens i les nenes fan esment, d'aquesta manera, a certs moments de la vida o situacions que els van causar aflicció o patiment emocional. De vegades aquest malestar va ser degut a la pèrdua d'un ésser estimat o pel fet de veure patir una persona propera, en altres per experimentar incomoditat en certs contextos o circumstàncies, o per barallar-se amb algun amic o amb algun membre de la seva família. Tanmateix, els canvis d'entorn en la seva vida quotidiana són també assenyalats com a quelcom que els provoca aflicció, així com les situacions en les quals s'han sentit separats d'alguna persona amb qui han conviscut, els moments en què s'enyoren i troben a faltar als pares, o quan estan en un entorn allunyat de la família.

Finalment apuntar que les dades d'aquest treball han mostrat l'existència d'algunes variacions en funció del sexe i l'edat dels informants. Com s'ha pogut observar en pàgines anteriors, s'ha constatat en les narratives algunes diferències entre els nois i les noies entrevistats/des, on es pot destacar que, en el cas de les nenes, es té un record més clar dels consells i recomanacions sobre salut per part dels adults i s'esmenta més sovint el paper dels metges i de la seva responsabilitat en la cura de la seva salut; així com, entre els nens, es distingeix el fet de que són aquests els que tenen més present les lesions físiques com a signes corporals per a reconèixer l'estat de salut d'una persona i insisteixen més en aquelles pràctiques relacionades

amb la higiene del cos a l'hora de diferenciar el que els manté sans del que és perjudicial per a la seva salut.

Però són les diferències en funció de l'edat dels nens les que marquen més distincions entre els discursos al voltant de la salut dels/les entrevistats/des. D'aquelles ja comentades, a continuació se subratllen les que poden ser més significatives:

- En relació amb la presència o absència de malalties, com a indicadors a l'hora de saber si un cos és sa o poc sa, entre els més petits (de 1er, 2on o 3er de primària) es percep el patiment de malalties comunes i poc greus com a quelcom que pot caracteritzar a una persona poc sana. En canvi, els/les nens/es més grans (de 4rt, 5è i 6è curs) reflexionen sovint sobre el fet que les persones sanes poden tenir malalties comunes, com la grip o els constipats, on aquestes entren en la normalitat de la vida quotidiana, diferenciant-les, d'aquesta manera, de malalties severes, cròniques o amb greus seqüeles que pateixen les persones amb poca salut.
- En les narratives sobre salut i alimentació s'han apreciat també algunes diferències en funció de l'edat dels menors entrevistats. Si els més petits consideren com a persones amb mala salut no només aquelles que no tenen uns bons hàbits alimentaris sinó que, a més, mostren signes que associen al fet de no haver seguit una dieta equilibrada –com estar massa grassos–, els/les nens/es més grans, per la seva part, emfatitzen més la importància de l'existència d'un equilibri en l'alimentació i de les conseqüències de tombar la balança cap a un costat o un altre –no créixer si menges poc o estar gras si menges massa–.
- Tanmateix, a l'hora d'exposar què pot ser perjudicial per a la salut, els nens i nenes de menys edat incideixen més en certs estats d'ànim i comportaments, mentre que els més grans reflexionen en com pot ser nociu el fet de seguir una sèrie d'hàbits considerats com a negatius. Si els més petits qualifiquen de perjudicials tant aquells estats d'ànims relacionats amb la tristesa i l'abatiment com aquells altres que fan referència al fet d'estar de mal humor o enfadat, els/les nens/es de més edat estimen que certes pràctiques, com fumar, beure alcohol o consumir drogues, incrementen el risc d'emmalaltir i posen en perill el seu cos i la seva salut, remarcant, al mateix temps, que els efectes negatius d'aquests hàbits venen agreujats encara més pel caràcter addictiu de les substàncies que es fan servir en aquestes pràctiques.

- Al referir-se a les recomanacions sobre salut per part dels adults, en el cas dels nens i nenes més petits, hi ha un record més present dels consells que tracten d'evitar accidents o aquells que tenen a veure amb la cura del cos –com el fet de no passar fred, no mullar-se o no tirar-se pel terra–, mentre entre els més grans, en canvi, es tendeix a tenir més record de tota una sèrie d'avertiments que van dirigits cap a una situació futura –per quan ells/es siguin més grans–, com aquells que tenen a veure amb hàbits perjudicials i poc saludables com fumar o, de manera més minoritària, consumir drogues.
- També les dades mostren com entre els/les nens/es els més grans hi ha present la idea de que són ells/es els majors responsables a l'hora de mantenir-se sans, i que han de ser principalment ells mateixos els que han de tenir cura de la seva salut i del seu cos. S'ha observat, així, que en relació a aquestes feines d'autocura i manteniment, l'autosuficiència depèn de l'edat del/la nen/a, coincidint amb la major autonomia en els hàbits i rutines de la vida quotidiana que se'ls demana als nens a mesura que creixen des d'institucions com la família o l'escola. Són, per tant, els/les informants de més edat els que més insisteixen en la seva autonomia en aquestes tasques, especificant que són sobretot ells mateixos els que tenen cura del seu cos, encara que les mares o altres familiars els puguin donar un cop de mà quan ho necessiten.

IX. Conclusions



Aquesta tesi ha explorat les experiències quotidianes dels nens i les nenes per tal d'examinar com es construeixen i gestionen els significats al voltant de la salut, el patiment i la malaltia en les seves vides. S'ha estudiat tota una sèrie de continuïtats observades entorn a les seves vivències diàries en relació amb la salut, aprofundint en els elements que els/les nens/es associen amb un cos sa o poc sa, i els quals formen part de les seves experiències i representacions sobre salut, així com en aquells factors que ells/es pensen que contribueixen a assolir un estat de benestar o que poden ser perjudicials per a la seva salut. Tanmateix, s'ha tractat d'indagar en els diferents coneixements al voltant de la salut que els arriba tant mitjançant els discursos dels adults com de les pràctiques quotidianes que realitzen; en com els/les nens/es assignen les responsabilitats sobre la cura de la salut i del seu cos i en com s'impliquen en les activitats per preservar el seu benestar. Finalment, també s'han analitzat els relats on els nens i les nenes reflexionen sobre els seus cossos, i aquelles narracions on parlen d'alguna experiència de commoció o pertorbació en les seves vides.

A l'hora d'estudiar teòricament les experiències viscudes dels/les nens/es sobre salut, patiment i malaltia, i el seus vincles amb els significats i les representacions socioculturals al voltant d'aquests temes, un acostament a la realitat intersubjectiva ha ajudat a copsar les diferents percepcions sobre salut dels nens i nenes i veure les connexions existents entre les seves experiències subjectives i la realitat social i institucional amb les que es troben vinculades. Aquesta aproximació fenomenològica ha permès d'aprofundir en els conceptes d'experiència, d'intersubjectivitat i de cos. També han estat rellevants en aquest treball propostes dialèctiques dins de les ciències socials que integren i combinen diferents nivells d'anàlisi, per tal d'apropar-se a una comprensió tant de l'experiència fenomenològica com a base de l'ésser-al-món, com dels seus contextos, circumstàncies socials i processos institucionals. Així, ha estat mitjançant les aportacions d'aquestes dues perspectives que s'ha pogut examinar com les experiències quotidianes dels nens i nenes al voltant de la salut estan vinculades tant amb altres experiències com amb un conjunt de significats compartits, de representacions culturals i de pràctiques socials que interactuen entre si per tal de configurar la realitat del nen a l'entorn de la salut i la malaltia com a objectivació social i com a experiència viscuda.

Un altre element imprescindible ha estat tenir en compte el paper dels nens i nenes en la construcció de la seva realitat, fent servir un acostament a les experiències en salut derivat de la pròpia perspectiva dels nens i nenes. D'aquesta manera, s'ha partit d'algunes de les premisses de l'"emergent paradigm" per l'estudi dels nens i la infància en les ciències socials i, per tant, d'una aproximació centrada en els nens com a actors socials competents amb una participació activa en la vida social i amb un rol important en la construcció dels seus mons i relacions. Tanmateix, s'ha recollit la proposta d'aquells autors que han traslladat a l'àmbit de les ciències socials i la salut part d'aquest debat sobre el paper actiu dels nens com a constructors de la seva realitat i que reclamen la necessitat de desenvolupar formes d'investigació que ens apropi més a com els nens negocien la seva salut. Aquests plantejaments han permès indagar en les experiències de salut de la vida quotidiana dels nens i nenes, considerant a aquests/es no només com a descobridors dels significats que provenen de la seva realitat sinó també com a creadors d'aquests significats, a través de les seves pròpies comprensions i interpretacions.

Per tal d'arribar a aprofundir en les experiències dels nens i nenes al voltant de la salut des de la seva pròpia perspectiva ha estat essencial la utilització d'un conjunt de mètodes i tècniques d'anàlisi que ha fet possible fer sentir la veu dels nens i nenes. L'ús d'entrevistes semi-estructurades, llistats lliures i dibuixos amb la tècnica "draw and write", de manera combinada i conjunta, amb una triangulació de les dades resultants, ha permès un millor apropament a com s'arriben a construir les percepcions dels nens i nenes sobre salut i malaltia, a com aquests/es s'involucren i intervenen en aquestes construccions, i a com gestionen els diferents significats en salut en les seves vides diàries.

Encara que les entrevistes semi-estructurades han representat una part central de la investigació, tots els mètodes i tècniques utilitzats han estat, en el seu conjunt, fons complementàries d'informació que han servit per a indagar en els diferents continguts i dimensions d'aquest treball. Per una banda, les entrevistes semi-estructurades i els dibuixos amb tècniques "draw and write" –les dades de les quals van ser analitzades mitjançant mètodes i estratègies de la Teoria Fonamentada–, han estat molt importants a l'hora d'obtenir informació sobre la forma en què la salut, el patiment i la malaltia són viscuts en les experiències quotidianes dels/les nens/es participants, així com de les relacions existents entre les experiències viscudes, els significats i representacions compartits, i certes pràctiques socials que interactuen per tal de conformar la realitat del nen. Per altra banda, els llistats lliures i

l'anàlisi de dominis culturals han estat de gran utilitat de cara a conèixer les experiències col·lectives i les representacions socioculturals sobre salut dels nens i nenes i arribar a comprendre com aquests incorporen significats col·lectius en les seves pròpies experiències.

D'aquesta manera, aquesta tesi doctoral s'ha endinsat en l'estudi de com els nens i les nenes gestionen els significats al voltant de la salut, el patiment i la malaltia en les experiències de les seves vides quotidianes, així com en explorar els vincles existents entre aquesta experiència viscuda, les activitats i accions que les modelen i les guien i les representacions socials com a constructores de realitat.

La forma en la qual els/les nens/es gestionen els significats sobre salut en l'experiència de les seves vides diàries i entenen la seva realitat corporal i la dels altres en la seva elaboració del que és un cos saludable o poc saludable està vinculada a tota una sèrie de representacions socioculturals i categories de coneixement moral de la societat en la qual viuen. Tot i així, els diferents discursos existents al voltant de la salut són subjectivats pels/les nens/es, on no només són reproduïts sinó també reconstruïts i reinventats, i, per tant, no sempre aquests/es assignen a la salut el mateix significat, transcendència o vinculacions que les institucions i els experts. Les caracteritzacions del que és una persona sana o poc sana per part dels nens i les nenes es mouen en un ventall de possibilitats i són (re)elaborats al voltant de tres elements: els signes del cos com a processos comunicatius del que és saludable, els hàbits i estils de vida que porten a tenir un cos saludable i els comportaments i estats d'ànim associats a una persona sana.

Tanmateix, el conjunt d'idees i percepcions sobre que és el que ens manté sans i ens pot ajudar a assolir un estat de benestar fan referència sobretot a factors que tenen a veure amb els hàbits i estils de vida saludables, a la cura i el manteniment del cos i al desenvolupament i el gaudiment de la persona. Pel que fa, en canvi, a aquells aspectes que poden ser perjudicials i posar en risc la salut, els/les nens/es incorporen una sèrie de discursos al voltant del risc i la prevenció del perill en salut, on s'incideix sobretot en els hàbits i estils de vida, i on hi ha un gran èmfasi en l'autocontrol i la responsabilitat de la persona.

Els perills són, per tant, uns dels elements que participen en la configuració d'aquestes percepcions dels nens i nenes sobre el que pot afectar a la salut, on es considera les possibles amenaces existents per les vides de les persones i s'incideix en tota una sèrie d'actituds vistes

com a imprudents i de conductes considerades arriscades. Existeix, per tant, un sentit de responsabilitat per part dels nens i nenes a l'hora de mantenir el seu cos sa i un sentiment de culpabilitat per no estar sa, emmalaltir o patir alguna lesió. Els missatges i discursos morals al voltant de la salut sobre què han de fer o deixar de fer envolten les seves vides, sentint sovint que el fet d'estar o no sans depèn d'ells/es, i fent-los pensar que patir un accident o emmalaltir pot ser una conseqüència dels seus actes o de no haver seguit les recomanacions sobre pràctiques saludables proporcionats per la família, l'escola o els metges.

Així, una sèrie d'expectatives socioculturals del que s'espera que els/les nens/es coneguin, pensin i facin per a estar sans, i que varia depenent de l'edat, el sexe o el context social d'aquests, defineixen les responsabilitats, rutines i pràctiques dels nens envers la salut en la vida quotidiana, conformant, per tant, les seves experiències personals al voltant d'aquesta. En relació amb aquests hàbits quotidians, es revela que existeix una tensió entre els principis exteriors acceptats pels nens i nenes d'allò que pot repercutir en el seu l'estat de salut i la seva posada en pràctica, on no sempre els coneixements que aquests tenen sobre què és o no saludable són aplicats en la seva vida diària. Es fan, per tant, evidents les contradiccions entre els discursos apresos i les pràctiques dutes a terme, entre el que saben que haurien de fer i el que realment acaben fent. D'aquesta manera, moltes vegades, el fet de seguir alguns tipus d'hàbits que ells/es mateixos/es consideren poc saludables ve autojustificat per tractar-se de quelcom associat a la infància i que solen fer la majoria dels/les nens/es, tendint a acceptar-ho com a pràctiques normals entre ells/es.

Pel que fa a les activitats i feines d'autocura i manteniment del seu cos i de la seva salut, l'autosuficiència del/la nen/a en relació amb aquestes tasques depèn de la seva edat, coincidint amb la major autonomia en els hàbits i rutines de la vida quotidiana que se'ls demana a mesura que creixen des d'institucions com la família o l'escola. Malgrat aquesta autonomia, els nens i nenes pensen que els adults amb qui conviuen els han de donar suport a l'hora de tenir cura de la seva salut i els han de proporcionar un ambient net, saludable i segur.

Són en les seves narratives sobre malalties i lesions quan els nens i les nenes incideixen més en la importància de la vigilància, l'acompanyament i la cura per part d'adults. Aquests/es consideren que tenen un paper important en els processos de prevenció, però no a l'hora de prendre accions o decisions per resoldre situacions de malaltia quan aquesta ja s'està patint, i on vigilar, controlar i curar el seu cos malalt no és a les seves mans sinó a la dels adults.

És també en aquests relats que els nens i les nenes mostren una major consciència del seu cos i reflexionen al voltant de les alteracions produïdes en ell. En aquest sentit, contrasta amb aquelles narracions dels nens/es que fan referència a la normalitat de la seva experiència diària, on el cos, com a element o propòsit temàtic, apareix poc –malgrat que no és completament absent o inexistent, i que, en certa manera no reflexiva, tenen consciència d’ell com allò seu que els permet interaccionar amb la realitat–.

Però en aquests episodis de disrupció per malaltia o lesions, els nens i nenes senten que no és només el seu cos el que experimenta canvis sinó també la seva vida diària, ja que aquestes situacions els incapaciten per poder realitzar les seves activitats quotidianes al mateix temps que els pot privar de les relacions actives amb els altres i aïllar-los de la resta de persones. Aquesta posició és més evident quan la pertorbació perdura més enllà del procés de cura i el període de convalescència o rehabilitació s’allarga, quan els/les nens/es continuen experimentant angoixa i patiment posteriorment al guariment de la malaltia o la recuperació de les lesions i, sobretot, quan el trastorn implica canvis permanents en el seu cos o en la seva vida quotidiana.

X. Referències Bibliogràfiques



Alderson, P. (1995). *Listening to children. Children, ethics and social research*. Barking: Barnardo's.

Alexander, J.C. (1992). *Las teorías sociológicas desde la segunda guerra mundial. Análisis multidimensional*. Barcelona: Editorial Gedisa.

Alves, P.C. (1993). A Experiência da Enfermidade: Considerações Teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 9(3): 263-271.

Alves, P.C.; Rabelo, M.C. (1999). Significação e Metáforas na Experiência da Enfermidade. A: Rabelo, M.C.; Alves, P.C.; Souza, I.M. (eds). *Experiência de Doença e Narrativa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Alves, P.C.; Rabelo, M.C. (1998). Repensando os estudos sobre representações e práticas em saúde/doença. A: Alves, P.C.; Rabelo, M.C. (eds). *Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Editora Relume Dumará.

Amezcu, M.; Gálvez Toro, A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: Perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Rev Esp Salud Pública*, 76(5): 423-436.

Ariés, P. (1992). The discovery of childhood. A: Jenks C. (ed.). *The Sociology of Childhood*. Hampshire: Gregg Revivals.

Ariès, P. (1987). *El niño y la vida familiar en el Antiguo Régimen*. Madrid: Ed. Taurus.

Arroyo, J.M. (2002). Tuberculosis en prisión. Comparación de las claves culturales de esta enfermedad desde dos perspectivas: la de los sanitarios penitenciarios y la de los reclusos. *Rev Esp Sanid Penit*, 4: 50-57.

Atkinson, P.; Coffey, A.; Delamont, S.; Lofland, J.; Lofland, L. (2007). *Handbook of ethnography*. London: Sage Publications.

Backett-Milburn, K. (2000). Parents, Children and the Construction of the Healthy Body in Middle- Class Families. A: Prout, A. (ed.). *The body, childhood and society*. London: Macmillan Press LTD.

Backett-Milburn, K.; McKiel, L. (1999). A critical appraisal of the draw and write technique. *Health Education Research*, 14(3): 387-398.

Barg, FK.; Huss-Ashmore, R.; Wittink, MN.; Murray, GF.; Bogner, HR.; Gallo, JJ. (2006). A: Mixed-Methods Approach to Understanding Loneliness and Depression in Older Adults. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 61B(6): S329-S339.

Becerra Hernández, JJ.; Nuño Gutiérrez, BL. (1997). Grado de consenso cultural de la sexualidad en egresados y maestros del diplomado "Sexualidad humana y sociedad". *Rev. Méd. IMSS*, 35(1): 37-42.

Becker, G. (1997). *Disrupted lives. How people create meaning in a chaotic world*. Berkeley: University of California Press.

Bendelow, GA.; Williams, SJ. (1995). Transcending the dualisms: towards a sociology of pain. *Sociology of Health; Illness*, 17(2): 139-165.

Bennett, I.; Switzer, J.; Aguirre, A.; Evans, K.; Barg, F. (2006). 'Breaking It Down': Patient-Clinician Communication and Prenatal Care Among African American Women of Low and Higher Literacy. *The Annals of Family Medicine*, 4(4): 334-340.

Berger, P.; Luckmann, T. (1988). *La construcció social de la realitat*. Barcelona: Ed. Herder.

Bernard, HR. (2006). *Research methods in anthropology: qualitative and quantitative approaches*. Lanham, MD: AltaMira Press.

Bernard, HR. (ed.) (1998). *Handbook of Methods in Cultural Anthropology*. Walnut Creek, CA: AltaMira Press.

Bidney, D. (1973). Phenomenological Method and the Anthropological Science of the Cultural Life-World. A: Natanson, M. (ed.). *Phenomenology and the Social Sciences*. Vol I. Evanston: Northwestern University Press.

Biehl, JG.; Good, B.; Kleinman, A. (2007). Transformations in Social Experience and Subjectivity. A: Biehl, JG.; Good, B.; Kleinman, A. (eds.). *Subjectivity: ethnographic investigations*. Berkeley: University of California Press.

Boholm, A. (2003). The cultural nature of risk: Can there be an anthropology of uncertainty?. *Ethnos*, 68(2): 159-178.

Borgatti, SP. (1999). Elicitation Techniques for Cultural Domain Analysis. A: Schensul, J.; Weeks, M. (eds.). *The Ethnographic Toolkit*. CA: Sage Publications.

Borgatti, SP. (1996). *ANTHROPAC 4.0 Methods Guide and Reference Manual*. Natick, MA: Analytic Technologies.

Borgatti, SP. (1994). Cultural Domain Analysis. *Journal of Quantitative Anthropology*, 4: 261-278.

Brower, RS.; Jeong, HS. (2008). Grounded Analysis Going Beyond Description to Derive Theory from Qualitative Data. A: Miller, GJ.; Yang, K. (eds.). *Handbook of Research Methods in Public Administration*. FL: CRC Press.

Bryant, A.; Charmaz, K. (2007a). Grounded Theory in Historical Perspective: An Epistemological Account. A: Bryant, A.; Charmaz, K. (eds.). *The SAGE Handbook of Grounded Theory*. London: Sage Publications.

Bryant, A.; Charmaz, K. (2007b). Grounded Theory Research: Methods and Practices. A: Bryant, A.; Charmaz, K. (eds.). *The SAGE Handbook of Grounded Theory*. London: Sage Publications.

Bryman, A. (2008). *Social research methods*. Oxford; New York: Oxford University Press.

Caballero, R.; Torres, T.; Chong, F.; Pineda, A.; Altuzar, M.; López, B. (2006). Concepciones culturales sobre el dengue en contextos urbanos de México. *Rev. Saúde Pública*, 40(1): 126-133.

Camarena, L.; von Glascoe, C. (2007). Perspectiva de calidad de atención prenatal alterna a la institucional: ciudad de Chihuahua, México. *Rev Fac Nac Salud Pública*, 25(1): 40-49.

Canguilhem, G. (1986). *Lo normal y lo patológico*. Madrid: Siglo XXI.

Carman, T. (1999). The Body in Husserl and Merleau-Ponty. *Philosophical Topics*, 27(2): 205-226.

Charmaz, K. (2009). Shifting the grounds. Constructivist Grounded Theory Methods. A: Morse JM.; Stern, PN.; Corbin, J.; Bowers, B.; Charmaz, K.; Clarke, AE. (eds.). *Developing grounded theory: the second generation*. Walnut Creek, CA: Left Coast Press.

Charmaz, K. (2008). Constructionism and the Grounded Theory Method. A: Holstein, JA.; Gubrium, JF. (eds.). *Handbook of Constructionist Research*. New York: The Guilford Press.

Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory. A Practical Guide Through Qualitative Analysis*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Charmaz, K. (2002). Qualitative interviewing and grounded theory analysis. A: Gubrium, J.; Holstein, J. (eds.). *Handbook of interview research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Charmaz, K. (2000). Objectivist and constructivist Grounded Theory. A: Denzin, NK.; Lincoln, YS. (eds.). *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Charmaz, K.; Henwood, K. (2008). Grounded Theory. A: Willig, C.; Stainton-Rogers, W. (eds.). *The SAGE handbook of qualitative research in psychology*. London: Sage Publications.

Charmaz, K.; Mitchell, RG. (2007). Grounded Theory in Ethnography. A: Atkinson, P.; Coffey, A.; Delamont, S.; Lofland, J.; Lofland, L. *Handbook of ethnography*. London: Sage Publications.

- Christensen, PH. (2000). Childhood and the Cultural Construction of Vulnerable Bodies. A: Prout, A. (ed.). *The body, childhood and society*. Macmillan Press LTD: London.
- Christensen, P.; James, A. (2000). Researching Children and childhood: cultures of communication. A: Christensen, P.; James, A. (ed.). *Research with Children: Perspectives and Practices*. London: Falmer Press.
- Clover, A.; Browne, J.; McErlain, P.; Vandenberg, B. (2004). Patient approaches to clinical conversations in the palliative care setting. *Journal of Advanced Nursing*, 48(4): 333-341.
- Coad J.; Lewis AL. (2004). *Engaging children and young people in research - Literature review for NECF* (National Evaluation of the Children's Fund). Birmingham: University of Birmingham, Institute of Applied Social Studies.
- Coelho, MT.; Almeida, N. (1999). Normal-patológico, saúde-doença: revisitando Canguilhem. *Physis [online]*, 9(1): 13-36.
- Comelles, JM.; Martínez Hernàez, A. (1993). *Enfermedad, cultura y sociedad*. Madrid, Eudema.
- Corbin, JM. (2003). The body in Health and illness. *Qualitative Health research*, 13: 256-267.
- Coveney, J. (1998). The government and ethics of health promotion: the importance of Michel Foucault. *Health Education Research*, 13(3): 459-468.
- Crawford, R. (2006). Health as a meaningful social practice. *Health (London)*, 10(4): 401-420.
- Crawford, R. (1994). The boundaries of the self and the unhealthy other: reflections on health, culture and aids. *Soc. Sci. Med.*, 38(10): 1347-1365.
- Crossley, N. (1996). Body-Subject/Body-Power: Agency, Inscription and Control in Foucault and Merleau-Ponty. *Body & Society*, 2(2): 99-116.
- Csordas TJ. (2004a). Healing and the human condition: Scenes from the present moment in Navajoland. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 28(1): 1-14.
- Csordas, TJ. (2004b). Asymptote of the Ineffable Embodiment, Alterity, and the Theory of Religion. *Current Anthropology*, 45(2): 163-185.
- Csordas, TJ. (2001). Body: Anthropological Aspect. *IESBS (International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences)*. Oxford: Elsevier Science Ltd: 1270-1274.
- Csordas, TJ. (1995). Medical Anthropology as Cultural Anthropology. *American Anthropologist*, 97(4): 788-791.

- Csordas, T.J. (1994). Introduction: the body as representation and being-in-the-world. A: Csordas, T.J. (ed.). *Embodiment and experience: the existential ground of culture and self*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Csordas, T.J. (1993). Somatic Modes of Attention. *Cultural Anthropology*, 8(2): 135-156.
- Csordas, T.J. (1990). Embodiment as a Paradigm for Anthropology. *ETHOS*, 18(1): 5-47.
- Cutcliffe, JR. (2000). Methodological issues in grounded theory. *Journal of Advanced Nursing*, 31(6): 1476-1484.
- Cutcliffe, JR. (2005). Adapt or adopt: developing and transgressing the methodological boundaries of grounded theory. *Journal of Advanced Nursing*, 51(4): 421-428.
- Denscombe, M. (2003). *The good research guide: for small-scale social research projects*. Maidenhead: Open University Press.
- Denzin, NK. (2007). Grounded Theory and the Politics of Interpretation. A: Bryant, A.; Charmaz, K. (eds.) (2007). *The SAGE Handbook of Grounded Theory*. London: Sage Publications.
- Denzin, NK.; Lincoln, YS. (2005). *The Sage Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, CA: Sage publications.
- Denzin, NK.; Lincoln, YS. (eds.) (2000). *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, CA: Sage publications.
- Desjarlais, R.; Throop, J. (2011). Phenomenological Approaches in Anthropology. *Annu. Rev. Anthropol.*, 40: 87-102.
- Dey, I. (2007). Grounding Categories. A: Bryant, A.; Charmaz, K. (eds.) (2007). *The SAGE Handbook of Grounded Theory*. London: Sage Publications.
- Dillon, MC. (1988). *Merleau-Ponty's Ontology*. Bloomington and Indianapolis: Indiana University Press.
- Dowell, J.; Huby, G.; Smith, C. (eds.) (1995). *Scottish Consensus Statement on Qualitative Research in Primary Health Care*. Dundee: Tayside Centre for General Practice, University of Dundee.
- Dreyfus, H.; Rabinow, P. (1982). *Michel Foucault: Beyond Structuralism and hermeneutics*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Duque-Páramo, MC.; Dell Clark, C. (2007). Beyond Regulation. Ethical Questions for Research with Childred. *Anthropology News*, 48(4): 5.
- Esteban, ML. (2004a). *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y*

cambio. Barcelona: Edicions Bellaterra.

Esteban, ML. (2004b). Antropología encarnada. Antropología desde una misma. *Papeles del CEIC*, 12: 1-21 (<http://www.ehu.es/CEIC/papeles/12.pdf>).

Estruch, J. (1999). La Perspectiva Sociològica. A: Cardus, S. (coord.). *La Mirada del sociòleg*. Barcelona: Ed. Proa, Edicions de la Universitat Oberta de Catalunya.

Foucault, M. (1992). *Vigilar y castigar*. Madrid: Ed. Siglo XXI.

Foucault, M. (1991a). Governmentality. A: Burchell, G.; Gordon, C.; Miller, P. (eds.). *The Foucault Effect: Studies in Governmentality*. Hemel Hempstead: Harvester Wheatsheaf: 87-104.

Foucault, M. (1991b). *Saber y verdad*. Madrid: Ed. La Piqueta.

Foucault, M. (1982). The Subject and Power. A: Dreyfus, H.; Rabinow, P. *Michel Foucault: Beyond Structuralism and hermeneutics*. Chicago: The University of Chicago Press: 208-226.

Foucault, M. (1990). *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Barcelona: Ediciones Paidós.

Foucault, M. (1988). *Las Palabras y las cosas: una arqueología de las ciencias humanas*. México D.F.: Ed. Siglo XXI.

Foucault, M. (1987). *Historia de la sexualidad*. Vol. 1. La voluntad de saber. Vol. 2. El uso de los placeres. Vol. 3. La inquietud de sí. Madrid: Ed. Siglo XXI.

Foucault, M. (1985). *El Nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. México: Ed. Siglo XXI.

France, A.; Bendelow, G.; Williams, S. (2000). A: risky business: researching the health beliefs of children and young people. A: Lewis, A.; Lindsay, G. (eds.). *Researching Children's Perspectives*. Buckingham: Open University Press.

Freund, PE. (1990). The expressive body: a common ground for the sociology of emotions and health and illness. *Sociology of Health and Illness*, 12(4): 452-477.

Gadamer, HG. (1996). *El estado oculto de la salud*. Barcelona: Ed. Gedisa.

García de Alba, JE.; Salcedo, AL.; López, B. (2006). Una aproximación al conocimiento cultural de la diabetes mellitus tipo 2 en el occidente de México. *Desacatos*, 21: 97-108.

Geertz, C. (2000). *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Ed. Gedisa.

Geertz, C. (1994). *Conocimiento local. Ensayos sobre la interpretación de las culturas*. Barcelona: Ed. Paidós.

- Geurts, KL. (2003). On Embodied Consciousness in Anlo-Ewe Worlds: A Cultural Phenomenology of the Fetal Position. *Ethnography*, 4(3): 363-395.
- Giddens, A. (1987). *Las nuevas reglas del método sociológico. Crítica positiva de las sociologías interpretativas*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Glaser, BG. (1992). *Basics of grounded theory analysis*. Mill Valley, CA: Sociology Press.
- Glaser, BG.; Strauss, AL. (1967). *The discovery of grounded theory; strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine Publishing Company.
- Goffman, E. (1980). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.
- Golafshani, N. (2003). Understanding reliability and validity in qualitative research. *The Qualitative Report*, 8(4): 597-607.
- Good, B. (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Good, B. (1992). A Body in Pain – The Making of a World of Chronic Pain. A: DelVecchio Good, MJ.; Brodwin, PE.; Good, BJ.; Kleinman, A. (eds.). *Pain as Human Experience: An Anthropological Perspective*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press.
- Good, B. (1981). Rationality 'goes without saying'. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 5(4): 358-362.
- Good, B. (1977). The heart of what's the matter. The semantics of illness in Iran Culture. *Medicine and Psychiatry*, 1(1): 25-58.
- Good, B.; DelVecchio Good, MJ. (2005). On the "Subject" of Culture Subjectivity and Cultural Phenomenology in the Work of Clifford Geertz. A: Shweder, RA.; Good, B. (eds.). *Clifford Geertz by his colleagues*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Good, B.; DelVecchio Good, MJ. (1993). Learning Medicine. The Constructing of Medical Knowledge at Harvard Medical School. A: Lindenbaum, S.; Lock, M. (eds.). *Knowledge, Power, and Practice: The Anthropology of Medicine and Everyday Life*. Berkeley: University of California Press.
- Good, B.; DelVecchio Good, MJ. (1980). The meaning of symptoms: A cultural hermeneutic model for clinical practice. A: Eisenberg, L.; Kleinman, A. (eds.). *The Relevance of Social Science for Medicine*. Dordrecht: D. Reidel Publishing: 165-196.
- Greckhamer, T.; Koro-Ljungberg, M. (2005). The erosion of a method: examples from grounded theory. *International Journal of Qualitative Studies in Education*, 18(6): 729-750.

Green, J. (1997). Risk and the construction of social identity: children's talk about accidents. *Sociology of Health and Illness*, 19(4): 457-479.

Guest, G.; Bunce, A.; Johnson L. (2006). How Many Interviews Are Enough?: An Experiment with Data Saturation and Variability. *Field Methods*, 18(1): 59-82.

Habermas, J. (1988). *Teoría de la acción comunicativa*. Tomo I. Racionalidad de la acción y racionalización social. Tomo II. Crítica de la razón funcionalista. Madrid: Ed. Taurus.

Hallberg, LR. (2006). The "core category" of grounded theory: Making constant comparisons. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 1(3): 141-148.

Handwerker, WP.; Hatcherson, J.; Herbert, J. (1997). Sampling Guidelines for Cultural Data. *Field Methods*, 9(1): 7-9.

Harden, J.; Scott, S.; Backett-Milburn K.; Jackson S. (2000). Can't Talk, Won't Talk?: Methodological Issues in Researching Children. *Sociological Research Online*, 5(2) (<http://www.socresonline.org.uk/5/2/harden.html>).

Herrera-Suárez, CC.; García-De Alba, JE.; Vásquez-Garibay, EM.; Romero-Velarde, E.; Romo-Huerta, HP.; Troyo-Sanromán, R. (2008). Consenso Cultural sobre Alimentos en Adolescentes Embarazadas de Guadalajara, México. *Rev. Salud Pública*, 10(5): 723-731.

Heyes, CJ. (2007). *Self transformations: Foucault, ethics, and normalized bodies*. Oxford; New York: Oxford University Press.

Hildenbrand, B. (2007). Mediating Structure and Interaction in Grounded Theory. A: Bryant A.; Charmaz K. (eds.). *The SAGE handbook of grounded theory*. London: Sage Publications.

Hirsch, SM.; Wright PG. (1993). De Bali al posmodernismo: una entrevista con Clifford Geertz. *Alteridades*, 3(5): 119-126.

Hirschfeld, LA. (2002). Why don't anthropologists like children?. *American Anthropologist*, 104(2): 611-627.

Holton, JA. (2007). The coding process and its challenges. A: Bryant A.; Charmaz K. (eds.) (2007). *The SAGE Handbook of Grounded Theory*. London: Sage Publications.

Honkasalo, ML. (1998). Space and Embodied Experience: Rethinking the Body in Pain. *Body & Society*, 4(2): 35-57.

Horstman, M.; Aldiss, S.; Richardson, A.; Gibson, F. (2008). Methodological Issues When Using the Draw and Write Technique With Children Aged 6 to 12 Years. *Qualitative Health Research*, 18(7): 1001-1011.

Hughner, RS.; Kleine, SS. (2004). View of health in the lay sector: a compilation and review of how individuals think about health. *Health*, 8 (4): 395-422.

Husserl, E. (1991). *La crisis de las ciencias europeas y la fenomenología trascendental*. Barcelona: Editorial Crítica.

Jackson, M. (1996). Phenomenology, Radical Empiricism, and Anthropological Critique. A: Jackson, M. (ed.). *Things as They Are: New Directions in Phenomenological Anthropology*. Bloomington: Indiana University Press.

James, A. (2000). Embodied Being(s): Understanding the Self and the Body in Childhood. A: Prout, A. (ed.). *The body, childhood and society*. London: Macmillan Press LTD.

James, A.; Prout A. (eds.) (1997). *Constructing and Reconstructing Childhood: Contemporary Issues in the Sociological Study of Childhood*. London: Falmer Press.

James, A.; Jenks C.; Prout A. (1998). *Theorizing Childhood*. Cambridge: Polity Press.

Jenks, C. (2000). Zeitgeist Research on Childhood. A: Christensen, P.; James, A. (eds.). *Research with Children: Perspectives and Practices*. London: Falmer Press.

Jenks, C. (1996). *Childhood*. London: Routledge.

Jenks, C. (1992) (ed.). *The Sociology of Childhood*. Hampshire: Gregg Revivals.

Jeong, H-S. (2009). A phenomenological approach to Grounded analysis: An interpretive understanding of theory-in-data. *International Review of Public Administration*, 14(1): 103-117.

Katz, J.; Csordas TJ. (2003). Phenomenological ethnography in sociology and anthropology. *Ethnography*, 4(3): 275-288.

Kavanagh, AM.; Broom, DH. (1997). Embodied Risk: My body? My self?. *Social Science & Medicine*, 46(3): 437-444.

Kestenbaum, V. (ed.) (1982). *The Humanity of the Ill. Phenomenological Perspectives*. Knoxville: The University of Tennessee Press.

King, N.; Horrocks, C. (2010). *Interviews in qualitative research*. Los Angeles: Sage Publications.

Kleinman, A. (2010). Four social theories for global health. *The Lancet*, 375 (9725): v1518-1519.

Kleinman, A. (2006). *What Really Matters. Living a Moral Life Amidst Uncertainty and Danger*. Oxford: Oxford University Press.

Kleinman, A. (1998). Experience and Its Moral Modes: Culture, Human Conditions, and Disorder. *The Tanner Lectures On Human Values*. Delivered at Stanford University, April 13-16: 357-420.

- Kleinman, A. (1997). Everything that really matters: social suffering, subjectivity, and the remaking of human experience in a disordering world. *Harvard Theological*, 90(3): 315-336.
- Kleinman, A. (1995). *Writing at the Margin: Discourse between Anthropology and Medicine*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press.
- Kleinman, A. (1992a). Pain and Resistance: The Deligitimation and Relegitimation of Local Worlds. A: DelVecchio Good, MJ.; Brodwin, PE.; Good, BJ.; Kleinman, A. (eds.). *Pain as Human Experience: An Anthropological Perspective*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press.
- Kleinman, A. (1992b). Local Worlds of Suffering: An Interpersonal Focus for Ethnographies of Illness Experience. *Qualitative Health Research*, 2(2): 127-134.
- Kleinman, A. (1988). *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*. New York: Basic Books.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California Press.
- Kleinman, A.; Benson, P. (2006). *La vida moral de los que sufren enfermedad y el fracaso existencial de la medicina*. Fundación Medicina y Humanidades Médicas: Monografía Humanitas, 2 (Dolor y sufrimiento en la práctica clínica).
- Kleinman, A.; Das, V.; Lock, M. (1997). *Social Suffering*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press.
- Kleinman, A.; Fitz-henry, E. (2007). The Experiential Basis of Subjectivity. How Individuals Change in the Context of Societal Transformation. A: Biehl, JG.; Good, B.; Kleinman, A. (eds.). *Subjectivity: ethnographic investigations*. Berkeley: University of California Press.
- Kleinman, A.; Kleinman, J. (1991). Suffering and Its Professional Transformation: Toward an Ethnography of Interpersonal Experience. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 15(3): 275-301.
- Kleinman, A.; Petryna, A. (2001). Health, Anthropological Aspects. A: Smelser, NJ.; Baltes, PB. (eds.). *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences*. Oxford: Elsevier Science Ltd.
- Leder, D. (1990). *The absent body*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Lewis, A.; Lindsay, G. (eds.) (2000). *Researching Children's Perspectives*. Buckingham: Open University Press.
- Liamputtong, P. (2009). *Qualitative Research Methods*. South Melbourne, Vic.: Oxford University Press Australia and New Zealand.

- Lindenbaum, S.; Lock, M. (eds.) (1993). *Knowledge, Power and Practice: The Anthropology of Medicine and Everyday Life*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Lindsay, G. (2000). Researching children's perspectives: ethical issues. A: Lewis, A.; Lindsay, G. (eds.). *Researching Children's Perspectives*. Buckingham: Open University Press.
- Lozano, AF.; Torres, TM.; Aranda, C. (2008). Concepciones culturales del VIH/Sida de estudiantes adolescentes de la de la Universidad de Guadalajara, México. *Rev. Latinoam. Cienc. Soc. Niñez Juv.*, 6(2): 739-768.
- Lupton, D. (2003). *Medicine as Culture. Illness, Disease and the Body in Western Societies*. London: Sage.
- Lupton, D. (1999b). *Risk*. London: Routledge.
- Lupton, D. (ed.) (1999a). *Risk and sociocultural theory: new directions and perspectives*. Cambridge; New York: Cambridge University Press.
- Lupton, D. (1995). *The imperative of Health. Public Health and the Regulated Body*. London: SAGE.
- Lupton, D. (1993). Risk as moral danger: the social and political functions of risk discourse in public health. *International Journal of Health Services*, 23(3): 425-435.
- Lupton, D.; Chapman S. (1995). 'A healthy lifestyle might be the death of you': discourses on diet, cholesterol control and heart disease in the press and among the lay public. *Sociology of Health & Illness*, 17(4): 477-494.
- Lytard, FJ. (1989). *La fenomenología*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Martínez Hernáez, A. (2008). *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Rubí (Barcelona): Anthropos Editorial.
- Martínez Hernáez, A. (2003). Resenya de Good, B. Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica. *Revista Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia*, 19: 171-174.
- Martínez Hernáez, A.; Muñoz A. (2010a). "Un infinito que no acaba". Modelos explicativos sobre la depresión y el malestar emocional entre los adolescentes barceloneses (España). Primera parte. *Salud Mental*, 33(2): 145-152.
- Martínez Hernáez, A.; Muñoz A. (2010b). "Un infinito que no acaba". Modelos explicativos sobre la depresión y el malestar emocional entre los adolescentes barceloneses (España). Segunda parte. *Salud Mental*, 33(3): 229-236.
- Matthews, E. (2006). *Merleau-Ponty: a guide for the perplexed*. London: Continuum International Publishing Group.

Matthews, B.; Ross, L. (2010). *Research methods. A practical guide for the social sciences*. New York: Pearson Longman.

Mayall, B. (2002). *Towards a Sociology of Childhood. Thinking from children's lives*. Buckingham: Open University Press.

Mayall, B. (1999). Childhood and generation: explorations of agency and structure. Paper presented on the conference Research in Childhood. *Sociology, Culture and History*, October, Denmark.

Mayall, B. (1998). Towards a sociology of child health. *Sociology of Health and Illness*, 20(3): 269-288.

Mayall, B. (1994). *Negotiating Health. Primary School Children at Home and School*. London: Cassell.

Mayall, B. (1993). Keeping healthy at home and at school: 'it's my body, so it's my job'. *Sociology of Health and Illness*, 15(4): 464-487.

Mayall, B.; Bendelow, G.; Barker, S.; Storey P.; Veltman, M. (1996). *Children's Health in Primary Schools*. London: Falmer Press.

McIntosh, C.; Stephens, C.; Lyons A. (2012). Young children's meaning making about the causes of illness within the family context. *Health*, 17(1): 3-19.

Mélich, JC. (1993). Alfred Schütz: una fenomenología de la intersubjetividad en el mundo de la vida cotidiana. A: Schütz, A. *La construcción significativa del mundo social*. Barcelona: Paidós Ediciones.

Merleau-Ponty, M. (1994). *Fenomenología de la percepción*. Barcelona: Ediciones Península.

Merleau-Ponty, M. (1973). Phenomenology and the Sciences of Man. A: Natanson, M. (ed.). *Phenomenology and the Social Sciences*. Vol I. Evanston: Northwestern University Press.

Micheelsen, A. (2003). «Yo no hago sistemas». Una entrevista con Clifford Geertz. Introducción, traducción y notas de Enrique Anrubia. *Teleskop. Revista de Pensamiento y Cultura*, 1(3).

Mitchell, LM. (2006). Body and Illness: Considering Visayan Filipino Children's Perspectives within Local and Global Relationships of Inequality. *Medical Anthropology*, 25(4): 331-373.

Morse, JM. (2009). Tussles, tensions and resolutions. A: Morse JM.; Stern, PN.; Corbin, J.; Bowers, B.; Charmaz, K.; Clarke, AE. (eds.) (2009). *Developing grounded theory: the second generation*. Walnut Creek, CA: Left Coast Press.

Morse, JM. (2007). Sampling in Grounded Theory. A: Bryant A.; Charmaz KC. (eds.) (2007). *The SAGE handbook of grounded theory*. London: Sage Publications.

- Morse, JM. (1991). Approaches to qualitative-quantitative Metodological Triangulation. *Rev. Nursing Research*, 40(2): 120-123.
- Muñoz Justicia, J. (2005). *Análisis cualitativo de datos textuales con ATLAS.ti 5*. (<http://psicologiasocial.uab.es/juan/index.php/investigacion-mainmenu-42/publicaciones-mainmenu-45/41-atlas2005>).
- Natanson, M. (1974). Introducción. A: Schütz, A. (1974). *El problema de la realidad social*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Natanson, M. (1973). Phenomenology and the Social Sciences. Introduction. A: Natanson, M. (ed.) (1973). *Phenomenology and the Social Sciences*. Vol I. Evanston: Northwestern University Press.
- Nic Gabhainn, S.; Kelleher, C. (2002). The sensitivity of the draw and write technique. *Health Education*, 102(2): 68-75.
- Orleans, M. (2000). Phenomenology. A: Borgatta, EF.; Montgomery, RJ. (eds.) (2000). *Encyclopedia of sociology*. 2nd Edition. Vol.3. New York: Macmillan Reference.
- Osorio, F. (1999). El Científico Social entre la Actitud Natural y la Actitud Fenomenológica. *Cinta de Moebio*, 5: 119-128.
- Paredes Martín, MC. (2008). Merleau-Ponty y la fenomenología. *Daimon Revista de Filosofía*, 44: 29-43.
- Petersen, A. (1997). Risk, governance and new public Health. Petersen, A.; Bunton, R. (ed.)(1997). *Foucault, health and Medicine*. New York: Routledge.
- Petersen, A.; Lupton, D. (2000). *The New Public Health. Health and self in the age of risk*. London: SAGE Publications.
- Porcellato, L.; Dugdill, L.; Springett, J.; Sanderson, FH. (1999). Primary schoolchildrens' perceptions of smoking: implications for health education. *Health Education Research*, 14(1): 71-83.
- Pridmore, PJ.; Bendelow, G. (1995). Images of health: exploring beliefs of children using the 'draw-and-write' technique. *Health Education Journal*, 54(4): 473-488.
- Pridmore, PJ.; Lansdown, RG. (1997). Exploring children's perceptions of health: does drawing really break down barriers?. *Health Education Journal*, 56(3): 219-230.
- Prout, A. (2000). Childhood Bodies: Construction, Agency and Hybridity. A: Prout, A. (ed.) (2000). *The body, childhood and society*. London: Macmillan Press LTD.

- Quinlan, M. (2005). Considerations for Collecting Freelists in the Field: Examples from Ethnobotany. *Field Methods*, 17(3): 1-16.
- Qvortrup, J. (1999). *Childhood and Societal Macrostructures. Childhood Exclusion by Default*. Working Paper 9. Child and Youth Culture. The Department of Contemporary Cultural Studies, Odense University.
- Rabelo, MC. (1999). A Experiência de indivíduos com Problema Mental: entendendo projectos e sua realização. A: Rabelo, MC.; Alves, PC.; Souza, IM. (eds.) (1999). *Experiência de Doença e Narrativa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Rabelo, MC.; Alves, PC. (1999). Tecendo Self e Emoção nas Narrativas de Nervoso. A: Rabelo, MC.; Alves, PC.; Souza, IM. (eds.) (1999). *Experiência de Doença e Narrativa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Rabelo, MC.; Souza, L. (2003). Temporality and Experience: On the Meaning of Nervoso in the Trajectory of Urban Working-Class Women in Northeast Brazil. *Ethnography*, 4(3): 333-361.
- Rabinow, P. (1984). Introduction. A: Rabinow, P. (ed.) (1984). *The Foucault Reader*. New York: Pantheon Books: 3-29.
- Romney, AK. (1999). Culture consensus as a statistical model. *Current Anthropology*, 40 (Supplement): S103-115.
- Romney, AK.; Batchelder WH.; Weller SC. (1987). Recent applications of consensus theory. *American Behavioral Scientist*, 31(2): 163-177.
- Romney, KS.; Weller, SC.; Batchelder, WH. (1986). Culture as consensus: a theory of culture and informant accuracy. *American Anthropologist*, 88(2): 313-338.
- Roos, G. (2002). Our bodies are made of pizza - Food and embodiment among children in Kentucky. *Ecology of Food and Nutrition*, 41(1): 1-19.
- Roseman, M. (2002). Making sense out of Modernity. A: Nichter, M.; Lock, M. (eds.) (2002). *New Horizons in Medical Anthropology*. London: Routledge.
- Ross, JL.; Laston, SL.; Pelto, PJ.; Muna, L. (2002). Exploring explanatory models of women's reproductive health in rural Bangladesh. *Culture, Health & Sexuality*, 4(2): 173-190.
- Ryan, GW.; Bernard, HR. (2010). *Analyzing qualitative data: systematic approaches*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Ryan, GW.; Bernard, HR. (2000). Data Management and analysis methods. A: Denzin, NK.; Lincoln, YS. (eds.) (2000). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

- Sachs, L. (1996). Causality, responsibility and blame – core issues in the cultural construction and subtext of prevention. *Sociology of Health and Illness*, 18(5): 632-652.
- Sachs, L. (1995). Is there a pathology of prevention? The implications of visualizing the invisible in screening programs. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 19(4): 503-525.
- Salcedo-Rocha, AL.; García de Alba-García, JE.; Sevilla, E. (2008). Dominio cultural del autocuidado en diabeticos tipo 2 con y sin control glucémico en México. *Rev Saúde Pública*, 42(2): 256-264.
- Scheper-Hughes, N.; Lock, MM. (1987). The mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, 1(1): 6-41.
- Schrauf, RW.; Sanchez, J. (2010). Age Effects and Sample Size in Free Listing. *Field Methods*, 22(1): 70-87.
- Schütz, A. (1993). *La construcción significativa del mundo social*. Barcelona: Paidós Ediciones.
- Schütz, A. (1987). *Estudios sobre teoría social*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Schütz, A. (1974). *El problema de la realidad social*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Schütz, A. (1972). *Fenomenología del mundo social. Introducción a la sociología comprensiva*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Schütz, A.; Luckmann, T. (1973). *Las estructuras del mundo de la vida*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Schwartz, H.; Jacobs, J. (1984). *Sociología cualitativa. Método para la reconstrucción de la realidad*. México DF.: Editorial Trillas.
- Serrano, M.; Torres, TM.; Ávalos G. (2009). Concepciones culturales en torno a la salud y la enfermedad en población de adultos de jalisco, México. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 10(3) (http://www.respyn.uanl.mx/x/3/articulos/con_cul_sal_enf.htm).
- Shaughnessy, JJ.; Zechmeister, EB.; Zechmeister, JS. (2006). *Research Methods in Psychology*. Boston: McGraw Hill.
- Smith, CS.; Morris, M.; Hill, W.; Francovich, C.; McMullin, J.; Chavez, L.; Rhoads, C. (2004). Cultural Consensus Analysis as a Tool for Clinic Improvements. *Journal of General Internal Medicine*, 19(5): 514-518.
- Smith, JJ. (1993). Using ANTHROPAC 3.5 and a spreadsheet to compute a freelist salience index. *Cultural Anthropology Methodology Newsletter*, 5(3): 1-3.
- Spradley, J. (1979). *The ethnographic interview*. New York: Holt, Rinehart & Winston.

Strauss AL.; Corbin JM. (1990). *Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park, CA: Sage Publications.

Svenaesus, F. (2001). *The hermeneutics of medicine and the phenomenology of health: steps towards a philosophy of medical practice*. Dordrecht; Boston: Kluwer Academic Publishers.

Taylor, SJ.; Bogdan, R. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Barcelona, Editorial Paidós.

Throop, CJ. (2003). Articulating Experience. *Anthropological Theory*, 3(2): 219-241.

Throop, CJ. (2002). Experience, Coherence, and Culture: The Significance of Dilthey's 'Descriptive Psychology' for the Anthropology of Consciousness. *Anthropology of Consciousness*, 13(1): 2-26.

Timmermans, S.; Tavory, I. (2007). Advancing Ethnographic Research through Grounded Theory Practice. A: Bryant, A.; Charmaz, K. (eds.) (2007). *The SAGE handbook of grounded theory*. London: Sage Publications.

Toledo Nickels, U. (2003). Fenomenología del Mundo Social. ¿Un programa de investigación científico?. *Cinta de Moebio*, 18: 191-206.

Tones, K. (1993). Changing theory and practice: trends in methods, strategies and settings in health education. *Health Education Journal*, 52(3): 125-139.

Torres, TM.; Aranda, BC.; Pando, MM.; Salazar, JG. (2007). Dimensiones conceptuales del bienestar de personas con padecimientos crónicos. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 8(4): 1-12.

Turner, BS. (2008). Introduction to the Third Edition. A: Turner, BS. (2008). *The Body and Society. Explorations in Social Theory*. London: SAGE: 1-16.

Turner, BS. (ed.) (2006). *The Cambridge Dictionary of Sociology*. Cambridge: Cambridge University Press.

Turner, BS. (2001a). Disability and the Sociology of the Body. A: Albrecht, GL.; Seelman, KD.; Bury, M. (2001). *Handbook of Disability Studies*. Thousand Oaks: SAGE.

Turner, BS. (2001b). The end(s) of humanity: Vulnerability and the metaphors of membership. *The Hedgehog Review*, summer 01: 7-32.

Turner, BS. (1997). From governmentality to risk, some reflections on Foucault's contribution to Medical sociology. A: Petersen, A.; Bunton, R. (eds.)(1997). *Foucault, health and Medicine*. New York: Routledge.

Turner, BS. (1992). *Regulating bodies*. Essays in Medical Sociology: London, Routledge.

- Turner, BS. (1991). Review Article: Missing bodies - towards a sociology of embodiment. *Sociology of Health & Illness*, 13(2): 265-272.
- Turner, BS. (1989). *El cuerpo y la Sociedad. Exploraciones en teoria social*. México DF.: Fondo de Cultura Económica.
- Turner, BS. (1987). *Medical power and social knowledge*. London: SAGE.
- Walsh, G. (1972). Introducción. A: Schütz, A. (1972). *Fenomenología del mundo social. Introducción a la sociología comprensiva*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Weller, SC. (2007). Cultural Consensus Theory: Applications and Frequently Asked Questions. *Field Methods*, 19 (4): 339-368.
- Weller, SC. (1987). Shared Knowledge, Intracultural Variation, and Knowledge Aggregation. *American Behavioral Scientist*, 31(2): 178-193.
- Weller, SC.; Romney, AK. (1988). *Systematic Data Collection*. Newbury Park (Ca): Sage
- Whiting, JB.; Lee, RE. (2003). Voices from the system: A qualitative study of foster children's stories. *Family Relations*, 52(3): 288-295.
- Williams, SJ. (2006). Medical sociology and the biological body: where are we now and where do we go from here?. *Health*, 10(1): 5-30.
- Williams, SJ.; Bendelow, G. (2003). Childhood bodies. Constructionism and beyond. A: Bendelow, G.; Birke, L.; Williams, SJ. (eds.) (2003). *Debating Biology. Sociological reflections on health, medicine and society*. London: Routledge.
- Williams, SJ.; Bendelow, GA. (2000). 'Recalcitrant Bodies'? Children, Cancer and the Transgression of Corporeal Boundaries. *Health*, 4(1): 51-71.
- Williams, SJ.; Bendelow, GA. (1998). *The Lived Body: Sociological Themes, Embodied Issues*. London: Routledge.
- Williams, T.; Wetton, N.; Moon, A. (1989a). *A way in: five key areas of health education*. London: Health Education Authority.
- Williams, T.; Wetton, N.; Moon, A. (1989b). *A picture of health: what do you do that makes you healthy and keeps you healthy?*. London: Health Education Authority.
- Wilson, D.; Csordas TJ. (2003). 'Now You Got Your Answer...': Healing Talk and Experience in the Navajo Lightning Way. *Ethnography*, 4(3): 289-332.
- Wolff, KH. (1988). Fenomenología y sociología. A: Bottomore, T.; Nisbert, R. (comp.)(1988). *Historia del anàlisis sociològic*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Wuthnow, R.; Hunter, JD.; Bergesen A.; Kurzweil, E. (1988). *Análisis Cultural. La obra de Peter L. Berger, Mary Douglas, Michel Foucault y Jürgen Habermas*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Zaner, RM.; Engelhardt, HT. (1973). Introducción de los traductores al inglés. A: Schütz, A.; Luckmann, T. (1973). *Las estructuras del mundo de la vida*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Zeiler, K. (2010). A phenomenological analysis of bodily self-awareness in the experience of pain and pleasure: on dys-appearance and eu-appearance. *Medicine Health Care and Philosophy*, 13(4): 333-342.

XI. Annex



XI. 1. Llistats lliures sobre els signes, hàbits, comportaments i estats d'ànim que els/les nens/es reconeixen en una persona sana i en una persona poc sana, segons edat i sexe

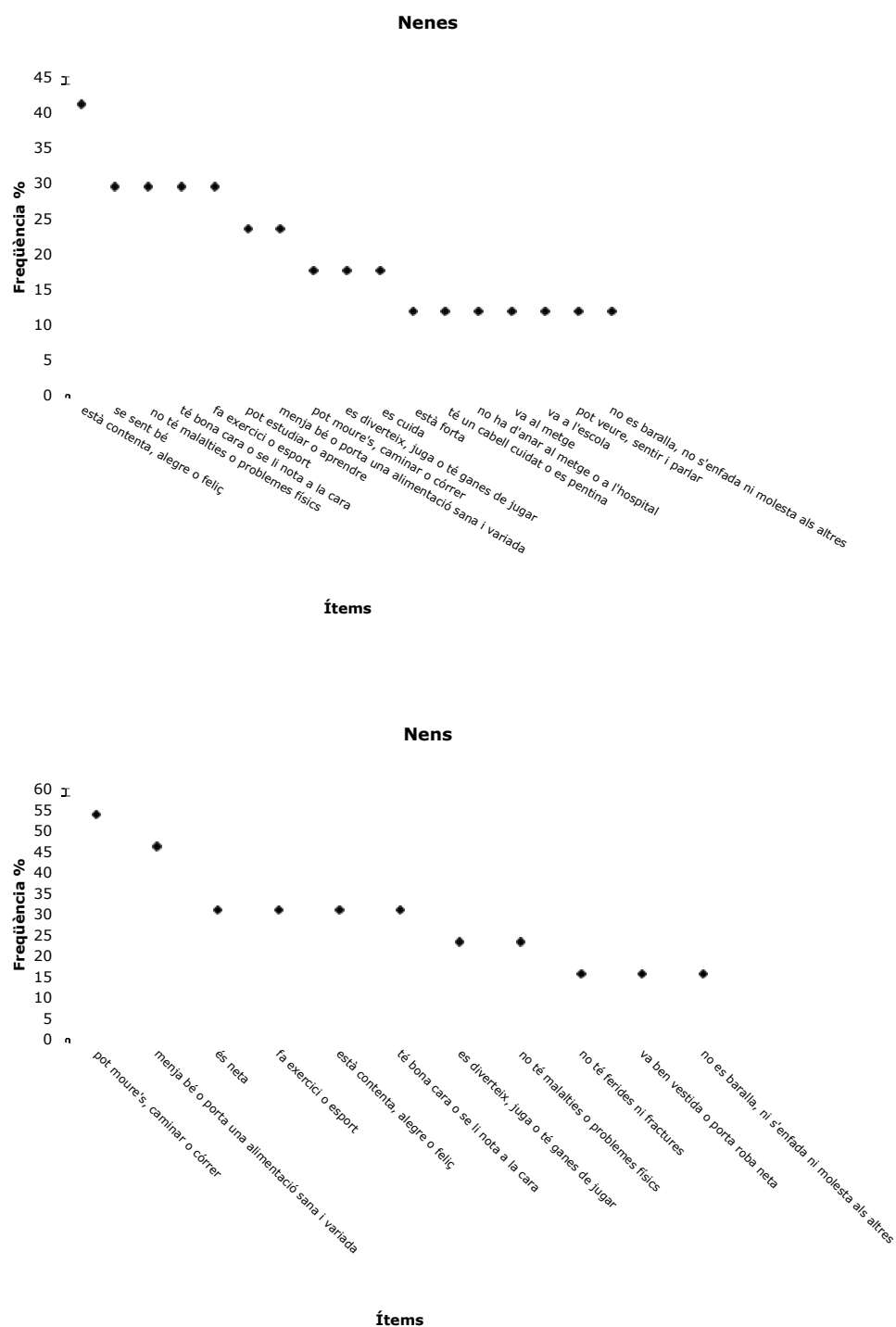
TAULA 17. DISTRIBUCIÓ DE LES FREQÜÈNCIES, ORDRE DE MENCIO I ÍNDEX D'IMPORTÀNCIA O PES CULTURAL DELS LLISTATS LLIURES SOBRE ELS SIGNES, HÀBITS, COMPORTAMENTS I ESTATS D'ÀNIM QUE ELS/LES NENS/ES RECONeixEN EN UNA PERSONA SANA, SEGONS SEXE

NENES				
Ordre	Ítem	Freqüència (%)	Ordre de menció	Pes cultural
1	està contenta, alegre o feliç	41,2	2,29	0,282
2	se sent bé	29,4	1,40	0,260
3	no té malalties o problemes físics	29,4	1,80	0,241
4	té bona cara o se li nota a la cara	29,4	2,40	0,189
5	fa exercici o esport	29,4	3,80	0,100
6	pot estudiar o aprendre	23,5	2,00	0,188
7	menja bé o porta una alimentació sana i variada	23,5	2,25	0,157
8	pot moure's, caminar o córrer	17,6	3,33	0,104
9	es diverteix, juga o té ganes de jugar	17,6	2,67	0,099
10	es cuida	17,6	3,33	0,074
11	està forta	11,8	1,00	0,118
12	té un cabell cuidat o es pentina	11,8	2,00	0,088
13	no ha d'anar al metge o a l'hospital	11,8	3,00	0,068
14	va al metge	11,8	3,00	0,059
15	va a l'escola	11,8	4,00	0,038
16	pot veure, sentir i parlar	11,8	4,50	0,036
17	no es baralla, no s'enfada ni molesta als altres	11,8	3,50	0,034

NENS				
Ordre	Ítem	Freqüència (%)	Ordre de menció	Pes cultural
1	pot moure's, caminar o córrer	53,8	2,00	0,404
2	menja bé o porta una alimentació sana i variada	46,2	2,50	0,312
3	és neta	30,8	1,50	0,267
4	fa exercici o esport	30,8	1,75	0,237
5	està contenta, alegre o feliç	30,8	3,25	0,169
6	té bona cara o se li nota a la cara	30,8	3,25	0,146
7	es diverteix, juga o té ganes de jugar	23,1	3,00	0,115
8	no té malalties o problemes físics	23,1	3,67	0,104
9	no té ferides ni fractures	15,4	1,50	0,128
10	va ben vestida o porta roba neta	15,4	3,00	0,083
11	no es baralla, ni s'enfada ni molesta als altres	15,4	3,50	0,077

Nota: Resultat del total dels llistats lliures realitzats (n=30). S'inclouen els noms dels ítems citats almenys dues vegades.

FIGURA 19. "SCREE PLOT" DE LES FREQUÈNCIES DELS LLISTATS LLIURES SOBRE ELS SIGNES, HÀBITS, COMPORTAMENTS I ESTATS D'ÀNIM QUE ELS/LÉS NENS/ES RECONeixEN EN UNA PERSONA SANA, SEGONS SEXE



Nota: Resultat del total dels llistats lliures realitzats (n=30). S'inclouen els noms dels ítems citats almenys dues vegades.

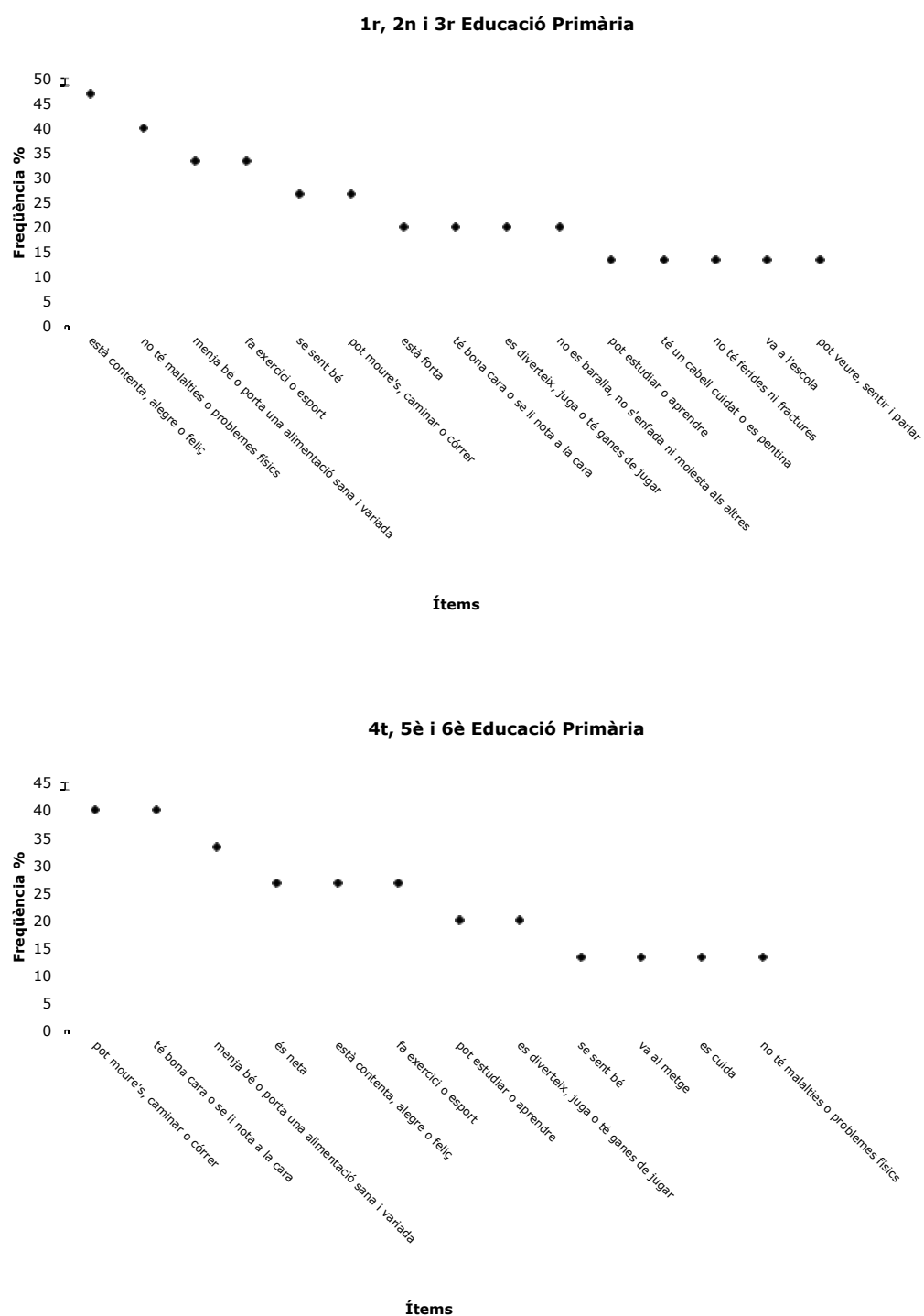
TAULA 18. DISTRIBUCIÓ DE LES FREQÜÈNCIES, ORDRE DE MENCIO I ÍNDEX D'IMPORTÀNCIA O PES CULTURAL DELS LLISTATS LLIBRES SOBRE ELS SIGNES, HÀBITS, COMPORTAMENTS I ESTATS D'ÀNIM QUE ELS/LES NENS/ES RECONeixEN EN UNA PERSONA SANA, SEGONS EDAT

1r, 2n i 3r EDUCACIÓ PRIMÀRIA				
Ordre	Ítem	Freqüència (%)	Ordre de menció	Pes cultural
1	està contenta, alegre o feliç	46,7	2,57	0,316
2	no té malalties o problemes físics	40,0	2,00	0,317
3	menja bé o porta una alimentació sana i variada	33,3	3,00	0,198
4	fa exercici o esport	33,3	3,00	0,180
5	se sent bé	26,7	1,50	0,228
6	pot moure's, caminar o córrer	26,7	4,00	0,101
7	està forta	20,0	1,67	0,167
8	té bona cara o se li nota a la cara	20,0	2,67	0,120
9	es diverteix, juga o té ganes de jugar	20,0	3,00	0,107
10	no es baralla, no s'enfada ni molesta als altres	20,0	3,33	0,089
11	pot estudiar o aprendre	13,3	3,00	0,080
12	té un cabell cuidat o es pentina	13,3	3,00	0,078
13	no té ferides ni fractures	13,3	4,00	0,076
14	va a l'escola	13,3	4,00	0,043
15	pot veure, sentir i parlar	13,3	4,50	0,041

4t, 5è i 6è EDUCACIÓ PRIMÀRIA				
Ordre	Ítem	Freqüència (%)	Ordre de menció	Pes cultural
1	pot moure's, caminar o córrer	40,0	1,33	0,367
2	té bona cara o se li nota a la cara	40,0	2,83	0,221
3	menja bé o porta una alimentació sana i variada	33,3	1,80	0,250
4	és neta	26,7	1,50	0,231
5	està contenta, alegre o feliç	26,7	2,75	0,151
6	fa exercici o esport	26,7	2,75	0,139
7	pot estudiar o aprendre	20,0	2,00	0,150
8	es diverteix, juga o té ganes de jugar	20,0	2,67	0,106
9	se sent bé	13,3	2,00	0,089
10	va al metge	13,3	3,00	0,067
11	es cuida	13,3	3,00	0,067
12	no té malalties o problemes físics	13,3	4,00	0,047

Nota: Resultat del total dels llistats lliures realitzats (n=30). S'inclouen els noms dels ítems citats almenys dues vegades.

FIGURA 20. "SCREE PLOT" DE LES FREQUÈNCIES DELS LLISTATS LLIURES SOBRE ELS SIGNES, HÀBITS, COMPORTAMENTS I ESTATS D'ÀNIM QUE ELS/LÉS NENS/ES RECONeixEN EN UNA PERSONA SANA, SEGONS EDAT



Nota: Resultat del total dels llistats lliures realitzats (n=30). S'inclouen els noms dels ítems citats almenys dues vegades.

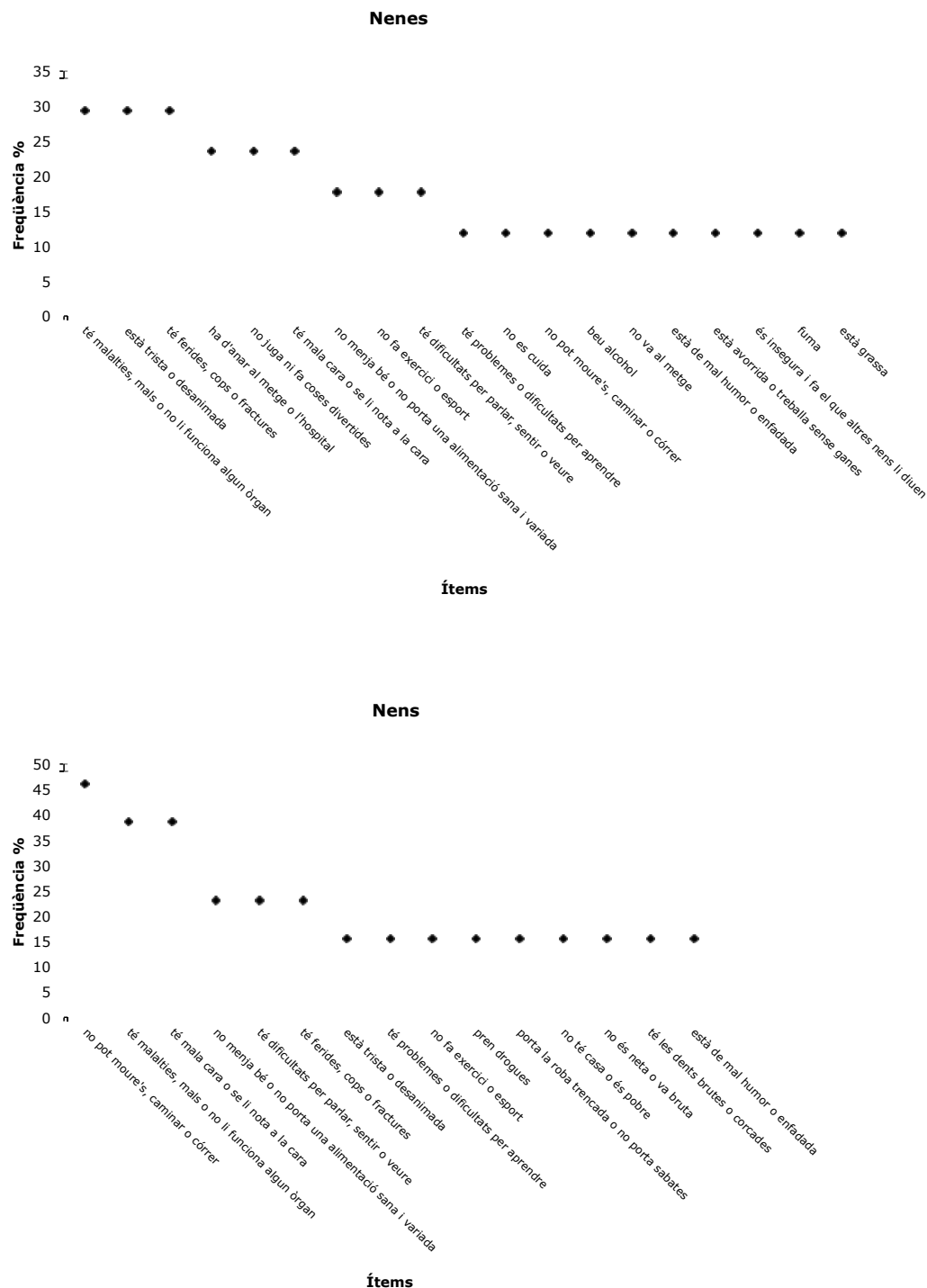
TAULA 19. DISTRIBUCIÓ DE LES FREQUÈNCIES, ORDRE DE MENCIO I ÍNDEX DE LA IMPORTÀNCIA O PES CULTURAL DELS LLISTATS LLIURES SOBRE ELS SIGNES, HÀBITS, COMPORTAMENTS I ESTATS D'ÀNIM QUE ELS/LES NENS/ES RECONeixEN EN UNA PERSONA POC SANA, SEGONS SEXE

NENES				
Ordre	Ítem	Freqüència (%)	Ordre de menció	Pes cultural
1	té malalties, mals o no li funciona algun òrgan	29,4	1,20	0,282
2	està trista o desanimada	29,4	2,60	0,182
3	té ferides, cops o fractures	29,4	3,00	0,152
4	ha d'anar al metge o l'hospital	23,5	2,75	0,142
5	no juga ni fa coses divertides	23,5	3,75	0,106
6	té mala cara o se li nota a la cara	23,5	3,75	0,073
7	no menja bé o no porta una alimentació sana i variada	17,6	3,00	0,100
8	no fa exercici o esport	17,6	3,33	0,097
9	té dificultats per parlar, sentir o veure	17,6	3,33	0,061
10	té problemes o dificultats per aprendre	11,8	1,00	0,118
11	no es cuida	11,8	1,50	0,108
12	no pot moure's, caminar o córrer	11,8	1,50	0,106
13	beu alcohol	11,8	2,00	0,094
14	no va al metge	11,8	2,00	0,088
15	està de mal humor o enfadada	11,8	2,50	0,083
16	està avorrida o treballa sense ganes	11,8	2,50	0,079
17	és insegura i fa el que altres nens li diuen	11,8	2,50	0,074
18	fuma	11,8	2,50	0,074
19	està grassa	11,8	4,00	0,049

NENS				
Ordre	Ítem	Freqüència (%)	Ordre de menció	Pes cultural
1	no pot moure's, caminar o córrer	46,2	1,83	0,363
2	té malalties, mals o no li funciona algun òrgan	38,5	3,20	0,215
3	té mala cara o se li nota a la cara	38,5	3,60	0,173
4	no menja bé o no porta una alimentació sana i variada	23,1	2,67	0,154
5	té dificultats per parlar, sentir o veure	23,1	2,33	0,151
6	té ferides, cops o fractures	23,1	3,33	0,108
7	està trista o desanimada	15,4	1,50	0,135
8	té problemes o dificultats per aprendre	15,4	1,50	0,135
9	no fa exercici o esport	15,4	2,00	0,123
10	pren drogues	15,4	2,00	0,109
11	porta la roba trencada o no porta sabates	15,4	2,00	0,103
12	no té casa o és pobre	15,4	3,00	0,092
13	no és neta o va bruta	15,4	3,00	0,092
14	té les dents brutes o corcades	15,4	3,50	0,077
15	està de mal humor o enfadada	15,4	4,00	0,041

Nota: Resultat del total dels llistats lliures realitzats (n=30). S'inclouen els noms dels ítems citats almenys dues vegades.

FIGURA 21. SCREE PLOT" DE LES FREQUÈNCIES DELS LLISTATS LLIURES SOBRE ELS SIGNES, HÀBITS, COMPORTAMENTS I ESTATS D'ÀNIM QUE ELS/LÉS NENS/ES RECONeixEN EN UNA PERSONA POC SANA, SEGONS SEXE



Nota: Resultat del total dels llistats lliures realitzats (n=30). S'inclouen els noms dels ítems citats almenys dues vegades.

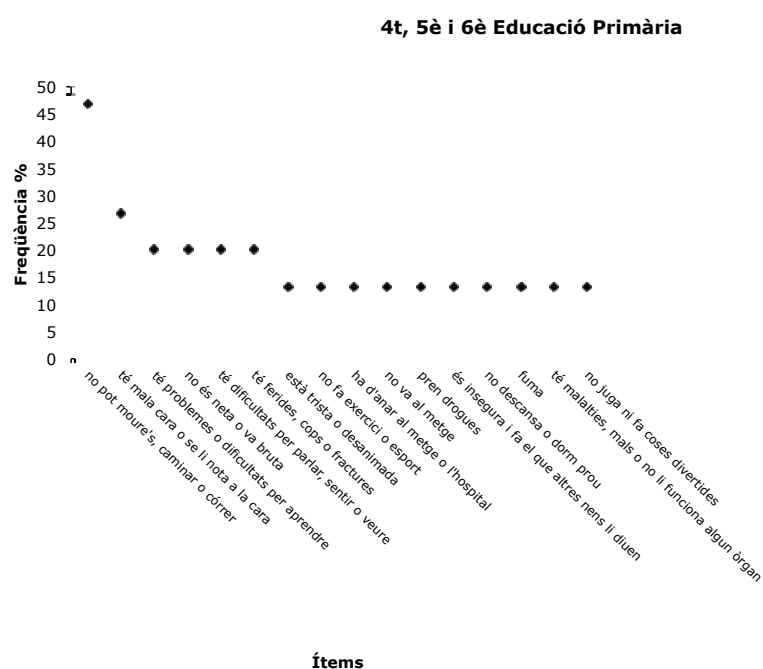
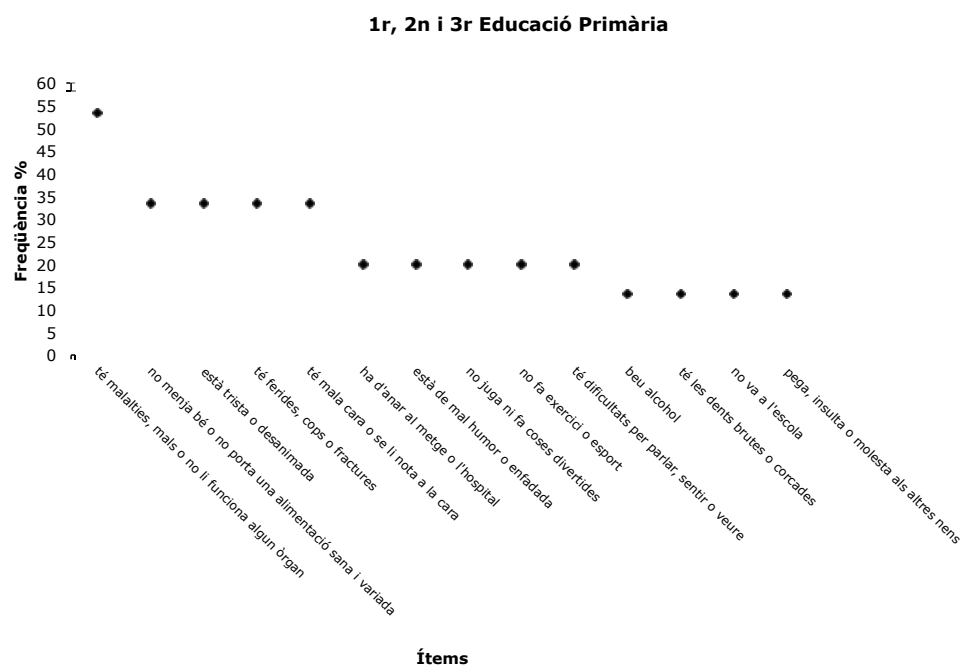
TAULA 20. DISTRIBUCIÓ DE LES FREQUÈNCIES, ORDRE DE MENCIÓ I ÍNDEX DE LA IMPORTÀNCIA O PES CULTURAL DELS LLISTATS LLIURES SOBRE ELS SIGNES, HÀBITS, COMPORTAMENTS I ESTATS D'ÀNIM QUE ELS/LES NENS/ES RECONeixEN EN UNA PERSONA POC SANA, SEGONS EDAT

1r, 2n i 3r EDUCACIÓ PRIMÀRIA				
Ordre	Ítem	Freqüència (%)	Ordre de menció	Pes cultural
1	té malalties, mals o no li funciona algun òrgan	53,3	2,00	0,433
2	no menja bé o no porta una alimentació sana i variada	33,3	2,80	0,213
3	està trista o desanimada	33,3	2,60	0,207
4	té ferides, cops o fractures	33,3	3,20	0,170
5	té mala cara o se li nota a la cara	33,3	3,40	0,156
6	ha d'anar al metge o l'hospital	20,0	2,67	0,124
7	està de mal humor o enfadada	20,0	3,33	0,108
8	no juga ni fa coses divertides	20,0	3,33	0,107
9	no fa exercici o esport	20,0	3,67	0,100
10	té dificultats per parlar, sentir o veure	20,0	3,33	0,089
11	beu alcohol	13,3	2,00	0,107
12	té les dents brutes o corcades	13,3	3,50	0,067
13	no va a l'escola	13,3	4,00	0,064
14	pega, insulta o molesta als altres nens	13,3	3,50	0,060

4t, 5è i 6è EDUCACIÓ PRIMÀRIA				
Ordre	Ítem	Freqüència (%)	Ordre de menció	Pes cultural
1	no pot moure's, caminar o córrer	46,7	1,71	0,381
3	té mala cara o se li nota a la cara	26,7	4,00	0,077
3	té problemes o dificultats per aprendre	20,0	1,33	0,183
4	no és neta o va bruta	20,0	2,33	0,147
5	té dificultats per parlar, sentir o veure	20,0	2,33	0,111
6	té ferides, cops o fractures	20,0	3,00	0,096
7	està trista o desanimada	13,3	1,50	0,117
8	no fa exercici o esport	13,3	1,50	0,117
9	ha d'anar al metge o l'hospital	13,3	2,00	0,103
10	no va al metge	13,3	2,00	0,100
11	pren drogues	13,3	2,00	0,094
12	és insegura i fa el que altres nens li diuen	13,3	2,50	0,083
13	no descansa o dorm prou	13,3	2,50	0,083
14	fuma	13,3	2,50	0,083
15	té malalties, mals o no li funciona algun òrgan	13,3	3,00	0,073
16	no juga ni fa coses divertides	13,3	4,50	0,030

Nota: Resultat del total dels llistats lliures realitzats (n=30). S'inclouen els noms dels ítems citats almenys dues vegades.

FIGURA 22. SCREE PLOT" DE LES FREQUÈNCIES DELS LLISTATS LLIURES SOBRE ELS SIGNES, HÀBITS, COMPORTAMENTS I ESTATS D'ÀNIM QUE ELS/LÉS NENS/ES RECONeixEN EN UNA PERSONA POC SANA, SEGONS EDAT



Nota: Resultat del total dels llistats lliures realitzats (n=30). S'inclouen els noms dels ítems citats almenys dues vegades.

XI. 2. Llistats lliures sobre el que consideren els/les nens/es que et manté sa i el que és perjudicial per a la salut, segons edat i sexe

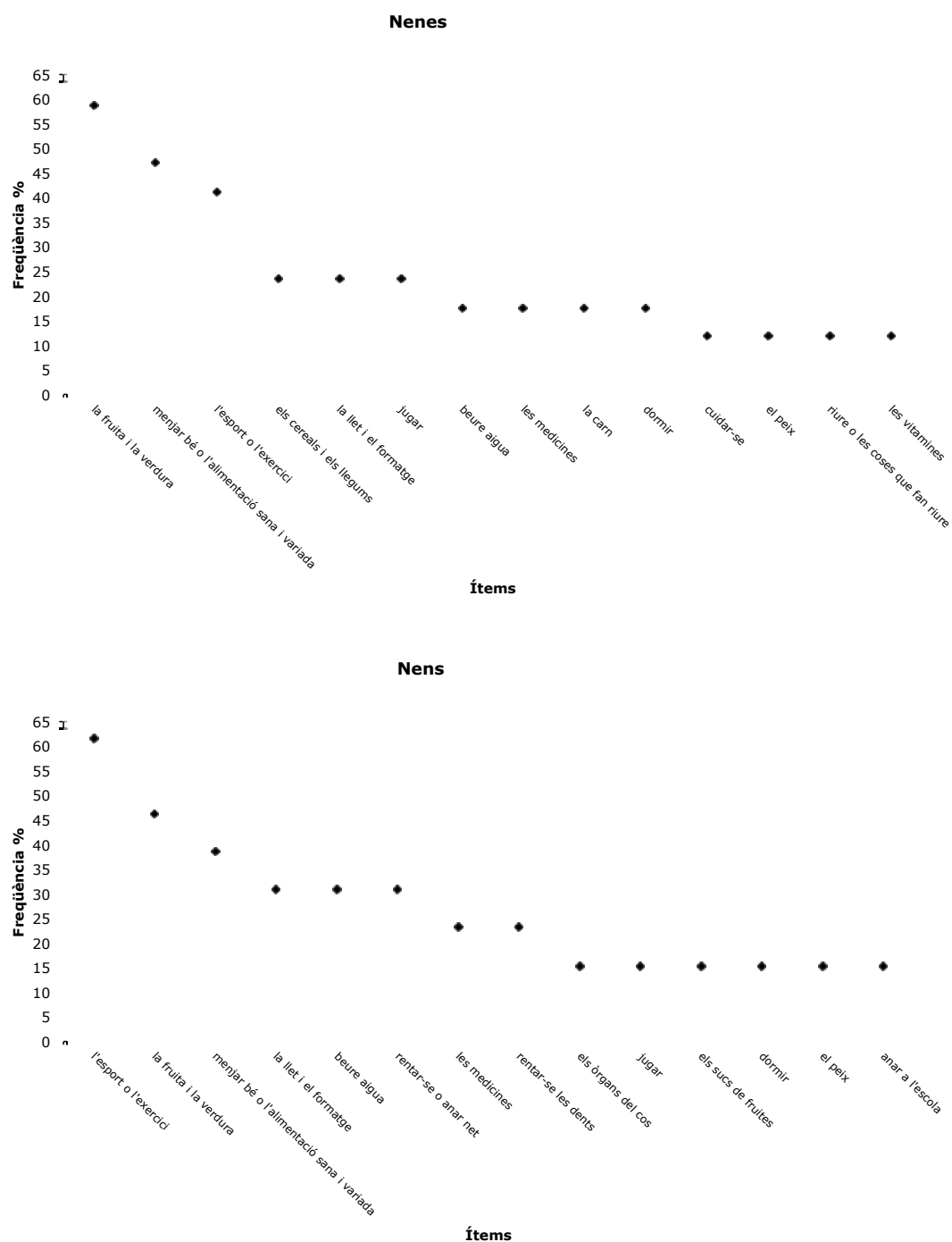
TAULA 21. DISTRIBUCIÓ DE LES FREQÜÈNCIES, ORDRE DE MENCIO I ÍNDEX D'IMPORTÀNCIA O PES CULTURAL DELS LLISTATS LLIURES SOBRE QUÈ CONSIDEREN ELS/LES NENS/ES QUE ET MANTÉ SA, SEGONS SEXE

NENES				
Ordre	Ítem	Freqüència (%)	Ordre de menció	Pes cultural
1	la fruita i la verdura	58,8	1,20	0,559
2	menjar bé o l'alimentació sana i variada	47,1	2,88	0,275
3	l'esport o l'exercici	41,2	3,14	0,209
4	els cereals i els llegums	23,5	2,00	0,186
5	la llet i el formatge	23,5	3,00	0,125
6	jugar	23,5	3,25	0,103
7	beure aigua	17,6	2,00	0,145
8	les medicines	17,6	2,00	0,138
9	la carn	17,6	3,00	0,097
10	dormir	17,6	3,33	0,086
11	cuidar-se	11,8	3,00	0,078
12	el peix	11,8	2,50	0,078
13	riure o les coses que fan riure	11,8	2,50	0,074
14	les vitamines	11,8	3,50	0,065

NENS				
Ordre	Ítem	Freqüència (%)	Ordre de menció	Pes cultural
1	l'esport o l'exercici	61,5	3,38	0,318
2	la fruita i la verdura	46,2	2,50	0,306
3	menjar bé o l'alimentació sana i variada	38,5	1,80	0,318
4	la llet i el formatge	30,8	1,25	0,292
5	beure aigua	30,8	2,50	0,204
6	rentar-se o anar net	30,8	3,50	0,173
7	les medicines	23,1	1,33	0,212
8	rentar-se les dents	23,1	4,67	0,069
9	els òrgans del cos	15,4	1,50	0,115
10	jugar	15,4	2,50	0,096
11	els sucres de fruites	15,4	3,50	0,081
12	dormir	15,4	3,50	0,077
13	el peix	15,4	3,50	0,071
14	anar a l'escola	15,4	4,50	0,060

Nota: Resultat del total dels llistats lliures realitzats (n=30). S'inclouen els noms dels ítems citats almenys dues vegades.

FIGURA 23. "SCREE PLOT" DE LES FREQUÈNCIES DELS LLISTATS LLIURES SOBRE QUÈ CONSIDEREN ELS/LAS NENS/ES QUE ET MANTÉ SA, SEGONS SEXE



Nota: Resultat del total dels llistats lliures realitzats (n=30). S'inclouen els noms dels ítems citats almenys dues vegades.

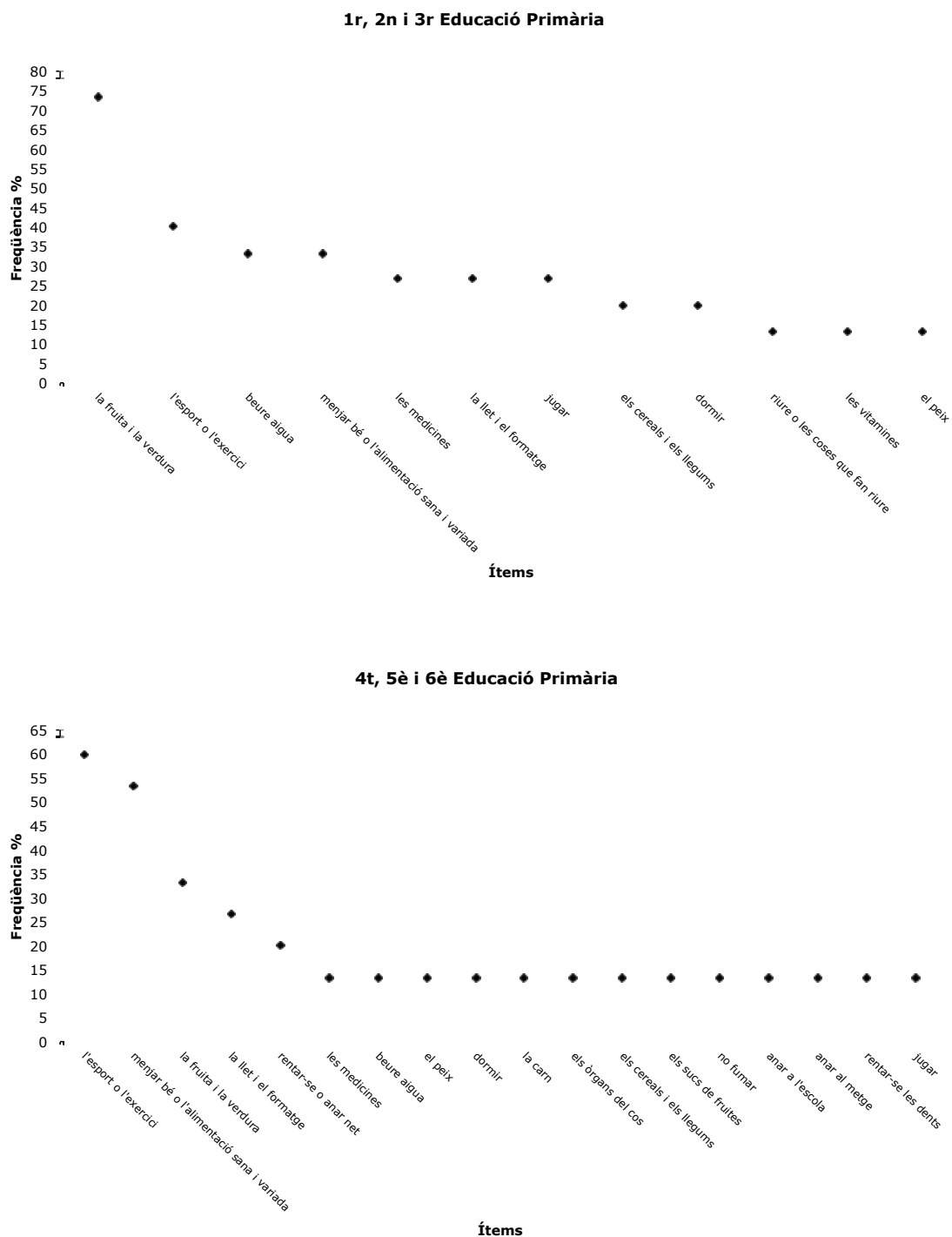
TAULA 22. DISTRIBUCIÓ DE LES FREQÜÈNCIES, ORDRE DE MENCIO I ÍNDEX D'IMPORTÀNCIA O PES CULTURAL DELS LLISTATS LLIURES SOBRE QUÈ CONSIDEREN ELS/LES NENS/ES QUE ET MANTÉ SA, SEGONS EDAT

1r, 2n i 3r EDUCACIÓ PRIMÀRIA				
Ordre	Ítem	Freqüència (%)	Ordre de menció	Pes cultural
1	la fruita i la verdura	73,3	1,82	0,596
2	l'esport o l'exercici	40,0	3,67	0,181
3	beure aigua	33,3	2,40	0,241
4	menjar bé o l'alimentació sana i variada	33,3	3,40	0,162
5	les medicines	26,7	2,00	0,207
6	la llet i el formatge	26,7	2,50	0,178
7	juguar	26,7	2,50	0,167
8	els cereals i els llegums	20,0	1,67	0,167
9	dormir	20,0	4,33	0,078
10	riure o les coses que fan riure	13,3	2,50	0,083
11	les vitamines	13,3	3,50	0,073
12	el peix	13,3	3,50	0,061

4t, 5è i 6è EDUCACIÓ PRIMÀRIA				
Ordre	Ítem	Freqüència (%)	Ordre de menció	Pes cultural
1	l'esport o l'exercici	60,0	3,00	0,331
2	menjar bé o l'alimentació sana i variada	53,3	1,88	0,425
3	la fruita i la verdura	33,3	1,40	0,303
4	la llet i el formatge	26,7	1,75	0,217
5	rentar-se o anar net	20,0	3,00	0,128
6	les medicines	13,3	1,00	0,133
7	beure aigua	13,3	2,00	0,100
8	el peix	13,3	2,50	0,089
9	dormir	13,3	2,00	0,087
10	la carn	13,3	2,50	0,083
11	els òrgans del cos	13,3	2,00	0,083
12	els cereals i els llegums	13,3	3,50	0,071
13	els sucres de fruites	13,3	3,50	0,070
14	no fumar	13,3	3,50	0,060
15	anar a l'escola	13,3	4,50	0,052
16	anar al metge	13,3	3,50	0,050
17	rentar-se les dents	13,3	5,00	0,043
18	juguar	13,3	4,00	0,033

Nota: Resultat del total dels llistats lliures realitzats (n=30). S'inclouen els noms dels ítems citats almenys dues vegades.

FIGURA 24. "SCREE PLOT" DE LES FREQUÈNCIES DELS LLISTATS LLIURES SOBRE QUÈ CONSIDEREN ELS/LAS NENS/ES QUE ET MANTÉ SA, SEGONS EDAT



Nota: Resultat del total dels llistats lliures realitzats (n=30). S'inclouen els noms dels ítems citats almenys dues vegades.

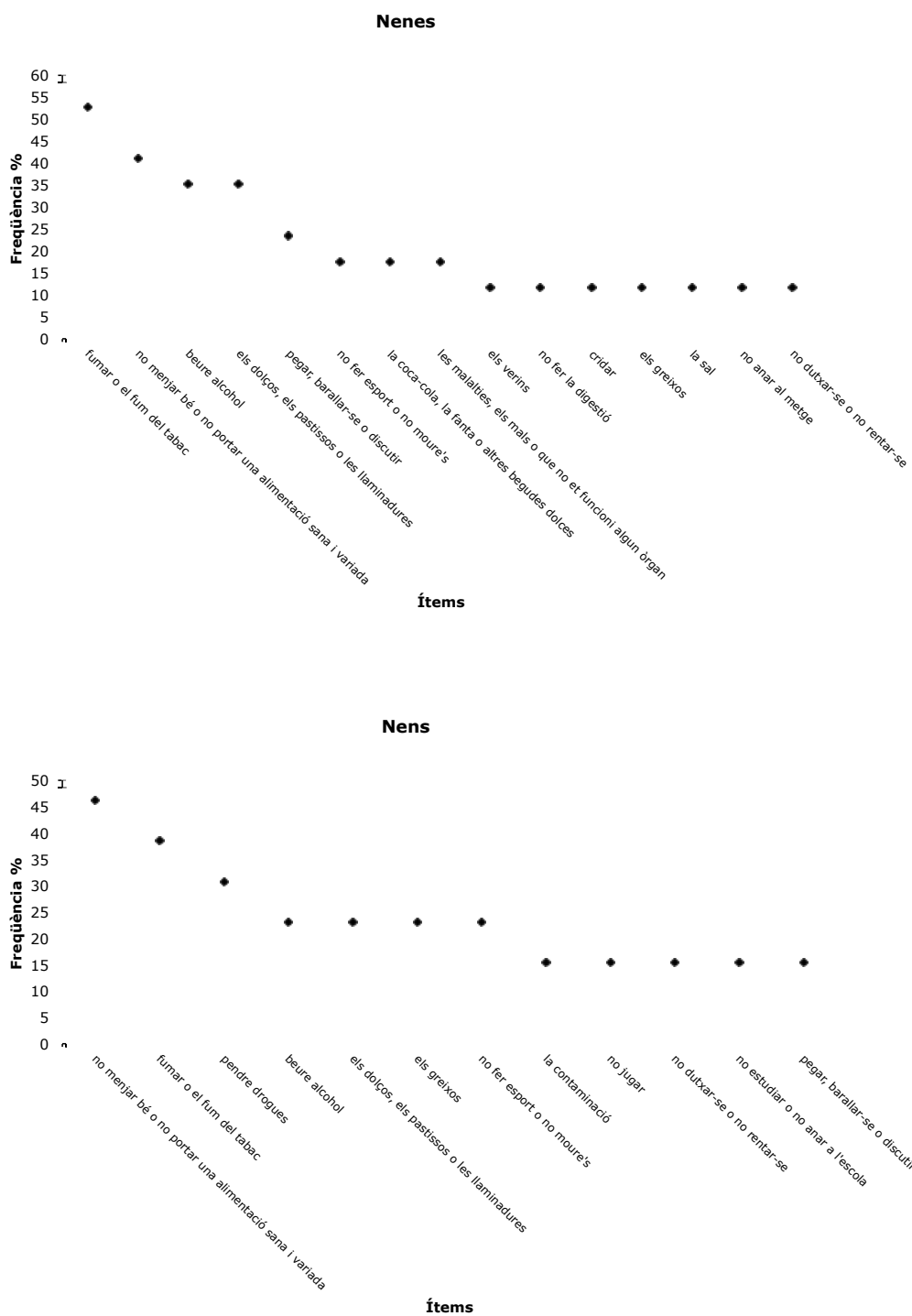
TAULA 23. DISTRIBUCIÓ DE LES FREQUÈNCIES, ORDRE DE MENCIO I ÍNDEX DE LA IMPORTÀNCIA O PES CULTURAL DELS LLISTATS LLIURES SOBRE QUÈ CONSIDEREN ELS/LES NENS/ES QUE ÉS PERJUDICIAL PER A LA SALUT, SEGONS SEXE

NENES				
Ordre	Ítem	Freqüència (%)	Ordre de menció	Pes cultural
1	fumar o el fum del tabac	52,9	2,00	0,419
2	no menjar bé o no portar una alimentació sana i variada	41,2	3,57	0,197
3	beure alcohol	35,3	1,83	0,288
4	els dolços, els pastissos o les llaminadures	35,3	2,17	0,251
5	pegar, barallar-se o discutir	23,5	3,25	0,104
6	no fer esport o no moure's	17,6	2,00	0,132
7	la coca-cola, la fanta o altres begudes dolces	17,6	2,33	0,116
8	les malalties, els mals o que no et funcioni algun òrgan	17,6	2,33	0,113
9	els verins	11,8	1,50	0,106
10	no fer la digestió	11,8	1,50	0,103
11	cridar	11,8	2,00	0,078
12	els greixos	11,8	3,00	0,071
13	la sal	11,8	3,50	0,059
14	no anar al metge	11,8	4,50	0,049
15	no dutxar-se o no rentar-se	11,8	5,50	0,022

NENS				
Ordre	Ítem	Freqüència (%)	Ordre de menció	Pes cultural
1	no menjar bé o no portar una alimentació sana i variada	46,2	2,17	0,309
2	fumar o el fum del tabac	38,5	2,00	0,300
3	pendre drogues	30,8	1,75	0,241
4	beure alcohol	23,1	2,00	0,190
5	els dolços, els pastissos o les llaminadures	23,1	2,67	0,153
6	els greixos	23,1	2,67	0,141
7	no fer esport o no moure's	23,1	3,33	0,119
8	la contaminació	15,4	1,50	0,135
9	no jugar	15,4	3,00	0,077
10	no dutxar-se o no rentar-se	15,4	3,50	0,077
11	no estudiar o no anar a l'escola	15,4	4,00	0,038
12	pegar, barallar-se o discutir	15,4	5,00	0,032

Nota: Resultat del total dels llistats lliures realitzats (n=30). S'inclouen els noms dels ítems citats almenys dues vegades.

FIGURA 25. "SCREE PLOT" DE LES FREQUÈNCIES DELS LLISTATS LLIURES SOBRE QUÈ CONSIDEREN ELS/LES NENS/ES QUE ÉS PERJUDICIAL PER A LA SALUT, SEGONS SEXE



Nota: Resultat del total dels llistats lliures realitzats (n=30). S'inclouen els noms dels ítems citats almenys dues vegades.

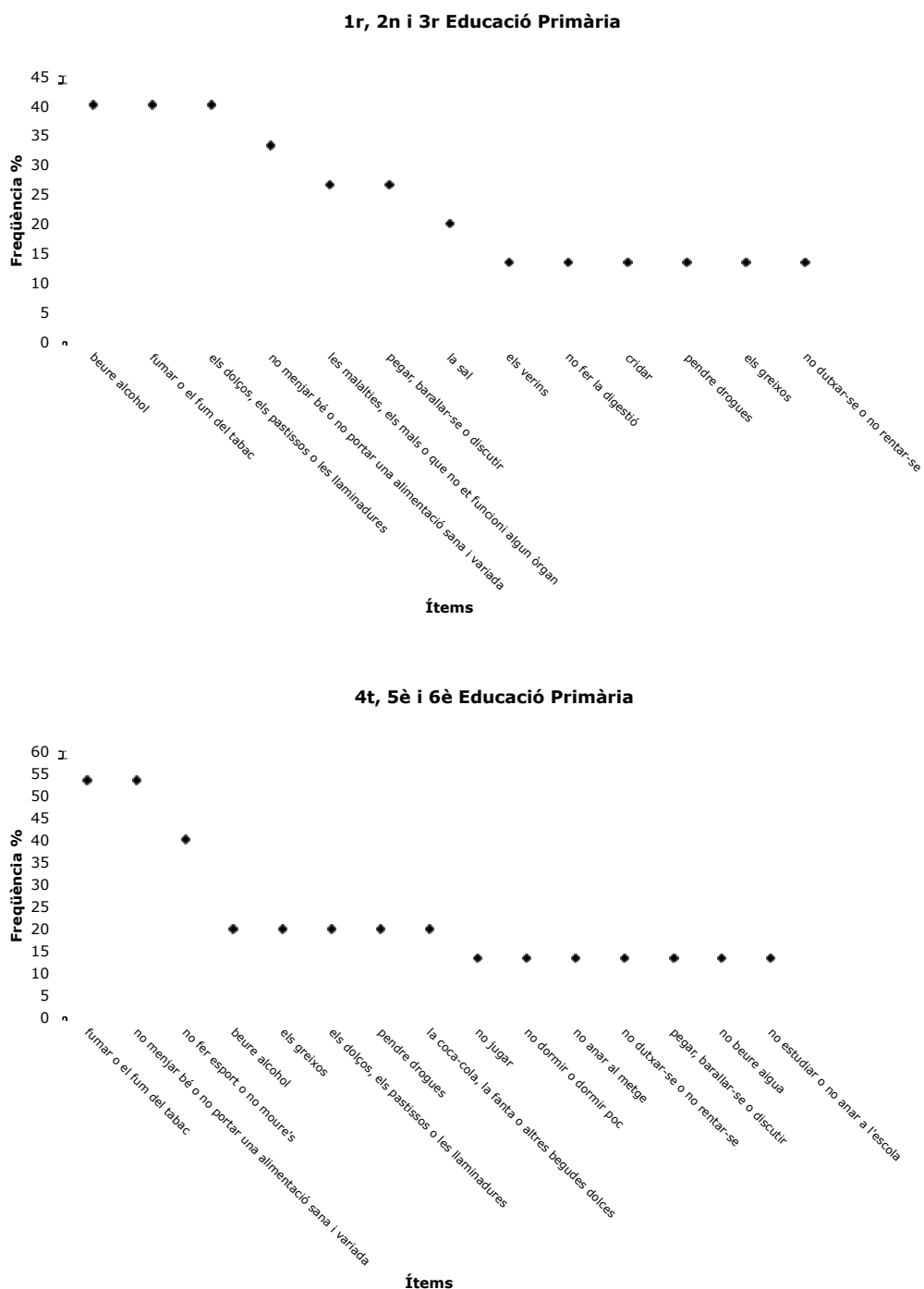
TAULA 24. DISTRIBUCIÓ DE LES FREQUÈNCIES, ORDRE DE MENCIO I ÍNDEX DE LA IMPORTÀNCIA O PES CULTURAL DELS LLISTATS LLIURES SOBRE QUÈ CONSIDEREN ELS/LES NENS/ES QUE ÉS PERJUDICIAL PER A LA SALUT, SEGONS EDAT

1r, 2n i 3r EDUCACIÓ PRIMÀRIA				
Ordre	Ítem	Freqüència (%)	Ordre de menció	Pes cultural
1	beure alcohol	40,0	2,00	0,324
2	fumar o el fum del tabac	40,0	2,50	0,274
3	els dolços, els pastissos o les lllaminadures	40,0	2,33	0,268
4	no menjar bé o no portar una alimentació sana i variada	33,3	3,20	0,169
5	les malalties, els mals o que no et funcioni algun òrgan	26,7	2,25	0,172
6	pegar, barallar-se o discutir	26,7	4,25	0,096
7	la sal	20,0	2,67	0,133
8	els verins	13,3	1,50	0,120
9	no fer la digestió	13,3	1,50	0,117
10	cridar	13,3	2,00	0,089
11	pendre drogues	13,3	3,00	0,080
12	els greixos	13,3	4,50	0,047
13	no dutxar-se o no rentar-se	13,3	4,50	0,040

4t, 5è i 6è EDUCACIÓ PRIMÀRIA				
Ordre	Ítem	Freqüència (%)	Ordre de menció	Pes cultural
1	fumar o el fum del tabac	53,3	1,63	0,460
2	no menjar bé o no portar una alimentació sana i variada	53,3	2,75	0,322
3	no fer esport o no moure's	40,0	2,67	0,253
4	beure alcohol	20,0	1,67	0,167
5	els greixos	20,0	1,67	0,156
6	els dolços, els pastissos o les lllaminadures	20,0	2,33	0,149
7	pendre drogues	20,0	2,00	0,142
8	la coca-cola, la fanta o altres begudes dolces	20,0	3,33	0,091
9	no jugar	13,3	3,50	0,067
10	no dormir o dormir poc	13,3	4,00	0,064
11	no anar al metge	13,3	4,50	0,056
12	no dutxar-se o no rentar-se	13,3	4,50	0,051
13	pegar, barallar-se o discutir	13,3	3,00	0,050
14	no beure aigua	13,3	3,50	0,050
15	no estudiar o no anar a l'escola	13,3	4,00	0,033

Nota: Resultat del total dels llistats lliures realitzats (n=30). S'inclouen els noms dels ítems citats almenys dues vegades.

FIGURA 26. "SCREE PLOT" DE LES FREQUÈNCIES DELS LLISTATS LLIURES SOBRE QUÈ CONSIDEREN ELS/LES NENS/ES QUE ÉS PERJUDICIAL PER A LA SALUT, SEGONS EDAT



Nota: Resultat del total dels llistats lliures realitzats (n=30). S'inclouen els noms dels ítems citats almenys dues vegades.

XI. 3. Llistats lliures sobre les persones que els/les nens/es consideren que tenen cura de la seva salut, segons edat i sexe

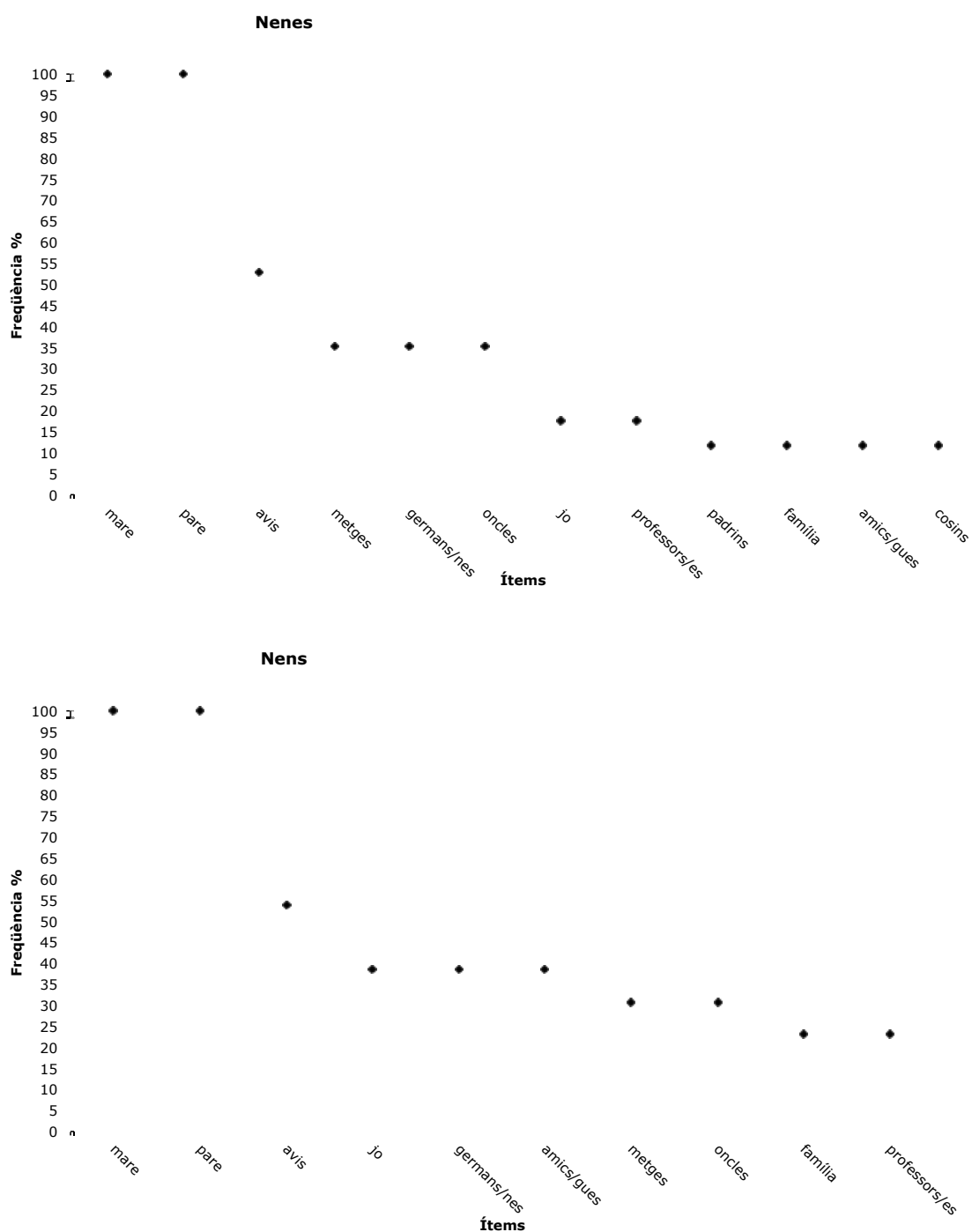
TAULA 25. DISTRIBUCIÓ DE LES FREQUÈNCIES, ORDRE DE MENCIO I ÍNDEX DE LA IMPORTÀNCIA O PES CULTURAL DELS LLISTATS LLIURES SOBRE LES PERSONES QUE ELS/LES NENS/ES CONSIDEREN QUE TENEN CURA DE LA SEVA SALUT, SEGONS SEXE

NENES				
Ordre	Ítem	Freqüència (%)	Ordre de menció	Pes cultural
1	mare	100,0	1,29	0,936
2	pare	100,0	2,41	0,693
3	avis	52,9	3,89	0,219
4	metges	35,3	2,50	0,235
5	germans/nes	35,3	3,00	0,211
6	oncles	35,3	4,00	0,140
7	jo	17,6	2,67	0,109
8	professors/es	17,6	4,67	0,046
9	padrins	11,8	3,50	0,069
10	família	11,8	4,50	0,041
11	amics/gues	11,8	5,00	0,039
12	cosins	11,8	5,50	0,022

NENS				
Ordre	Ítem	Freqüència (%)	Ordre de menció	Pes cultural
1	mare	100,0	1,31	0,923
2	pare	100,0	2,15	0,748
3	avis	53,8	3,29	0,286
4	jo	38,5	2,80	0,245
5	germans/nes	38,5	4,00	0,188
6	amics/gues	38,5	5,40	0,096
7	metges	30,8	3,75	0,135
8	oncles	30,8	4,25	0,125
9	família	23,1	4,00	0,114
10	professors/es	23,1	5,33	0,044

Nota: Resultat del total dels llistats lliures realitzats (n=30). S'inclouen els noms dels ítems citats almenys dues vegades.

FIGURA 27. "SCREE PLOT" DE LES FREQUÈNCIES DELS LLISTATS LLIURES SOBRE LES PERSONES QUE ELS/LES NENS/ES CONSIDEREN QUE TENEN CURA DE LA SEVA SALUT, SEGONS SEXE



Nota: Resultat del total dels llistats lliures realitzats (n=30). S'inclouen els noms dels ítems citats almenys dues vegades.

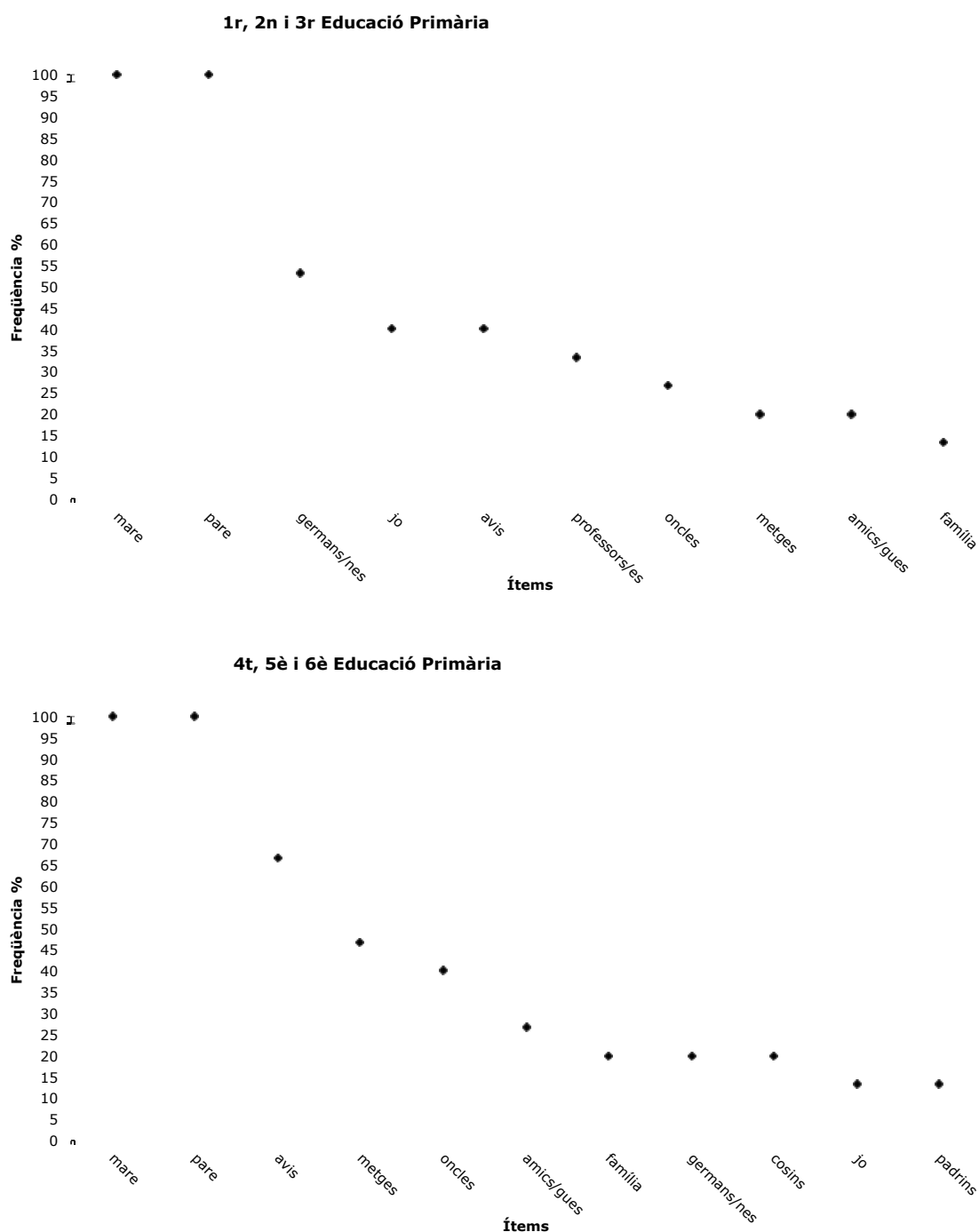
TAULA 26. DISTRIBUCIÓ DE LES FREQUÈNCIES, ORDRE DE MENCIO I ÍNDEX DE LA IMPORTÀNCIA O PES CULTURAL DELS LLISTATS LLIURES SOBRE LES PERSONES QUE ELS/LES NENS/ES CONSIDEREN QUE TENEN CURA DE LA SEVA SALUT, SEGONS EDAT

1r, 2n i 3r EDUCACIÓ PRIMÀRIA				
Ordre	Ítem	Freqüència (%)	Ordre de menció	Pes cultural
1	mare	100,0	1,40	0,911
2	pare	100,0	2,47	0,683
3	germans/nes	53,3	2,88	0,330
4	jo	40,0	2,50	0,279
5	avis	40,0	3,67	0,187
6	professors/es	33,3	5,20	0,073
7	oncles	26,7	4,75	0,074
8	metges	20,0	2,67	0,117
9	amics/gues	20,0	5,33	0,049
10	família	13,3	4,50	0,047

4t, 5è i 6è EDUCACIÓ PRIMÀRIA				
Ordre	Ítem	Freqüència (%)	Ordre de menció	Pes cultural
1	mare	100,0	1,20	0,950
2	pare	100,0	2,13	0,750
3	avis	66,7	3,60	0,309
4	metges	46,7	3,14	0,267
5	oncles	40,0	3,67	0,193
6	amics/gues	26,7	5,25	0,078
7	família	20,0	4,00	0,099
8	germans/nes	20,0	5,00	0,071
9	cosins	20,0	5,33	0,053
10	jo	13,3	3,50	0,057
11	padrins	13,3	4,50	0,033

Nota: Resultat del total dels llistats lliures realitzats (n=30). S'inclouen els noms dels ítems citats almenys dues vegades.

FIGURA 28. "SCREE PLOT" DE LES FREQUÈNCIES DELS LLISTATS LLIURES SOBRE LES PERSONES QUE ELS/LLES NENS/ES CONSIDEREN QUE TENEN CURA DE LA SEVA SALUT, SEGONS EDAT



Nota: Resultat del total dels llistats lliures realitzats (n=30). S'inclouen els noms dels ítems citats almenys dues vegades.

XII. Índex de taules i figures



TAULA 1. FASES DE LA RECERCA

TAULA 2. CARACTERÍSTIQUES SOCIODEMOGRÀFIQUES DELS/LES NENS/ES ENTREVISTATS/DES

TAULA 3. GUIÓ DE LES ENTREVISTES

TAULA 4. ENUNCIATS DELS DIBUIXOS

FIGURA 1. EXEMPLE “DRAW AND WRITE”. DIBUIX D’UNA PERSONA SANA I D’UNA ALTRA POC SANA. INFORMANT 7

FIGURA 2. EXEMPLE “DRAW AND WRITE”. DIBUIX D’UNA PERSONA SANA I D’UNA ALTRA POC SANA. INFORMANT 24

FIGURA 3. EXEMPLE “DRAW AND WRITE”. DIBUIX D’UNA PERSONA SANA I D’UNA ALTRA POC SANA. INFORMANT 9

FIGURA 4. EXEMPLE “DRAW AND WRITE”. DIBUIX D’UNA COSA SANA I D’UNA ALTRA PERJUDICIAL PER A LA SALUT. INFORMANT 7

FIGURA 5. EXEMPLE “DRAW AND WRITE”. DIBUIX D’UNA COSA SANA I D’UNA ALTRA PERJUDICIAL PER A LA SALUT. INFORMANT 22

FIGURA 6. EXEMPLE “DRAW AND WRITE”. DIBUIX D’UNA COSA SANA I D’UNA ALTRA PERJUDICIAL PER A LA SALUT. INFORMANT 28

TAULA 5. DIMENSIONS I PREGUNTES DELS LLISTATS LLIURES

TAULA 6. DISTRIBUCIÓ DE LES FREQUÈNCIES, ORDRE DE MENCIÓ I ÍNDEX DE LA IMPORTÀNCIA O PES CULTURAL DELS LLISTATS LLIURES SOBRE ELS SIGNES, HÀBITS, COMPORTAMENTS I ESTATS D’ÀNIM QUE ELS/LES NENS/ES RECONeixEN EN UNA PERSONA SANA

FIGURA 7. “SCREE PLOT” DE LES FREQUÈNCIES DELS LLISTATS LLIURES SOBRE ELS SIGNES, HÀBITS, COMPORTAMENTS I ESTATS D’ÀNIM QUE ELS/LES NENS/ES RECONeixEN EN UNA PERSONA SANA

FIGURA 8. ÍNDEX DE LA IMPORTÀNCIA O PES CULTURAL DELS LLISTATS LLIURES SOBRE ELS SIGNES, HÀBITS, COMPORTAMENTS I ESTATS D’ÀNIM QUE ELS/LES NENS/ES RECONeixEN EN UNA PERSONA SANA

TAULA 7. ANÀLISI DE CONSENS CULTURAL. SIGNES, HÀBITS, COMPORTAMENTS I ESTATS D’ÀNIM QUE ELS/LES NENS/ES RECONeixEN EN UNA PERSONA SANA

TAULA 8. ANÀLISI DE CONSENS CULTURAL. SIGNES, HÀBITS, COMPORTAMENTS I ESTATS D’ÀNIM QUE ELS/LES NENS/ES RECONeixEN EN UNA PERSONA POC SANA

TAULA 9. ANÀLISI DE CONSENS CULTURAL. EL QUE ELS/LES NENS/ES CONSIDEREN QUE ET MANTÉ SA

TAULA 10. ANÀLISI DE CONSENS CULTURAL. EL QUE ELS/LES NENS/ES CONSIDEREN QUE ÉS PERJUDICIAL PER A LA SALUT

TAULA 11. ANÀLISI DE CONSENS CULTURAL. LES PERSONES QUE ELS/LES NENS/ES CONSIDEREN QUE TENEN CURA DE LA SEVA SALUT

DIAGRAMA 1. XARXA SEMÀNTICA SOBRE ELS SIGNES, HÀBITS, COMPORTAMENTS I ESTATS D'ÀNIM QUE ELS/LES NENS/ES RECONeixEN EN UNA PERSONA SANA I EN UNA PERSONA POC SANA. ENTREVISTES.

TAULA 12. DISTRIBUCIÓ DE LES FREQUÈNCIES, ORDRE DE MENCIO I ÍNDEX D'IMPORTÀNCIA O PES CULTURAL DELS LLISTATS LLIURES SOBRE ELS SIGNES, HÀBITS, COMPORTAMENTS I ESTATS D'ÀNIM QUE ELS/LES NENS/ES RECONeixEN EN UNA PERSONA SANA

FIGURA 9. ÍNDEX DE LA IMPORTÀNCIA O PES CULTURAL DELS LLISTATS LLIURES SOBRE ELS SIGNES, HÀBITS, COMPORTAMENTS I ESTATS D'ÀNIM QUE ELS/LES NENS/ES RECONeixEN EN UNA PERSONA SANA

FIGURA 10. "SCREE PLOT" DE LES FREQUÈNCIES DELS LLISTATS LLIURES SOBRE ELS SIGNES, HÀBITS, COMPORTAMENTS I ESTATS D'ÀNIM QUE ELS/LES NENS/ES RECONeixEN EN UNA PERSONA SANA

TAULA 13. DISTRIBUCIÓ DE LES FREQUÈNCIES, ORDRE DE MENCIO I ÍNDEX DE LA IMPORTÀNCIA O PES CULTURAL DELS LLISTATS LLIURES SOBRE ELS SIGNES, HÀBITS, COMPORTAMENTS I ESTATS D'ÀNIM QUE ELS/LES NENS/ES RECONeixEN EN UNA PERSONA POC SANA

FIGURA 11. ÍNDEX DE LA IMPORTÀNCIA O PES CULTURAL DELS LLISTATS LLIURES SOBRE ELS SIGNES, HÀBITS, COMPORTAMENTS I ESTATS D'ÀNIM QUE ELS/LES NENS/ES RECONeixEN EN UNA PERSONA POC SANA

FIGURA 12. "SCREE PLOT" DE LES FREQUÈNCIES DELS LLISTATS LLIURES SOBRE ELS SIGNES, HÀBITS, COMPORTAMENTS I ESTATS D'ÀNIM QUE ELS/LES NENS/ES RECONeixEN EN UNA PERSONA POC SANA

DIAGRAMA 2. XARXA SEMÀNTICA SOBRE QUÈ CONSIDEREN ELS/LES NENS/ES QUE ET MANTÉ SA I QUÈ ÉS PERJUDICIAL PER A LA SALUT. ENTREVISTES.

TAULA 14. DISTRIBUCIÓ DE LES FREQUÈNCIES, ORDRE DE MENCIO I ÍNDEX D'IMPORTÀNCIA O PES CULTURAL DELS LLISTATS LLIURES SOBRE QUÈ CONSIDEREN ELS/LES NENS/ES QUE ET MANTÉ SA

FIGURA 13. ÍNDEX DE LA IMPORTÀNCIA O PES CULTURAL DELS LLISTATS LLIURES SOBRE QUÈ CONSIDEREN ELS/LES NENS/ES QUE ET MANTÉ SA

FIGURA 14. "SCREE PLOT" DE LES FREQUÈNCIES DELS LLISTATS LLIURES SOBRE QUÈ CONSIDEREN ELS/LES NENS/ES QUE ET MANTÉ SA

TAULA 15. DISTRIBUCIÓ DE LES FREQUÈNCIES, ORDRE DE MENCIO I ÍNDEX DE LA IMPORTÀNCIA O PES CULTURAL DELS LLISTATS LLIURES SOBRE QUÈ CONSIDEREN ELS/LES NENS/ES QUE ÉS PERJUDICIAL PER A LA SALUT

FIGURA 15. ÍNDEX DE LA IMPORTÀNCIA O PES CULTURAL DELS LLISTATS LLIURES SOBRE QUÈ CONSIDEREN ELS/LES NENS/ES QUE ÉS PERJUDICIAL PER A LA SALUT

FIGURA 16. "SCREE PLOT" DE LES FREQUÈNCIES DELS LLISTATS LLIURES SOBRE QUÈ CONSIDEREN ELS/LES NENS/ES QUE ÉS PERJUDICIAL PER A LA SALUT

TAULA 16. DISTRIBUCIÓ DE LES FREQUÈNCIES, ORDRE DE MENCIO I ÍNDEX DE LA IMPORTÀNCIA O PES CULTURAL DELS LLISTATS LLIURES SOBRE LES PERSONES QUE ELS/LES NENS/ES CONSIDEREN QUE TENEN CURA DE LA SEVA SALUT

FIGURA 17. ÍNDEX DE LA IMPORTÀNCIA O PES CULTURAL DELS LLISTATS LLIURES SOBRE LES PERSONES QUE ELS/LES NENS/ES CONSIDEREN QUE TENEN CURA DE LA SEVA SALUT

FIGURA 18. "SCREE PLOT" DE LES FREQUÈNCIES DELS LLISTATS LLIURES SOBRE LES PERSONES QUE ELS/LES NENS/ES CONSIDEREN QUE TENEN CURA DE LA SEVA SALUT

TAULA 17. DISTRIBUCIÓ DE LES FREQUÈNCIES, ORDRE DE MENCIO I ÍNDEX D'IMPORTÀNCIA O PES CULTURAL DELS LLISTATS LLIURES SOBRE ELS SIGNES, HÀBITS, COMPORTAMENTS I ESTATS D'ÀNIM QUE ELS/LES NENS/ES RECONeixEN EN UNA PERSONA SANA, SEGONS SEXE

FIGURA 19. "SCREE PLOT" DE LES FREQUÈNCIES DELS LLISTATS LLIURES SOBRE ELS SIGNES, HÀBITS, COMPORTAMENTS I ESTATS D'ÀNIM QUE ELS/LES NENS/ES RECONeixEN EN UNA PERSONA SANA, SEGONS SEXE

TAULA 18. DISTRIBUCIÓ DE LES FREQUÈNCIES, ORDRE DE MENCIO I ÍNDEX D'IMPORTÀNCIA O PES CULTURAL DELS LLISTATS LLIURES SOBRE ELS SIGNES, HÀBITS, COMPORTAMENTS I ESTATS D'ÀNIM QUE ELS/LES NENS/ES RECONeixEN EN UNA PERSONA SANA, SEGONS EDAT

FIGURA 20. "SCREE PLOT" DE LES FREQUÈNCIES DELS LLISTATS LLIURES SOBRE ELS SIGNES, HÀBITS, COMPORTAMENTS I ESTATS D'ÀNIM QUE ELS/LES NENS/ES RECONeixEN EN UNA PERSONA SANA, SEGONS EDAT

TAULA 19. DISTRIBUCIÓ DE LES FREQUÈNCIES, ORDRE DE MENCIO I ÍNDEX DE LA IMPORTÀNCIA O PES CULTURAL DELS LLISTATS LLIURES SOBRE ELS SIGNES, HÀBITS, COMPORTAMENTS I ESTATS D'ÀNIM QUE ELS/LES NENS/ES RECONeixEN EN UNA PERSONA POC SANA, SEGONS SEXE

FIGURA 21. SCREE PLOT" DE LES FREQUÈNCIES DELS LLISTATS LLIURES SOBRE ELS SIGNES, HÀBITS, COMPORTAMENTS I ESTATS D'ÀNIM QUE ELS/LES NENS/ES RECONeixEN EN UNA PERSONA POC SANA, SEGONS SEXE

TAULA 20. DISTRIBUCIÓ DE LES FREQUÈNCIES, ORDRE DE MENCIO I ÍNDEX DE LA IMPORTÀNCIA O PES CULTURAL DELS LLISTATS LLIURES SOBRE ELS SIGNES, HÀBITS, COMPORTAMENTS I ESTATS D'ÀNIM QUE ELS/LES NENS/ES RECONeixEN EN UNA PERSONA POC SANA, SEGONS EDAT

FIGURA 22. SCREE PLOT" DE LES FREQUÈNCIES DELS LLISTATS LLIURES SOBRE ELS SIGNES, HÀBITS, COMPORTAMENTS I ESTATS D'ÀNIM QUE ELS/LES NENS/ES RECONeixEN EN UNA PERSONA POC SANA, SEGONS EDAT

TAULA 21. DISTRIBUCIÓ DE LES FREQUÈNCIES, ORDRE DE MENCIO I ÍNDEX D'IMPORTÀNCIA O PES CULTURAL DELS LLISTATS LLIURES SOBRE QUÈ CONSIDEREN ELS/LES NENS/ES QUE ET MANTÉ SA, SEGONS SEXE

FIGURA 23. "SCREE PLOT" DE LES FREQUÈNCIES DELS LLISTATS LLIURES SOBRE QUÈ CONSIDEREN ELS/LES NENS/ES QUE ET MANTÉ SA, SEGONS SEXE

TAULA 22. DISTRIBUCIÓ DE LES FREQUÈNCIES, ORDRE DE MENCIO I ÍNDEX D'IMPORTÀNCIA O PES CULTURAL DELS LLISTATS LLIURES SOBRE QUÈ CONSIDEREN ELS/LES NENS/ES QUE ET MANTÉ SA, SEGONS EDAT

FIGURA 24. "SCREE PLOT" DE LES FREQUÈNCIES DELS LLISTATS LLIURES SOBRE QUÈ CONSIDEREN ELS/LES NENS/ES QUE ET MANTÉ SA, SEGONS EDAT

TAULA 23. DISTRIBUCIÓ DE LES FREQÜÈNCIES, ORDRE DE MENCIO I ÍNDEX DE LA IMPORTÀNCIA O PES CULTURAL DELS LLISTATS LLIURES SOBRE QUÈ CONSIDEREN ELS/LES NENS/ES QUE ÉS PERJUDICIAL PER A LA SALUT, SEGONS SEXE

FIGURA 25. "SCREE PLOT" DE LES FREQÜÈNCIES DELS LLISTATS LLIURES SOBRE QUÈ CONSIDEREN ELS/LES NENS/ES QUE ÉS PERJUDICIAL PER A LA SALUT, SEGONS SEXE

TAULA 24. DISTRIBUCIÓ DE LES FREQÜÈNCIES, ORDRE DE MENCIO I ÍNDEX DE LA IMPORTÀNCIA O PES CULTURAL DELS LLISTATS LLIURES SOBRE QUÈ CONSIDEREN ELS/LES NENS/ES QUE ÉS PERJUDICIAL PER A LA SALUT, SEGONS EDAT

FIGURA 26. "SCREE PLOT" DE LES FREQÜÈNCIES DELS LLISTATS LLIURES SOBRE QUÈ CONSIDEREN ELS/LES NENS/ES QUE ÉS PERJUDICIAL PER A LA SALUT, SEGONS EDAT

TAULA 25. DISTRIBUCIÓ DE LES FREQÜÈNCIES, ORDRE DE MENCIO I ÍNDEX DE LA IMPORTÀNCIA O PES CULTURAL DELS LLISTATS LLIURES SOBRE LES PERSONES QUE ELS/LES NENS/ES CONSIDEREN QUE TENEN CURA DE LA SEVA SALUT, SEGONS SEXE

FIGURA 27. "SCREE PLOT" DE LES FREQÜÈNCIES DELS LLISTATS LLIURES SOBRE LES PERSONES QUE ELS/LES NENS/ES CONSIDEREN QUE TENEN CURA DE LA SEVA SALUT, SEGONS SEXE

TAULA 26. DISTRIBUCIÓ DE LES FREQÜÈNCIES, ORDRE DE MENCIO I ÍNDEX DE LA IMPORTÀNCIA O PES CULTURAL DELS LLISTATS LLIURES SOBRE LES PERSONES QUE ELS/LES NENS/ES CONSIDEREN QUE TENEN CURA DE LA SEVA SALUT, SEGONS EDAT

FIGURA 28. "SCREE PLOT" DE LES FREQÜÈNCIES DELS LLISTATS LLIURES SOBRE LES PERSONES QUE ELS/LES NENS/ES CONSIDEREN QUE TENEN CURA DE LA SEVA SALUT, SEGONS EDAT

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

LA VEU DELS NENS: EXPERIÈNCIES DELS ESCOLARS DE PRIMÀRIA AL VOLTANT DE LA SALUT

Araceli Muñoz Garcia

Dipòsit Legal: T 1583-2015

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

LA VEU DELS NENS: EXPERIÈNCIES DELS ESCOLARS DE PRIMÀRIA AL VOLTANT DE LA SALUT

Araceli Muñoz Garcia

Dipòsit Legal: T 1583-2015

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

LA VEU DELS NENS: EXPERIÈNCIES DELS ESCOLARS DE PRIMÀRIA AL VOLTANT DE LA SALUT

Araceli Muñoz Garcia

Dipòsit Legal: T 1583-2015

