



Los saberes que han sido subordinados en la salud

Knowledge had been subordinate in health

Ángela Beatriz Martínez-González¹

RESUMEN

El propósito del presente trabajo es deconstruir el pensamiento médico hegemónico que ha influido en la producción del conocimiento científico sobre la enfermedad y la salud mental, lo que se pretende es cuestionar ese paradigma dominante, delimitado principalmente dentro del campo de saber positivista. Se pretende una aproximación a la comprensión de la salud y enfermedad mental construir otra mirada de las ya existentes. Se procura hacer perceptibles aspectos que han sido subordinados o desapercibidos por otras visiones, con el propósito de poner en juego conceptos que posibiliten desplazar el discurso que en el espacio del saber se ha enquistado y endurecido, que miran al sujeto como ente ahistórico e individual, centrándose sobre todo en variables internas biológicas del sujeto. Las ciencias naturales como las sociales deben ser complementarias para una buena comprensión de la realidad social, es por eso que la medicina social genera un punto trascendental en la salud-enfermedad.

Palabras clave: Salud-enfermedad, positivismo, hermenéutica, medicina social, lugares y no-lugares.

ABSTRACT

The purpose of this paper is to deconstruct the hegemonic medical thinking has influenced the production of scientific knowledge about the disease and mental health, the aim is to question the dominant paradigm, defined primarily within the positivist camp. An approach to the understanding of mental health and illness look to build another existing intended. It seeks to make visible aspects that have been subordinated or unnoticed by other views, in order to put into game concepts that facilitate moving the discourse in the space of knowledge has become entrenched and hardened, looking subject as ahistorical and individual entity, focusing especially in biological internal variables of the subject. The natural and the social sciences should be complementary to a good understanding of social reality, that is why social medicine generates a momentous point in health and disease.

Key words: Health and disease, hermeneutics, positivism, social medicine.



¹ Doctorado en Salud Colectiva por la Universidad Autónoma Metropolitana. México.

Correspondencia: Dra. Ángela Beatriz Martínez González. Estancia de Investigación en el Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, Colegio de México. Correo electrónico: angelabeatrizma@gmail.com.

Folio: 284/2014 Artículo recibido: 15/09/2014, reenviado: 13/10/2014, aceptado: 03/12/2015

INTRODUCCIÓN

Para desenmascarar ese saber positivista y mirar la compleja realidad, se parte del concepto “deconstrucción”, el cual Jaques Derrida¹ traduce y recupera por cuenta propia, entiéndase como “operar a través de una cierta perspectiva que no puede nombrar o describir, lo que la historia puede haber ocultado o excluido. De acuerdo con Derrida, deconstruir un discurso equivale a mostrar cómo anula la filosofía que expresa, o las oposiciones jerárquicas sobre las que se basa; la deconstrucción muda la posición jerárquica de un esquema causal.

La estrategia es iniciar a través de un breve recorrido histórico que parte desde las primeras concepciones acerca de la salud y la enfermedad, desde los orígenes del pensamiento filosófico griego, hasta culminar con las concepciones construidas en el contexto de la globalización. Este paseo histórico permitirá entender el presente, cómo cada modelo social construye su propia concepción.

Itinerarios: del positivismo a la salud colectiva

A lo largo de la historia se ha configurado un debate acerca de los problemas filosóficos y metodológicos en las ciencias naturales, sociales y matemáticas. El viejo debate de las ciencias sociales vs las ciencias naturales, se remonta a la distinción de la ciencia que realizó Windelband al diferenciar entre lo nomotético e ideográfico, que es un elemento que abona el terreno de las controversias, quien apunta que, las ciencias de la naturaleza tienen carácter generalizador y las ciencias del espíritu tienen carácter individualizador. Sin embargo es el neokantiano Heinrich Rickert, quien siguiendo las mismas premisas planteó el “método generalizante que se asocia a las ciencias naturales, se fundamentaba en la conformación de un sistema general de conceptos que permiten subsumir todo evento bajo conceptos generales. En segundo término propuso el método individualizante, el cual enfoca el hecho particular en cuanto tal, así como los elementos que combinados entre sí lo convierten en algo único e irrepetible”. Rickert además “diferenció dos tipos de fenómenos el de la naturaleza y la cultura, de modo que, el conjunto de cosas que surgen y se mantienen libremente de la inferencia humana, lo denominó fenómeno de la naturaleza, mientras la cultura es el conjunto de objeto elaborados claramente por el hombre”.²

En su adaptación más contemporánea Dilthey y Rickert plantearon las discrepancias entre ciencias del espíritu y la naturaleza, desde la doctrina de la hermenéutica, confrontaron al

positivismo que trataba de adjudicar el método de las ciencias naturales a las sociales y precisaron la especificidad de las ciencias del espíritu en la existencia de un mundo interno de los sujetos que no puede ser directamente observado proponiendo el método de la “comprensión”.²

Las posturas que tienen las ciencias naturales y sociales representan distintas formas de abordar la realidad. Es por ello que las teorías que han adoptado el enfoque naturalista de las ciencias han ganado terreno, las ideas positivistas que surgieron en el siglo XIX establecieron las bases de una escuela que se asume como “verdadero conocimiento”. De tal forma que se ha posicionado como una doctrina “auténticamente científica”, asegura que sólo se puede conocer los fenómenos que son perceptibles. De este modo, el gran debate entre las ciencias sociales y las ciencias naturales no ha finalizado, está presente en la producción de todo conocimiento, soslayando todo saber que no ha sido construido desde su esquema de observación medición y validación, es decir, mediante el método científico.³

En el análisis de las formas de interacción social, de nada sirve el microscopio y los reactivos químicos, el único medio es la capacidad de abstracción “como cualquier hombre de ciencia procede por abstracciones sucesivas que conducen a la construcción de determinados sistemas teóricos pero la diferencia de que la validez o invalidez de los mismos no puede ser verificada mediante la experimentación artificial controlada, sino por medio de la experiencia del mismo desarrollo histórico”.⁴ Desde las ciencias sociales no es posible reproducir en un gabinete o laboratorio los fenómenos que estudia, se encuentra imposibilitado de aislar y demostrar experimentalmente.

Medicina social vs. Medicina positivista

Entre las ciencias naturales y las ciencias sociales persiste un debate que no ha terminado y que sin duda seguirá por más años, mientras se continúe con el discurso de que toda producción de conocimiento se da por medio del pensamiento positivista quien se asume como verdadero y auténtico, soslayando todo saber que no ha sido construido desde su esquema de observación, medición y validación. Una versión enriquecida del viejo debate que contrapone la tradición positivista y determinista en cualquiera de sus formas a la tradición comprensiva, subjetivista e interpretativa. Esa lucha de los paradigmas ha abierto el camino para dos visiones en la manera de concebir la salud de la sociedad.

El desarrollo y avance del saber médico influyó en la forma de concebir y entender la salud-enfermedad; bajo el escudo de la ciencia, la medicina heredó a la psicología y la psiquiatría su terminología: técnicas, estructuras, conceptos y problemas, ordenando un discurso donde el uso de términos como: paciente, terapia, clínica, diagnóstico, consultorio, terapeuta constituyen su campo de trabajo y objeto de estudio.⁵ El repaso de la historia ayuda a comprender mejor por qué en los tiempos actuales prevalece una visión orientada en examinar la salud-enfermedad al intervenir medicamente en las conductas patológicas de los sujetos.

El pensamiento actual se caracteriza por su tendencia a la fragmentación y/o especialización, este fenómeno se observa tanto en el campo de la filosofía como en la psicología, la psiquiatría y en general la salud-enfermedad, sin duda, es la expresión de las formas de vida social desarrolladas en occidente a lo largo del siglo XX (desarrollo tecnocientífico) cuyo punto culminante es el proceso de globalización con el cual se inauguró el nuevo milenio.

En primer instancia es necesario remontarse a una corriente impulsada por Rudolf Virchow y como segundo momento los trabajos de investigación epidemiológica del clínico John A. Ryle en cuanto a la bioestadística, que lo ve como “un hecho socio sanitario: la creación del Servicio Nacional de Salud Inglés sobre bases de regionalización y un hecho de investigación científica: el inicio de las grandes investigaciones epidemiológicas”.⁶ En cambio el alemán Rudolf Virchow desarrolló los primeros trabajos sobre medicina social en el siglo XIX, él “afirma que la ciencia más exitosa toma sus problemas ampliamente de las preocupaciones sociales concretas. La ciencia y la medicina científica, según Virchow, no deben ser separadas de la realidad sociopolítica. Al contrario, argumentaba que el científico debe buscar relacionar los descubrimientos de la investigación con el trabajo político sugerido catástrofes sanitarias socialmente determinadas. Virchow manifestó esta orientación hacia la ciencia aplicada, la dialéctica, y el materialismo en sus análisis de enfermedades específicas. Enfatizó las circunstancias históricas y materiales concretas en las cuales aparecía la enfermedad, las fuerzas sociales contradictorias que impedían la prevención [...]”.⁷ Ambos ponían mayor énfasis al aspecto social, el de abrirse a un contexto más amplio y que no sólo se quedara en la relación científica de la medicina, esto permitió dar paso a la medicina social.

El análisis a la medicina social se comenzaba a generar desde los siglos XVI y XVIII en Europa de

manera indirecta. La preocupación de la salud en países como Francia, Inglaterra y Austria se dio para calcular la fuerza activa de sus poblaciones, originándose estadísticas de natalidad, y mortalidad.⁸

A través de la historia de la medicina se han podido ver dos visiones, una que en su práctica moderna se ha constituido como una “concepción dominante sobre los procesos biológicos y psíquicos que son procesos naturales ahistóricos y la otra, en cuanto estos procesos son naturales las circunstancias sociales o históricas en las cuales se dan no transforman su esencia”.⁹

La ruptura del pensamiento médico social con el proceso biomédico consiste en que conceptualiza a los procesos biosíquicos humanos como procesos históricos y no como procesos naturales, así, la medicina social, inspirándose cada vez más en la ineficacia y parcialidad metodológica de la experiencia clínica, pone el énfasis en el hombre, y trata de estudiarlo dentro de su ambiente y en interacción con este. Para Laurell, “el reconocimiento de que el proceso salud-enfermedad guarda una vinculación estrecha con la sociedad en la cual se presenta que el mejoramiento de las condiciones de salud de la población requiere de algo más que la simple intervención médica y tiene que involucrar algunos cambios sociales”.⁹

Esto lleva a presentar algunas concepciones en donde es posible observar, cómo el concepto de salud ha estado determinado social e históricamente, pero la visión positivista ha buscado consolidarse como pensamiento médico hegemónico o/y dominante, negando a lo largo de los años el carácter social del proceso salud-enfermedad. El discurso médico positivista se ha estructurado alrededor de las concepciones predominantes del cuerpo, de la normalidad, la búsqueda más que de la salud de la enfermedad, ha edificado la actual ciencia médica bajo los esquemas, de este compromiso a fundar su paradigma científico sobre las ciencias naturales. La medicina moderna, cuestiona Foucault, “es individual porque se envolvió dentro de las relaciones de mercado, por tanto al penetrar en la lógica de la economía capitalista, la relación del médico con su enfermo se teje entonces desde una medicina individual que está vinculada al contexto de la mercantilización”.⁸ El proyecto expansivo económico, hace alusión al paciente cliente como consumidor de la salud, como un bien que se posee, se produce, circula y se consume. Pero en este consumo estamos igualmente reconstituyendo los sentidos de la salud en el nuevo orden. Lo que lleva así, una medicina social contra una medicina positivista. Bajo esta crítica, Foucault sostiene que la medicina

es una práctica social y sólo uno de sus aspectos es individualizante y valoriza las relaciones entre el médico y el paciente. De tal forma que el estado salud-enfermedad es el resultado global, dinámico, variable, individual-colectivo, de todas las influencias y determinantes sociales que se originan en las estructuras y en el funcionamiento de las formaciones sociales en que vivimos. “La medicina social reconoce a la salud-enfermedad como un continuo, no como estados opuestos sino como momentos diferenciados del proceso vital humano un proceso en constante cambio y que expresa en la corporeidad humana el modo específico de apropiación de la naturaleza”.⁹ Ahora bien, este abordaje multifactorial del problema de salud, mediante el paradigma médico social, que lejos de excluir de su consideración la esencia de los fenómenos biológicos, los enriquece con un análisis más profundo y generalizador. En esa perspectiva Jaime Breilh apunta que el sujeto es el objeto, no hay conocimiento como simple reflejo ni conocimiento como construcción puramente subjetiva.¹¹

Aunque existe un paradigma médico dominante, la medicina social continúa desarrollándose y se ha permeado en “un quehacer científico comprometido socialmente con la transformación de las condiciones de vida y las prácticas en salud y con los procesos de generación de conocimiento”.¹² Así la salud colectiva reconoce que los procesos salud-enfermedad expresan hechos históricos y sociales que atañen a los colectivos humanos por lo que su explicación y comprensión trascienden la búsqueda de la causalidad y el ámbito biológico.

El pensamiento médico hegemónico se instituye como discurso jerárquico por medio de las múltiples instituciones que conforman una sociedad, de tal forma que a través de estas instituciones conducen a ideologizar a los individuos, quienes a su vez, están en condiciones de reproducir dicho pensamiento en una sociedad. Se vale entonces, intentar rastrear cómo se ha impregnado este discurso médico hegemónico en la sociedad, puesto que se transmiten ideas, valores que originan sistemas de significación colectiva acerca del proceso salud-enfermedad. Así también es necesario mirar cuáles son los imaginarios sociales, las interpretaciones colectivas, las representaciones sociales que proveen significado a la salud y a la enfermedad. Entendemos por imaginario social, los sentidos organizadores llámese mitos que sustentan la institución de normas valores y lenguaje por medio de los cuales una sociedad puede ser visualizada como una totalidad.¹³

A este respecto Edmundo Granda plantea la noción de “metáfora” para entender el poder de la vida, las reflexiones alrededor de la salud, de la enfermedad, no como han sido impuestas por el saber positivista, más bien, señala la necesidad de buscar aproximaciones filosóficas alternativas a la dominante. Así, Granda sitúa la necesidad de asumir, desde el quehacer del salubrista, la “capacidad de romper las normas impuestas bajo los requerimientos de adaptación al cambiante mundo. Destaca también, que se debe entender la estructuración de las prácticas sociales saludables y deteriorantes como eje fundamental; desde la interpretación que los sujetos y grupos sociales construyen en su diario vivir acerca de las acciones relacionadas con la salud y la enfermedad.¹⁴ Si bien Granda plantea la categoría de “metáfora” para dar cuenta cómo los individuos asimilan un discurso médico dominante, construyen, reconstruyen y reproducen ese proceso.

Para dar cuenta del proceso salud-enfermedad se retomatambién el concepto de representaciones sociales como perspectiva teórica que permite dar cuenta de las creencias compartidas que conforman el fondo cultural común en el que se mueve cada grupo social. La representación social “[...] designa una forma de conocimiento específico, el saber de sentido común, cuyos contenidos manifiestan la operación de procesos generativos y funcionales socialmente caracterizados. En sentido más amplio, designa una forma de pensamiento social”.¹⁵

Las representaciones sociales, dice Jodelet, tienen que ver con las imágenes que condensan un conjunto de significados, es decir con la articulación de sistemas de referencia que permiten interpretar lo que sucede y generar categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y a los individuos.¹⁵ Reflexionar sobre la salud como dominio simbólico permite comprender el proceso salud enfermedad, desde las identidades, los territorios en donde se ejerce esa trama de bienes materiales y simbólicos. Los conceptos que se han formulado sobre la salud parten del individuo de su funcionalidad orgánica, donde sólo se mide y se diagnostica con base en síntomas individuales y a indicadores biológicos de una “normalidad”.

No sólo significa comenzar a realizar una nueva construcción teórica del objeto de conocimiento y de sus relaciones internas sino también de construir un nuevo encuentro entre las ciencias biológicas y las ciencias sociales.⁹ Se pretende introducir categorías como los procesos históricos, económicos y culturales en un proceso dialéctico que relacionan al hombre con lo natural y a los

hombres entre sí. Asa Cristina Laurell propone el concepto de “nexo biopsíquico humano” que implica aprender las formas históricas de los procesos biológicos, psicológicos enfatizados a la historicidad del proceso de la salud–enfermedad. “En la dialéctica entre la naturaleza y el mundo socialmente construido el propio organismo humano se transforma y en esa misma dialéctica el hombre produce la realidad y se produce a sí mismo”.⁹

Por lo que el concepto nexo biopsíquico de Cristina Laurell permite analizar el proceso salud–enfermedad desde la visión de la totalidad concreta, en donde el fenómeno muestra su esencia y al mismo tiempo la oculta. La esencia se descubre mediante el rodeo, que descompone la realidad, aparta el fenómeno y así está en condiciones de captar la esencia;¹⁶ por lo que entonces reducir el proceso salud–enfermedad a la esencia (psico-social) o a la apariencia (biológico-orgánico) supone en consecuencia una fragmentación. La totalidad concreta no supone el conjunto de todos los hechos, sino un todo estructurado y dialéctico en el que puede ser comprendido cualquier hecho. El motor principal de la medicina que da origen al cuestionamiento del paradigma médico biológico se encuentra en la dificultad de generar un nuevo conocimiento que permita la comprensión de los principales problemas de salud que aquejan a los países. La medicina clínica no ofrece una solución satisfactoria al mejoramiento de las condiciones de salud de la colectividad.

Para comprender la complejidad de esta interdependencia es necesario hacer evidentes esos procesos que han sido ocultos, se trata del ámbito mental (creencias, mitos), de la acción (rituales, prácticas y costumbres), de lo sociocultural y económico, que deben ser necesariamente reconocidos ya que desempeñan un substancial papel en la reproducción del mundo de la vida. Desde la salud colectiva Jaime Breilh sugiere el concepto de Realismo Dialéctico permite entender que más allá de la relación sujeto–objeto dependen de la cultura, de las estructuras simbólicas por cuya intermediación leemos la realidad.¹⁶

Por lo tanto, el campo de la salud como un espacio simbólico debe ser entendido desde la complejidad de sus variadas relaciones internas y externas. El concepto de salud únicamente podrá comprenderse desde un pensamiento social como lo afirma Morín: El modo complejo de pensar los componentes diferentes que constituyen un todo y hay un tejido interdependiente entre las partes y el todo.¹⁷

La estrategia para acercarse a ese mundo parte de ciertas suposiciones que miran la articulación sujeto-mundo, al modo de estar del individuo en

la sociedad no existe fuera de la sociedad y de que la subjetividad está socialmente construida. Norbert Elías arguye que los individuos están envueltos en un mundo que los impacta. En tanto para Schutz la interacción entre individuos al ser socialmente construida y al no darse en el vacío sino en contextos culturalmente establecidos. Sentado lo anterior, se puede decir que todo objeto de conocimiento, es imposible estudiarlo en sí mismo, más bien a partir de la relación con su entorno; precisamente porque toda realidad es sistema, por estar vinculado con su entorno. Se parte aquí de una idea del pensamiento complejo, entendida como “un tejido en conjunto constituyentes heterogéneos inseparables asociados: de lo uno y los múltiples, es el tejido de eventos, acciones, interacciones, retroacciones, determinaciones que constituyen el mundo fenoménico”, esa complejidad consiste en un círculo de conocimientos que funcionan atrayéndose mutuamente y cuyo proceso permita concebir la reorganización transdisciplinaria del conocimiento. Se propone el vínculo entre pensamiento complejo y transdisciplinaria, el “binomio complejidad-trans-disciplinaria”, según refiere Morín, por un lado, a las realidades investigadas, complejo de fenómenos irreductible a una sola dimensión y cuyos significados dependen fuertemente del contexto; y por otro, al esfuerzo intelectual para comprenderlas, a través de la elaboración de modelos que tomen en cuenta el contexto.¹⁷

Conclusiones

La búsqueda de causalidades a las que se refiere el discurso dominante, convierte la realidad en un proceso de reducción, en un solo plano. “En el caso de la enfermedad la secuencia de la reducción se da del siguiente modo primero lo real se reduce al plano empírico luego los procesos se reducen al estrato natural y finalmente la enfermedad se reduce a lo individual biológico”.¹⁰ Otra aproximación acerca de la noción de enfermedad se localiza en los trabajos de Foucault, al respecto apunta, “la enfermedad, es en una época determinada y en una sociedad concreta, aquello que se encuentra práctica o teóricamente medicalizado”.⁸ De acuerdo con estas ideas, se pone el acento en la búsqueda de la enfermedad, restando preocupación al paciente en tanto sujeto social, es producto y productor de la sociedad y la historia. Para el pensamiento médico hegemónico, el individuo es objeto de saber y de la práctica médica, es observado, vigilado, conocido y curado el ser humano se ha transformado en un mosaico de fragmentos agregados unos a otros

que conceptualmente pueden separarse y estudiarse autónomamente hasta nivel micro.⁸ La medicina se ha especializado cada día en atender específicamente cada parte del cuerpo, limitándose a “curar” la parte orgánica de un cuerpo que es visto sin identidad, sin historia. Esa idea de especialización también se ha reducido a la parte del cuerpo “enfermo” en forma aislada, deja de lado la totalidad orgánica corporal, que lejos de atender el proceso de salud enfermedad, la medicina se ha especializado en tantas ramas que parecen conocimientos independientes. Así el cuerpo se dividió en anatomía, fisiología, nosología, patología, neurología, cardiología y tantas especialidades médicas como la misma psiquiatría, en todas ellas el método es el mismo, analizar, diseccionar, separar, diagnosticar, curar.⁶ En esa medida, se tiende a perder de vista, lo que es la salud, se ha centrado la atención en la noción de la enfermedad.

El error señalado al biologicismo positivista consiste en pensar que es lo biológico lo que impacta sobre lo cultural del hombre, no se trata de explicar agregando factores, psíquicos, medio-ambientales sociales o culturales, como si estos fueran separables en la experiencia del sujeto. El estudio del hombre no puede desligarse de la realidad social en que se desenvuelve y que empapa todos y cada uno de sus aspectos, es sobre la base de la comprensión y conocimiento de tal relación dialéctica hombre-sociedad como puede comenzar a analizarse la salud y enfermedad del hombre concreto y presente.

REFERENCIAS

1. Jaques Derrida, en “Carta a un amigo japonés”.
2. Giménez G, Entorno a la crisis de la sociología. *Rev Sociológica*, 1992 Sept-Dic, 7(20).
3. Castells M, De Ipola E, Epistemología y ciencias sociales. Cuaderno teoría y sociedad, 1983: 32.
4. Cuevas A, Ciencia Social el ideología de clase. En: *La teoría Marxista. Categorías de Base y problemas actuales*. México: Edit. Planeta; 1968.
5. Aldereguía-H J, La Medicina Social, la Salud Pública y el Siglo XXI. *Rev Cubana Salud Pública*, 1995, 21(2).
6. Alcaraz-González J, La psicoterapia y el olvido del cuerpo. En: *Cuerpo, identidad y Psicología*, México: Edit. Plaza Valdez; 2002.
7. Waitzkin H, Un siglo y medio de olvidos y redescubrimientos: las perdurables contribuciones de Virchow a la medicina social. Departamentos de Sociología, Medicina Familia y Comunitario, y Medicina Interna, Albuquerque: Universidad de New México, 2006, 1(1).
8. Foucault M, *La vida de los hombre infames. Ensayos sobre desviación y dominación*. España: Ed. La piqueta; 1990. p. 93-173.
9. Laurell AC, Sobre la concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad. En: Rodríguez M.I Lo biológico y lo social. Serie Desarrollo de Recursos Humanos, 101, EUA: OPS/OMS, Washington D.C., 1994, p. 1-19.
10. Breilh J, Granda E. La epidemiología en la forja de una controhegemonía, o Situación y tendencias de los recursos humanos odontológicos profesionales en Ecuador, primera parte o Trabajo hospitalario, estrés y sufrimiento mental.: *Deterioro de la salud de los internos en Quito, Ecuador*.
11. Breilh J. *Epidemiología Critica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Argentina: Universidad Nacional de Lanús; 1994.
12. López-Arellano O, Peña-S F, Salud y Sociedad: aportaciones del pensamiento latinoamericano. En: De la Garza E, *Tratado Latinoamericano de Sociología*. México: Anthropos, Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa; 2006.
13. Fernández, AM, *Tiempo histórico y campo grupal: Masas, Grupos e Instituciones*, Argentina: Nueva Visión; 1993.
14. Granda E, Formación de salubrista: Algunas reflexiones. En: *La salud colectiva a las puertas del siglo XXI*. Colombia: Universidad Nacional de Colombia y Universidad de Antioquia, Medellín; 2000, p. 1- 46.
15. Jodelet D, La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En: Moscovici S, *Psicología Social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*. Barcelona: Ediciones Paidós; 1988, p. 469-494.
16. KOSIK K, *Dialéctica de lo concreto*
17. Morín E, *La mente bien ordenada*. Madrid: Edit. Seix Barrial, 2000.