



Los procesos comunicativos de la salud: La construcción de la experiencia de salud en el análisis concreto del desarrollo local del municipio Campo de Níjar (Almería).¹

Carmen Gaona Pisonero
Universidad Rey Juan Carlos de Madrid
carmen.gaona@urjc.es

1. Introducción:

Uno de los objetivos de este artículo es plantear un sentido de la "salud" que vaya mucho más allá de la clásica y famosísima definición dada por la OMS, en la que la salud ya no es la mera ausencia de enfermedad, sino el logro de un estado de bienestar, con profundas implicaciones psicológicas y sociales. Tal y como afirma Talcott Parsons (1978: 71) esta definición resulta *"unacceptable to identify health with well being in general"*, no podemos pasar por alto que presenta casi una propuesta de "salvación definitiva"². Esta definición permitió en un primer momento, superar los límites de un excesivo biologismo en las definiciones de salud, no obstante la crítica a esta definición se centra en ser la formulación de una falsedad y la proclamación de una utopía. De una falsedad en cuanto que hay situaciones climáticas, sociales y coyunturales que son inevitables e inclusive están completamente al margen de la voluntad del sujeto humano, pero que actúan directamente sobre su salud. De una utopía en base a que nos es casi imposible ansiar una vida humana en la que no haya espacio alguno para la enfermedad, en que esa "experiencia de salud" no esté llena de alguna que otra historia a relatar, en definitiva, un ser ajeno a la contingencia.

En las siguientes líneas intentaré abordar la salud y la enfermedad como un proceso sociocultural de la realidad humana, para el que propongo el concepto de *experiencia de salud*. En dicho concepto se incluye una perspectiva de la salud, no solamente en cuanto al equilibrio o desequilibrio biológico del organismo humano; sino insertada en la propia realidad humana, con sus dimensiones culturales y sociales. Es decir, incluyendo en el análisis de la salud y la enfermedad, las relaciones entre la experiencia corporal, el significado intersubjetivo, las estrategias narrativas que reflejan y reelaboran las experiencias de salud y las prácticas sociales que canalizan las actitudes, así como también los itinerarios terapéuticos³; la interrelación entre todos estos ellos, será básica en esa comprensión de la experiencia de salud.

¹ En este artículo se exponen algunas de las reflexiones procedentes del proyecto de investigación sobre "Enfermar y sanar en Campo de Níjar (Almería): Persistencias y transformaciones", iniciado en el 1997, gracias a la financiación del Instituto de Estudios Almerienses. Desde entonces inicié un recorrido de aproximación y comprensión de la realidad de este complejo y paradigmático municipio almeriense, en el cual todavía estoy inmersa, desde un planteamiento diacrónico de conocimiento de una comunidad cultural.

² (DUCH, LI. 1999:393)

³ Paralelo al concepto de *itinerario terapéutico*, también se utiliza el término *procesos asistenciales*, acuñado por Chrisman e inspirado en el de *carrera moral* de Goffman. Alude al proceso seguido individual o colectivamente para mantener o recobrar la salud.

Para aproximarnos a la aprehensión de la experiencia de salud en tanto que proceso sociocultural, propongo reflexionar sobre algunos aspectos de la experiencia de salud del municipio almeriense de Campo de Níjar, sometido en los últimos años a un alto y rápido crecimiento económico a raíz, de la implementación de cultivos intensivos en invernaderos desde los años noventa, pudiéndose analizar en este caso concreto las implicaciones entre experiencia de salud y desarrollo local⁴. Dentro de estas posibles implicaciones, existe un interés especial en detenernos en los aspectos contradictorios que implica todo desarrollo económico, ya que dicho desarrollo no conlleva únicamente nuevas posibilidades de sanar, sino también nuevas maneras de enfermar⁵. Así pues, intentaré exponer como en el contexto concreto de Campo de Níjar, a partir del desarrollo económico implementado en este municipio, en los años noventa, se resignifica la concepción nijarena sobre la salud.

2. Nuevas semantizaciones sobre la enfermedad: la experiencia de salud

A esta nueva conceptualización de *experiencia de salud* que propongo, le precede una vasta y fructífera producción en la que el abordaje de la salud y la enfermedad, no se ha llevado a cabo como si éstas estuviesen en una caja blindada, sino que por el contrario, dicha aproximación a la salud y la enfermedad se ha efectuado en conexión directa con las relaciones sociales que producen las formas y distribución de la enfermedad en la sociedad. Este ha sido el camino iniciado entre otros más, por el gran maestro Eduardo Menéndez (1992; 1994), quien directamente señala la influencia de las acciones de enfermar, morir y sanar en la estructura de todo grupo sociocultural, así como su incidencia con otros elementos constitutivos de la estructura social, tal y como él mismo expresa con sus propias palabras:

"(...) Enfermar, morir, atender la enfermedad y la muerte deben ser pensados como procesos que no sólo se definen a partir de profesiones o instituciones dadas (...) sino como hechos sociales respecto de los cuales los conjuntos sociales necesitan construir acciones, técnicas e ideologías, una parte de las cuales se organizan profesionalmente..." (Menéndez, E. 1994:71)

Tal y como he manifestado, entiendo la salud en tanto que proceso sociocultural. Esto no es meramente una combinación de palabras, sino que con ello se pretende ampliar notablemente nuestro campo de visión, sobre la experiencia de salud. El proceso de enfermar y sanar no se reduce a un cuadro médico, a una variación química, junto a un protocolo de medicación. El enfermar y sanar se entiende, desde un complejo entramado de relaciones sociales y campos de significación. No en vano existe toda una antropología médica crítica, desde la que se plantea (en oposición a las teorías de la representación de la enfermedad como mistifica-

Se refiere a los pasos específicos que se producen en un sistema de gestión de la salud y que incluyen desde el autocuidado hasta la consulta a legos o a profesionales de un sistema médico.

⁴ Sobre la relación entre desarrollo y salud, existe una amplia bibliografía, en especial entre las implicaciones existentes entre sanidad y pobreza. Además erradicar la enfermedad, mediante el desarrollo económico es un objetivo político de orden mundial. No en vano, uno de los retos a los que se enfrenta la humanidad es reducir las enormes diferencias de renta y riqueza entre los pudientes y los necesitados del mundo, conjuntamente con la mejora de la salud global. La globalización no está haciendo la labor de acabar con esas diferencias, sino que las acrecienta, y establece nuevos desequilibrios globales. Gro Bruntland, al frente de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2000 ya señaló que las desesperadas condiciones sanitarias de los pobres en el mundo eran y siguen siendo, un gran obstáculo para el tan anhelado desarrollo. *"Las reformas del mercado no pueden sacar a una población de la pobreza si la gente tiene que lidiar con paralizantes problemas de salud. Las poblaciones que se enfrentan a la enfermedad carecen de energía, productividad o medios para invertir en su futuro. Cuando la esperanza de vida es baja, también lo es la inversión en el futuro, como asistir al colegio, el ahorro personal en los hogares y las inversiones extranjeras"*.

⁵ Un análisis detallado sobre las nuevas enfermedades y nuevas maneras de sanar de Campo de Níjar, se aborda en la tesis doctoral de la autora.

ción), que las representaciones de la enfermedad son en realidad tergiversaciones que sirven a los intereses de aquellos que ejercen el poder, ya sean los poderes coloniales, las élites de una sociedad, las multinacionales farmacéuticas, los acuerdos económicos predominantes, o la profesión médica⁶.

Relevantes personalidades de las humanidades médicas, la bioética y la filosofía tales como Pedro Laín Entralgo ó Heinrich Schipperges, con el fin de corregir la actual concepción tecnificada de la medicina y de la enfermedad, proponen un salto conceptual: dejar de hablar y sobreentender la "técnica médica" (*Heiltechnik*) para hablar de "el arte médico" (*Heilkunde*). Pese a esta recomendación de hablar de "arte médico", la presente propuesta es pasar a hablar de "experiencias de salud", que visualizaremos, en las siguientes páginas, tras el microscopio de las ciencias sociales.

También recuerdo como ya ha habido a lo largo de la historia de la Sociología de la Salud, de la Antropología de la Medicina, y en el propio corpus de la Medicina, otras concepciones que recogen ese aspecto dinámico de la salud y del proceso de enfermar, próximas a la *experiencia de salud*. En el campo de la Medicina, destaco la obra de Isabelle Baszanguer (1995), dentro de un marcado humanismo médico, con un gran intento de acercamiento entre las ciencias sociales y las ciencias médicas, I. Baszanguer, en su intento de descifrar el dolor crónico e insertarse en la cuna del inconsciente subjetivo de ese dolor, nos encamina y conduce por un trabajo de *la experiencia de la persona, de la experiencia de la enfermedad*. En lo que respecta al campo de las Ciencias Sociales, destaco la obra de Arthur Kleinman, iniciada a finales de los años setenta, junto a su defensa de los estudios antropológicos en medicina y psiquiatría, al provocar toda una producción teórica a lo largo de los años ochenta centrada en una nueva manera de enfocar la conceptualización del "sistema médico". A. Kleinman, propone entender el sistema médico, como un "sistema cultural" y, por lo tanto, como un campo específico de indagación desde las ciencias sociales. Pese a ello, la obra de Kleinman sobre los "modelos explicativos", inició una tradición centrada en el significado, si bien ha sido en muchos casos tergiversada, pues se confunden "los modelos explicativos" como un equivalente del modelo más tradicional de creencias sobre la salud. Conseguir y reproducir relatos de modelos explicativos de la enfermedad es ciertamente un medio de analizar la comprensión que tiene el paciente de su estado, y sirve como introducción a los docentes clínicos para hacer aflorar el "punto de vista nativo" en su trabajo clínico (Kleinman, Eisenberg, y Good, 1978). Pero el logro, como bien es resaltado por B. Good, consiste en que "la afirmación de que la enfermedad es un modelo explicativo no fue una contraposición idealista del reduccionismo biológico sino un argumento constructivista de que la dolencia está constituida y sólo es cognoscible a través de las actividades interpretativas. Más que recosificar o negar la significación de la biología, el paradigma interpretativo ha adoptado una posición fuertemente interaccionista y perspectivista. La biología, las prácticas sociales y el significado se interrelacionan en la organización de la enfermedad como objeto social y experiencia de vida" (B. Good, 2003: 109-110).

En lo concerniente a B. Good, la concepción que este autor tiene de enfermedad, en modo alguno, puede reducirse a una entidad natural, meramente como un conjunto de síntomas definidos. Para Good, la enfermedad se desenvuelve en forma de una *red semántica* y constituye una realidad socio-histórica, en tanto que la enfermedad es para B. Good, un "síndrome de significado y experiencia". La aproximación a la enfermedad, es una aproximación polisemántica, pues ésta va asociada a un universo de valores, creencias, emociones y vivencias. En la siguiente cita se recoge una concisa definición de *red semántica* elaborada por el propio B. Good, en la que se aprecia claramente esa conjunción entre experiencia y significado que debería incluir toda aproximación a la enfermedad.

⁶ Estos estudios tienen dos antecedentes: el análisis de Gramsci sobre la hegemonía y la "genealogía" del poder de Foucault.

“significado (...) no puede ser entendido simplemente como un conjunto de síntomas definidos. Es más un síndrome de experiencias usuales, un conjunto de palabras, experiencias y emociones que típicamente van unidas para los miembros de una sociedad”. (Good,1977:27)

Cabría hacer una puntualización a dicha conjunción entre experiencia y significado, para una comprensión del auténtico sentido que B. Good concede a las redes semánticas, y es resaltar que las redes semánticas no deben entenderse como simples dinámicas de prácticas sociales o modelos explicativos, aunque sean rutinariamente reproducidos a través de tales prácticas. Todo lo contrario, pues los estudios que se refieren explícitamente al concepto de red semántica⁷, demuestran que las redes semánticas son profundas asociaciones culturales (como la que existe entre la obesidad y el “autocontrol”), que, a los miembros de una sociedad, les parecen simplemente que forman parte de la naturaleza o que son una variante endógena del mundo social y que, por lo tanto, están insertas como estructuras hegemónicas.

Otras aproximaciones teóricas desde las Ciencias Sociales, próximas a la concepción de la salud como proceso, las hallamos en lo que Young (1982:257) sugiere relacionar con una Antropología de la “Sickness”, que se resumiría como una teoría centrada en las “dimensiones sociales de la enfermedad”, con una orientación más sociológica y centrada en las prácticas y en los contextos sociales. Aquí situaríamos a Twaddle (1981), con su propuesta de “procesos de búsqueda de salud”; concepto éste último que tiene una gran conexión con el de “procesos asistenciales” acuñado por Chrisman e inspirado a su vez en el de “carrera moral” de Goffman.

Buscando un común denominador a los diferentes conceptos que acabo de mencionar, podemos decir que todos ellos son una propuesta de un método cualitativo basado en la observación participante. Todos ellos reflejan la complejidad de la realidad, que lejos de desorientar debe llevarnos a la búsqueda de la explicación de la experiencia humana en el ámbito de la salud. Además, en todos ellos se establece el discurso en esa relación entre medicina, racionalidad y experiencia. A continuación, se presenta un cuadro, en el que se recogen algunas ideas de la comprensión que Eduardo Menéndez otorga a la enfermedad, se incluye también unas definiciones de las “redes semánticas de enfermedad”, de los modelos explicativos de Kleinman y de los “procesos de búsqueda de salud” de Twaddle, para acabar con la propuesta de una primera definición de “experiencia de salud”.

Cuadro 1. Aproximaciones teóricas a la salud como proceso sociocultural

“enfermar, sanar y morir como proceso” Eduardo Menéndez

“(...) Enfermar, morir, atender la enfermedad y la muerte deben ser pensados como procesos que no sólo se definen a partir de profesiones o instituciones dadas (...) sino como hechos sociales respecto de los cuales los conjuntos sociales necesitan construir acciones, técnicas e ideologías, una parte de las cuales se organizan profesionalmente...” (Menéndez, 1994:71).

⁷ B. Good (2003:112) destaca algunos de los trabajos más relevantes dentro de esta línea, señalando los escritos de Kleinman sobre las categorías chinas de la enfermedad y a sus patrones de búsqueda de atención médica (Kleinman, 1980), el análisis de Bibeau (1981) de las categorías de enfermedad entre los ngbandi; los estudios más bien formales de Blumhagen (1980) sobre la categoría de la “hipertensión” entre los pacientes norteamericanos de atención primaria, el análisis de Amarasingham (1980) de un caso de locura y de búsqueda de atención médica en Sri Lanka; así como entre otras obras más, el estudio de la “mala sangre” realizado por Farmer (1988) en Haití.

Cuadro 1(continuación)

<p style="text-align: center;"><i>"redes semánticas de enfermedad"</i> de Good</p> <p><i>El término acuñado por Good fue el de Illness Semantic Networks, utilizado para englobar en su análisis los factores socioculturales que aparecen semánticamente unidos en un episodio de enfermedad (Illness) y que se organizan y estructuran a partir de un símbolo central.</i></p>
<p style="text-align: center;"><i>"EMs" (modelos explicativos)</i> de Kleinman</p> <p><i>"Concepto desarrollado por Kleinman para englobar el conjunto de concepciones sobre un episodio de enfermedad: etiología, sintomatología, fisiopatología, curso y tratamiento. Los Ems son tanto de los pacientes y familiares como de los profesionales. En el primer caso adquieren, no obstante, una mayor plasticidad y fluctuación. El análisis de los Ems de profesionales y pacientes es también una herramienta para valorar la eficacia y eficiencia de la comunicación clínica"(Comelles, J.Mª & Martínez, A. 1993:86-87).</i></p>
<p style="text-align: center;"><i>"procesos de búsqueda de salud"</i> (Twaddle, 1981)</p> <p><i>"Alude al recorrido individual y colectivo seguido con la finalidad de reestablecer o mantener un estado saludable de la sociedad o grupo social. Se refiere a los pasos concretos que se originan en un sistema de gestión de la salud y que incluyen desde el autocuidado, la asistencia de todos los terapeutas de un sistema médico, así como también, los significados reconocidos socialmente a estos últimos y los significados sociales de salud y enfermedad".</i></p>
<p style="text-align: center;"><i>"Experiencia de salud"</i>(Carmen Gaona)</p> <p><i>"Acto vinculante mundo-sujeto, que establece la relación esencial entre la conciencia, la experiencia, y "el mundo-vida", y que implica una comprensión imaginativa y corporeizada de la experiencia humana, sin olvidar la imposibilidad de separar la experiencia vivida del trasfondo consensual de las creencias y prácticas culturales. La experiencia de salud contribuye a dar sentido a la persona"</i></p>

Fuente Elaboración de la autora

De entre todos los conceptos expuestos, no pretendo en modo alguno hacer con todos ellos un cóctel conceptual, de la mezcla de todos ellos no surge la idea de "experiencia de salud", si bien son su punto de partida en la reflexión de definir qué es "la experiencia de salud", teniendo claro que este concepto no debe ser reducido única y exclusivamente en una dimensión social rechazando una dimensión cultural, ó la dinámica contraria. La idea de salud, junto con la de enfermedad, ambos son conceptos complejos, y tal como afirma David B. Morris (1998:75), lo cultural está presente en la enfermedad: "la experiencia personal de la enfermedad siempre se encuentra mediatizada por fuerzas culturales". A esta manifestación de Morris⁸ añadiría que no existe una enfermedad independientemente de la "narración" que de ella se realiza, de la

⁸ Aclaremos que para D. B. Morris existe una gran carga cultural en la enfermedad, para este autor la sociedad está fijada culturalmente en la salud. De este modo en su obra *Illness and Culture in the Postmodern*, Morris intenta establecer la fisonomía de los

existe una enfermedad independientemente de la “narración” que de ella se realiza, de la significación que socialmente se le atribuye, y de unas determinadas implicaciones socioeconómicas.

Entiendo la *experiencia de salud* desde el acto vinculante mundo-sujeto, lo que requiere señalar la relación esencial entre la conciencia, la experiencia y el *mundo-vida*, sin olvidar la imposibilidad de separar la experiencia vivida del trasfondo consensual de las creencias y las prácticas culturales. Y el último engranaje, o lo que funciona como bisagra entre el mundo social cotidiana y la experiencia humana: una conciencia práctica, según la apreciación de Hans-Georg Gadamer, para quien sólo se vuelve experiencia cuando se integra en la conciencia práctica de quien actúa.

Siguiendo con una perspectiva hermenéutica gadameriana, en *la experiencia de salud* los procesos de construcción de significados –en los cuales se vehiculan las intencionalidades- podríamos decir que sólo se pueden entender dentro de “tradiciones” u “horizontes de sentido”, “imaginarios culturales” (marcos para la interpretación y para la acción); o tal vez dentro de ciertos “universos simbólicos” si tomáramos la terminología interaccionista. Compartir esta perspectiva conllevaría aceptar que las personas existen dentro de una tradición, en “términos de la cual se ven a sí mismas, al mundo, a su pasado y a su futuro”. Por tal motivo, Gadamer⁹ defiende que la comprensión tiene una preestructura en las tradiciones, éstas le otorgan una plantilla conceptual o “esquema mental” básica a las formas de ver el mundo.

También cabe señalar dentro de esa dinámica la referencia a unos imaginarios culturales para poder establecer el flujo y la continuidad en ese acto vinculante mundo-sujeto. De hecho esos imaginarios socioculturales funcionan como un aparato mediador. En este sentido la “experiencia de salud”, si bien contribuye a dar sentido a la persona, no es por sí misma un sistema mediador. Un aparato mediador, como sería el caso del sistema humoral según Roger Bartra, no piensa sino que hace pensar a los individuos de acuerdo a lineamientos predeterminados. En este sentido, un sistema mediador o traductor nos puede dar claves para comprender la mentalidad de una época. Y además, lo que es muy importante, nos ayuda a entender los procesos mediante los cuales las mentalidades –o fragmentos de ellas- continúan funcionando con eficacia a lo largo de diferentes épocas. Así por ejemplo la teoría hipocrática proporcionó una resistente red de significados e interpretaciones, con un *habeas* bien establecido por Galeno, que permitió la comunicación entre médicos griegos, latinos, persas, germanos, italianos, franceses, españoles e ingleses, independientemente de las enormes distancias temporales, religiosas y culturales que los separaban. Ese *habeas* científico, en cierta forma, operó -bajo el análisis de Bartra- como un sofisticado aparato de traducción que permitía la comunicación entre médicos y otros pensadores, como astrónomos o teólogos, e incluso entre cirujanos y boticarios y sus enfermos, que reconocían en las prácticas médicas una correspondencia lógica con las experiencias cotidianas.

En la experiencia de salud, se dan las transferencias de un sistema global de interpretación que dan sentido al individuo, a sus sufrimientos, a sus padecimientos. Es uno de los actos de insertar al individuo en la sociedad.

Además salud y enfermedad, no pueden ser experimentadas al margen de la acomodación simbólica que llevan a cabo los individuos, pues son descripciones simbólicas de estados de ánimo colectivos hechas desde la naturaleza antropocósmica. Con esto último queremos evidenciar que gozamos de buena o mala salud en relación a las pautas que sobre el “encontrarse bien” y el “encontrarse mal”, imperan en un determinado

actuales procesos patológicos y las relaciones que entablan con la cultura actual (postmoderna). Además una de sus tesis principales es que lo que caracteriza a la enfermedad postmoderna es una intensa y extensa hipocondría cultural.

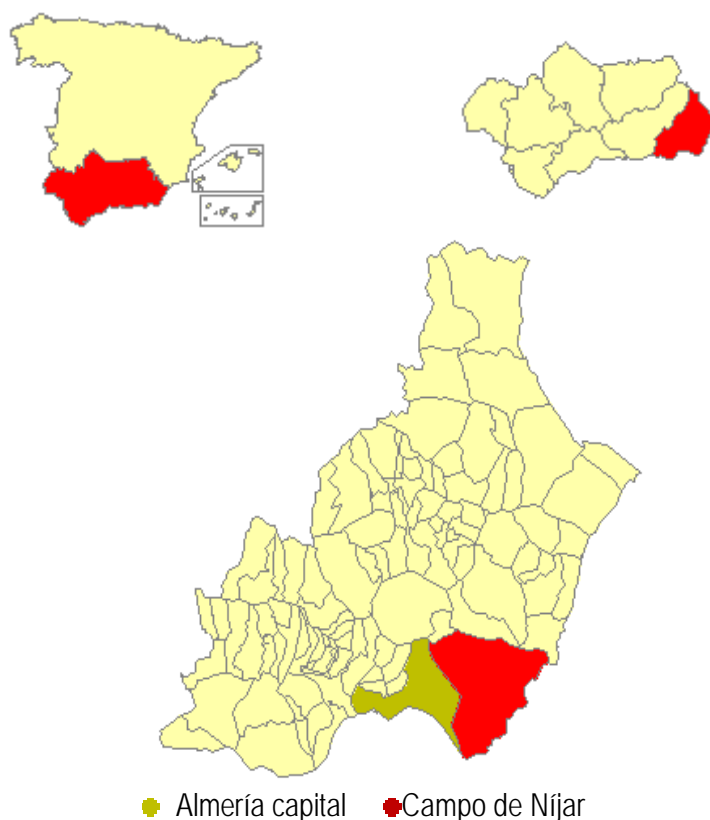
⁹ Hans-Georg Gadamer (1996), *Verdad y método*. Sígueme, Salamanca.

momento social. Salud y enfermedad, como apunta Lluís Duch, son los resultados, buenos o malos, placenteros o angustiosos de la construcción simbólica de la sociedad. Como tales se encuentran inscritos en los diversos procesos comunicativos en los cuales participan los individuos de una determinada sociedad y, al mismo tiempo, influyen positivamente o negativamente en la marcha y evolución de estos procesos.

3. Presentación de Campo de Níjar

Tras la presentación conceptual de la *experiencia de salud*, me parece imprescindible una breve presentación del contexto general de la comarca de Campo de Níjar, haciendo una especial mención a las principales transformaciones económicas que ha experimentado esta zona, a raíz de la implementación de los cultivos intensivos en invernadero en los años noventa, que implica entre otras consecuencias la urbanización de una zona rural.

A continuación, encontramos un mapa del municipio de Níjar, que nos ayudará visualmente en el encuadre geográfico de Campo de Níjar. Como se aprecia, el término municipal de Níjar, está situado en el sur de la Provincia de Almería, al este de la capital y su término.



En total, este municipio que cuenta con 22.764 habitantes, según padrón municipal del 2006, tiene una extensión superficial de 599,81 Km². Pero este encuadre geográfico no serviría de nada si no adjuntásemos los siguientes comentarios, que den un poco de significado a la cartografía, así como evidenciar la representación social del territorio, en la que se mezclan tanto elementos negativos como positivos, categorías estas dos

últimas completamente subjetivas, puesto que son otorgadas por los habitantes de este territorio, los autóctonos y los residentes habituales.

Un rasgo negativo indiscutible constitutivo de esa representación social del territorio propia de Campo de Níjar, viene dado por los factores medioambientales, la acusada aridez y la baja pluviosidad, como principales causas de la adversidad y dureza del medio, a la que ha tenido que hacer frente y superar la agricultura tradicional almeriense, pues las condiciones edafológicas y climatológicas sostenidas similares durante largos ciclos más o menos largos de sequía en el transcurso del tiempo, han dificultado, junto con otros elementos, las actividades productivas; han obstruido la proyección de un futuro inmediato e inclusive a largo plazo. Estas condiciones son de hecho extensibles al pasado de gran parte de la provincia de Almería. Esta perspectiva junto con las crisis económicas que se sucedieron durante el siglo XIX y principios del XX, impulsaron a gran parte de la población a dejar y abandonar este municipio, desencadenándose diversas dinámicas migratorias. Tanto los que emigraron como los que se quedaron, todos ellos crearon la idea reinante de Campo de Níjar, de una naturaleza inhóspita e ingrata. La falta de agua, la escasez de tierra útil y la erosión, se traducen en la representación social del territorio en una imagen de paisaje desertificado, tanto en el sentido físico, demográfico y social de la palabra, como en una dimensión emocional. No obstante, tal y como ha estudiado la Dra. Provansal (1993) "(...) el hecho de que sea una zona ingrata (...) no impide que los habitantes manifiesten un fuerte sentimiento de pertenencia al terreno, a Campo de Níjar, a pesar de expresar apreciaciones negativas al respecto, calificándolo de "zona maldita", de "región desgraciada" o "abandonada de la mano de Dios y de quienes mandan" (Provansal, D. 1993:47).

La aridez de esta área, está agravada por la acentuada variabilidad anual y estacional de las precipitaciones, por su carácter torrencial y por la fuerte intensidad de la evaporación que alcanza los valores más elevados de toda la península. No obstante, por su proximidad a la costa, es de destacar la escasez de heladas y la existencia de reducidas amplitudes térmicas. Hecho este último que tendrá una gran incidencia en la implementación de los cultivos de invernadero y los productos extratemperanos.

Campo de Níjar ha sido durante mucho tiempo, una tierra de una geografía difícil, al igual que la dureza de las condiciones de vida de este territorio. De este modo, a lo largo del siglo XIX y primera mitad del XX, se puede decir que Campo de Níjar, es una región deprimida económicamente, con una falta de aumento de la productividad agrícola, con una constante baja demográfica y pérdida de actividades económicas complementarias. Todo ello desembocará en unas condiciones de subsistencia inviables que se compensarán por una emigración temporal hacia Argelia o definitiva hacia América. tal y como relatan Provansal, D. y Molina, P. (1989), J. B. Vilar (1976), y M. E. Cózar Valero (1984).

A estas difíciles condiciones económicas, que imperaban en el pasado, se sumaba también una carencia significativa, la falta de estructuras viarias. La inexistencia de unas buenas infraestructuras de comunicación viaria en el municipio de Campo de Níjar, fomentó durante mucho tiempo su aislamiento y abandono, a pesar de su proximidad a la ciudad de Almería. No obstante, Campo de Níjar, inicia un despegue económico posibilitado por un nuevo ciclo de desarrollo agrícola. Dicho desarrollo viene definido por dos procesos. El primero de ellos parte en el 1959¹⁰, hasta el 1965, en que Campo de Níjar, se beneficia de un programa especial de desarrollo, bajo los auspicios del Instituto Nacional de Colonización¹¹, llamado luego después IRYDA¹² (Insti-

¹⁰ En el decreto de 07-11-52 un territorio de 4.240 Ha dentro del municipio de Campo de Níjar, fue objeto de Declaración de Interés Nacional, dicho territorio se denominó Campo Hermoso, que no debe de confundirse con la población actual de Campohermoso. En 1957 se dicta una ley sobre expropiación, completada en 1958 por una ley de colonización y distribución de la propiedad.

¹¹ Muy interesante es el análisis de los antropólogos Danielle Provansal y Pedro Molina, de este etapa del Instituto Nacional de Colonización, para ambos autores el papel que desempeñó este Instituto es objeto de controversia: *"Al igual que la época minera*

tuto para la Reforma el Desarrollo Agrario), de la misma manera que otras zonas de España tales como Campo de Dalías y el Delta del Ebro, entre otras regiones, en las que también se aplicó un plan de colonización.

El segundo proceso de desarrollo agrícola se inicia a partir de los años setenta, periodo en que se implantan los invernaderos, a semejanza de lo que ocurrió años antes en el poniente almeriense. Es éste un desarrollo mucho más extravertido y organizado (aparición primeras alhóndigas), cada vez más dependiente del mercado, pero con una dinámica que afecta a otras ramas de actividades: el desarrollo de la industria contaminante, como supone la central térmica de Carboneras; el inicio de la industria conservera, la activación de la construcción y del sector comercial.

En los noventa, tal y como ya he señalado, se inicia un despegue económico en Campo de Níjar, dejando atrás la lucha por la supervivencia, e iniciando una nueva lucha: la batalla de los mercados europeos de los productos extratempranos. En los noventa, hombres y mujeres de este municipio, incitados por esa lucha por la supervivencia tomaron una decisión de riesgo: subirse al carro de la modernidad e implantar los cultivos intensivos en sus invernaderos, y la modernización de éstos últimos. Esta decisión, situó a los nijareños delante de nuevos compromisos, conflictos y sucesos que vinieron después de aquella determinación, que conforman su mundo y repercuten específicamente en su *experiencia de salud*.

Sin duda alguna, ya ha quedado atrás una pobreza y miseria como tónica de la subsistencia en épocas pasadas de estas tierras nijareñas, en especial para la población autóctona: Esta mejora económica también se ha hecho extensible a los recursos terapéuticos, puesto que es cierto que paralelamente al proceso de desarrollo económico ha existido un proceso de mejora de los recursos sanitarios oficiales, por parte de la política sanitaria nacional y autonómica que ha tenido como resultado, la importancia cuantitativa de la cobertura sanitaria y de las estructuras de salud, el volumen y la calidad relativa del personal sanitario moderno. Pero un aumento de los recursos terapéuticos no va forzosamente unido a la mejora de la experiencia de salud.

Es innegable el progreso material de la población de Campo de Níjar a raíz de la implementación de los cultivos de invernadero, si bien al unísono que nos alejamos de una precariedad en relación a los recursos terapéuticos, surge una nueva imagen de la precariedad. La actual precariedad existente en la experiencia de salud de Campo de Níjar, se reconstruye principalmente a través de dos sentimientos: la *incertidumbre* y la *inseguridad* en las que viven gran parte de la población entrevistada y determinan su cotidianidad, y que tienen, tal y como hemos visto, una incidencia directa en la salud de esos agricultores y agricultoras entrevistados.

La *incertidumbre* por el futuro, por poder hacer frente a la agresividad y cambios de los mercados hortícolas globales, en los que está inmersa, la economía nijareña, así como también la economía almeriense. De seguir el ritmo a esa economía global.

del siglo pasado o el cierre de los yacimientos entre 1935 y 1960, -la intervención del Instituto Nacional de Colonización- cumple la característica función simbólica de acontecimiento frontera entre dos ciclos económicos en la historia relatada y revivida émicamente. Para nosotros, sin embargo, la línea divisoria real entre el secular complejo agro-pastoril y la agricultura nueva, se sitúa en torno a los años sesenta y cinco, cuando se adoptan localmente los primeros cultivos enarenados. La modificación de la base material no se produce como consecuencia de una serie de decisiones administrativas y de la implantación de un marco jurídico nuevo, sino que emerge de las condiciones nuevas que estas decisiones y este marco han posibilitado. (Provansal, D. y Molina, P. 1989: 309).

¹² El IRYDA se crea en el 1971 por decreto del 27-7-71, en el que queda integrado el Instituto Nacional de Colonización en el nuevo órgano IRYDA.

Inseguridad por el porvenir de las explotaciones agrarias ante una problemática principal: la falta del agua junto a la salinización de los acuíferos. La inseguridad que plantea la carestía del agua es comprensible puesto que el agua sería el bien máspreciado de Campo de Níjar, un bien que escasea en la zona, y es imprescindible para la pervivencia de los cultivos de invernadero: principal base económica, hoy por hoy, del municipio de Campo de Níjar. A la escasez del agua, se añade la presión ante los préstamos bancarios contraídos en el mantenimiento y modernización de sus invernaderos, tal y como exige la competitividad de esos mercados hortícolas europeos. *"la plaga se te metía y no arrancabas ni una sandía de la mata, el viento que se te llevaba plásticos y alambres y tú tenías que pagar igual la hipoteca"* Frases de este tipo son un *continuum* en las historias de vida, llevadas a cabo a lo largo de la investigación.

Inseguridad por la continuidad de la actividad agraria en la zona, no olvidemos la competencia de otros países, como el caso de Marruecos o Polonia, y la entrada reciente de un nuevo elemento en nuestro municipio, la especulación urbanística del suelo, que comporta que la tierra, cultivable o no cultivable, haya cesado de tener esa única función de producir elementos, o en general materias primas. Ante esto los nuevos propietarios de invernaderos pasan a ser un agente más en competencia por el uso y control de ese suelo, aunque sigan siendo los que más superficie dominan y administran.

Toda esa inseguridad e incertidumbre demuestra el peso de los imperativos económicos que se traduce en la experiencia de salud en una nueva vulnerabilidad, que se traduce en una necesidad imperante de un cuerpo sano que pueda hacer frente al día a día de los invernaderos –nuestros *cuerpos recursivos*-. Cuerpos asegurados, al igual que los invernaderos; pero no únicamente por la contratación de unos seguros médicos, sino asegurados por una necesaria aglomeración de recursos terapéuticos, que apuntalen desde todos sus vértices, esa corporeidad en desequilibrio. Desde esta perspectiva, los cuerpos son una fuerza productiva protagonista junto a ese otro bienpreciado, el agua. Apuntaríamos a una nueva facultad de la instrumentalización de la corporeidad que se produce en la agricultura intensiva en un escenario concreto, Campo de Níjar.

4. Primera semantización del comportamiento ante la enfermedad en Campo de Níjar

En este apartado presentaré mi reconstrucción teórica del modelo básico del comportamiento ante la enfermedad¹³ seguido por los habitantes de Campo de Níjar, como parte de las conclusiones alcanzadas tras el trabajo de campo e investigación llevado a cabo en dicho municipio, habiéndome basado especialmente en la población agrícola, al ser ésta la principal actividad económica del área de estudio.

Como primera conclusión evidencio como en Campo de Níjar, no se refuerza esa ficción del individuo capaz de valorar él mismo los síntomas, considerar los recursos a su alcance y luego elegir. Pero es una falacia tanto en nuestro municipio, como en la sociedad española y en general, en la sociedad occidental. Ni las personas controlamos nuestro cuerpo, ni somos capaces de definir o interpretar nuestros síntomas como unos auténticos profesionales de la medicina, ni escogemos libremente ante un amplio abanico de recursos terapéuticos a nuestro alcance sin tener que supeditarnos a unos imperativos económicos, u obviando las desigualdades sociales entre otros factores.

¹³ El principal autor que elaboró y trabajó con un *modelo de comportamiento ante la enfermedad* fue el antropólogo David Mechanic (1982, 1986), para quien en este concepto se recoge "la manera en que las personas controlan su cuerpo, definen o interpretan sus síntomas, adoptan acciones médicas y utilizan el sistema de atención médica. Las personas perciben, evalúan y reaccionan ante la enfermedad de manera distinta, y tales comportamientos tienen enorme influencia en el modo en que la enfermedad interfiere en su vida cotidiana, en la cronicidad del estado, en el seguimiento de unos cuidados adecuados y en la cooperación del paciente en el tratamiento de la dolencia"(D. Mechanic, 1982: 1)

En las historias de vida realizadas, se ha comprobado como esos comportamientos de acceso a los recursos son variados y no siempre consensuados culturalmente, así como también existe una variación para esa *red profana de referencia*, tal y como paso a exponer a continuación. Las mujeres almerienses entrevistadas, dentro de una franja de edad entre los 23 y los 35, si que recurrirían a esa red profana de referencia, para consultar y hablar sobre sus síntomas, y la conveniencia en acceder a unos recursos terapéuticos, con una notable particularidad. En su red profana de referencia, incluyen únicamente a su marido, rara vez incorporan a sus madres o abuelas en esa red.

La diferencia viene con las mujeres entrevistadas que superan la franja de 35 años, éstas últimas si que incluyen en su red profana de referencia, especialmente a sus hermanas, madres y abuelas, y en última instancia al marido. A medida que sobrepasan los 45 años, la exclusión de la pareja en su red suele ser más frecuente. Para el caso masculino, la esposa o compañera, suele ser el principal apoyo de esa red profana de referencia.

Otra particularidad significativa para el comportamiento femenino, es que no suelen disertar entre sus amigas sobre sus "males", se obvia en sus conversaciones los comentarios relativos a algún trastorno que tengan, aunque éste sea leve o bien crónico pero carente de gravedad. Por el contrario sí que se habla de las visitas al pediatra, para el caso de las mujeres que tienen niños. Este dato me chocó en un primer momento, y más si tenemos en cuenta que es parte del ritual cotidiano los desayunos femeninos en grupo en los bares y granjas, tal y como constaté en Níjar villa, San Isidro y Campohermoso, no así en el resto de localidades. Muchas de mis informantes tenían la costumbre de compartir breves desayunos con sus amigas, antes de acercarse al invernadero, tras dejar a sus hijos en el colegio, o bien haciendo un alto en el trabajo cuando habían madrugado para alguna labor; pero en esas reuniones, los temas sobre su salud estaban generalmente ausentes. En las historias de vida hechas también constaté ese recelo inicial de hablar sobre sus trastornos de salud, algo más remarcado entre las mujeres que entre los hombres. Repasando las notas de las transcripciones de las historias de vida, muchas mujeres declaraban como preferían no hablar de sus enfermedades con sus amigas, ocultamiento que era mutuo y que de hecho no de forma abierta era algo pautado. Aparentemente parecía existir un ocultamiento de la "enfermedad" como una estrategia significativa del comportamiento femenino de las mujeres agrícolas de Campo de Níjar, entrevistadas.

Muchas de las mujeres entrevistadas que trabajan en labores agrícolas, hablan en sus historias de vida, de vómitos, dolor abdominal, rinitis, insomnio, entre otros síntomas más, como algunos de los síntomas que son parte integrante de su experiencia de salud, pero también advierten como prefieren "*que nadie se entere*", "*no se habla de ello*", "*para qué dar voces, si todas tenemos cosas y no vamos a estar hablando de ello todo el día, tampoco es algo tan importante, si nunca las mujeres en Campo de Níjar han estado mejor que ahora*". Pero para entender el por qué de ese ocultamiento, debemos de asociar en el análisis, que ese hablar de sus males va asociado a una verbalización de un "encontrarse bien", utilizando expresiones narrativas optimistas que por otro lado explican el verdadero sentido de la salud, "estar bien en el mundo". Por lo tanto el ocultamiento de las enfermedades en el comportamiento femenino, no alude tanto a un estar avergonzado de reconocer públicamente padecer o sufrir alguna enfermedad, sino que como veremos a continuación, es expresión de la prevalencia del sentirse bien en el mundo, sentirse optimista, frente a las enfermedades, evidentemente, de carácter leve.

En los párrafos anteriores he señalado la variación de esa *red profana de referencia*, que si bien a grandes rasgos tiene una palpable conexión con la familia, cabe también que mencione dos plasmaciones más de esa red, como resultado de los procesos de transformación social de Campo de Níjar. Me refiero a la desconexión de la red profana de referencia del grupo familiar, para el caso concreto de un sector de la población geronta

de este municipio, y en segundo lugar su desconexión también para el caso de la población inmigrante entrevistada.

Para entender esa desconexión de la red profana de referencia del grupo familiar para algunos ancianos y ancianas de Campo de Níjar, cabe eludir a un fenómeno que va en aumento en este municipio, de forma paralela a otros muchos municipios españoles y ciudades españolas: la soledad de la Tercera Edad.

La soledad de la Tercera Edad en Campo de Níjar, no es algo extensivo a toda la población, pero sí es un fenómeno que comienza a hacer mella en la zona, es un fenómeno incipiente, que se empieza a localizar en el municipio¹⁴. No es algo sobre lo que alerten todavía los trabajadores sociales, pues la población geronta de Campo de Níjar representa uno de los porcentajes más pequeños en relación al total de la población, únicamente un 1.2% según datos del 2006.

En lo concerniente a la reconstrucción de la red profana de referencia de la población inmigrante entrevistada en Campo de Níjar, de los hombres entrevistados, todos se encuentran lejos de sus familias, teniendo sus referentes familiares lejos, por lo que elaboran estrategias alternativas. Así por ejemplo, los cuatro inmigrantes entrevistados en la localidad nijarena de Fernán Pérez han tejido entre ellos, una circunstancial red profana de referencia.

Dentro de la reconstrucción del comportamiento de la enfermedad, un paso a seguir es la valoración que el individuo hace de los síntomas que se percibe en sí mismo. Sobre ese tema, puntualizar como la información que requiere el individuo sobre la enfermedad y sus síntomas no entra dentro de una gran cantidad enciclopédica o de gran concreción científica. En líneas generales lo que la población necesita saber de una enfermedad es si es curable o no, los niveles de su gravedad; poco sabemos los ajenos al conocimiento biomédico, sobre el cáncer, sin embargo si sabemos que puede ser mortal, que a fin de cuentas es lo preocupante. Pero en la población de Campo de Níjar, hay un factor importantísimo que debe de ir asociado a esa información mínima que precisa el enfermo o enferma en un primer momento. Ese factor se refiere a si la enfermedad va a ser compatible o no con el ritmo laboral normal. En Campo de Níjar, el problema no es enfermar, sino que la enfermedad imposibilite ir a trabajar a los invernaderos. En consecuencia, esa es precisamente la principal información que debe de estar bien integrada en las representaciones sociales de la enfermedad en Campo de Níjar, y que volverá a estar presente en la elección del recurso terapéutico. En relación a este tema, la elección de los recursos viene determinada, no tanto por una elección individual, sino por factores objetivos tales como la oferta de los recursos existentes, la valoración social de la *operatividad temporal* del recurso terapéutico, que no eficacia en la curación de los recursos terapéuticos, y evidentemente de gran peso los factores económicos. Ni que decir que un inmigrante con pocos recursos económicos, no puede acceder a una medicina privada como principal respuesta a la búsqueda de atención médica.

Esa *operatividad temporal* que acabo de mencionar, ha sido definida por los propios hombres y mujeres entrevistados, quienes reiteradamente hacen alusión a los recursos terapéuticos aludiendo a *la rapidez* o *lentitud* de la asistencia. Los valores que extraigo de la verbalización de sus narraciones son los siguientes: *"al instante"*, *"al momento"*, *"rápido"*, *"normal"*, *"lento"*, *"lentísimo"*. Las primeras valoraciones, *"al instante"* ó *"al momento"* se correlacionan con el *curanderismo*, en especial para aquellas personas que poseen *la gracia*. Los calificativos de *"lento"* y *"lentísimo"* son relegados para los consultorios auxiliares o de barriadas, y en

¹⁴ Esta soledad que menciono, convive con otra particularidad en relación a la Tercera Edad: hay un sector muy amplio de la población geronta, que contribuye en el ritmo económico del municipio, haciendo de "cuidadores" de sus nietos tal y como se ha constatado en el trabajo de campo.

algunos casos inclusive para los Centros de Salud de Níjar, San Isidro y Campohermoso. De hecho para estos tres últimos centros se barajan los calificativos de "normal", y "lento", pero nunca el de "rápido" o "al momento". La rapidez queda relegada para dos recursos: para el curanderismo, y para la medicina privada, si bien al referirse a esta última se especifica que si se trata de la Policlínica del Campo, los calificativos de "rápido" se adecuan más a la práctica cotidiana que la población de Campo de Níjar, ha ido adscribiendo a este centro privado..

5. Segunda semantización de la experiencia de salud en Campo de Níjar: "Estar sano" ¿para qué?

Quisiera iniciar este apartado explicando el título de este epígrafe, pues pareciese más correcto hablar de las enfermedades más comunes en Campo de Níjar, centrarme en ese "estar enfermo de ...". Por el contrario, he preferido formular este epígrafe desde el "estar sano para ...", puesto que los protagonistas de este artículo y de la investigación llevada a cabo, no son las enfermedades, sino los hombres y mujeres de Campo de Níjar. Sigo también la recomendación del médico alemán R. Siebeck, quien planteaba que no podemos hablar de una población, comunidad o persona sanas, sin que exista una respuesta satisfactoria a la pregunta: ¿Salud para qué?. En pocas palabras nuestra existencia no está supeditada al logro de un estado saludable alejados de cualquier tipo de intencionalidad, sino que queremos alcanzar ese estado saludable, queremos estar sanos para vivir, sentir y actuar. Además no podemos obviar que la ausencia de enfermedad, en la vida de cualquier persona, en una comunidad o en una población, es una auténtica falacia. Inclusive retomando la utópica definición dada por la OMS (Organización Mundial de la Salud) de la salud, ésta no habla en ningún momento de la utopía que sería la "ausencia de enfermedad", sino de otra utopía, "un estado de completo bienestar físico, espiritual y social".

A lo largo de este artículo ya se ha comentado como las fuerzas culturales, mediatizan la experiencia personal de la salud, además de la percepción de la salud, del concepto de cuerpo y enfermedad. Tales fuerzas son múltiples, así como de índole diversa. En este apartado quisiera centrarme en los motivos que impulsan a nuestros protagonistas, hombres y mujeres del municipio de Campo de Níjar, a enfrentarse a los desequilibrios que invaden su experiencia de salud.

Situando nuestro interrogante en el escenario nijareño, expondré los objetivos reales que impulsan las principales estrategias de la cotidianidad que ponen en marcha los habitantes entrevistados de Campo de Níjar, para ese "sentirse bien", "estar sano".

Un primer hecho significativo es que el ritmo de estar sano, corre y evoluciona al ritmo de los nuevos cultivos de invernadero implantados en la zona. Ya he dicho anteriormente como la experiencia personal de la enfermedad siempre se encuentra mediatizada por fuerzas culturales y sociales, una pequeña muestra de ellos son los factores objetivos de tipo económico, por las concepciones culturales compartidas socialmente de salud y enfermedad, y entre otros más por intereses de poder. Veremos a continuación, algunos de esos factores concretos, si bien ya he anunciado la incidencia tan directa que tiene el proceso de desarrollo tecnológico agrícola de este municipio, en la experiencia de salud de nuestros protagonistas.

En segundo lugar, evidencio la relación que tiene esta pregunta, ¿cuál es el motivo para sentirse sano en Campo de Níjar?, con una de las categorías *etic*, los "cuerpos recursivos", como constatación directa de que la salud puede ó, muchas veces debe esperar, ante las necesidades de la tierra, de los invernaderos, tal y como acaba de verbalizar Marcelino en su relato: "(...) *Bueno eso es otra cosa, porque como te vas a poner de baja tanto tiempo, tu te puedes poner malo, pero la tierra quiere que la vengas a ver cada día.*". Esos "cuerpos recursivos" acreditan también que Campo de Níjar está supeditado a ese tiempo social que marca la

modernidad, en el que los ritmos acelerados cotidianos, difícilmente pueden ser controlados, para pasar a ser el tiempo, el principal sujeto controlador.

Ante este hecho, se podría hablar metafóricamente del imperio de los *mares de plástico* –los invernaderos– frente a los *cuerpos humanos*. En un momento en que los mares de plástico de Almería, frecuentemente se divisan como la imagen imperante de su paisaje desde la carretera o por vista aérea. Propongo hablar de esos “mares de plástico”, en relación al esquema corpóreo de los habitantes de Níjar, que circulan por entre los invernaderos, a lo largo de su mundo cotidiano. Si bien también cabe señalar la proliferación de polígonos industriales en los principales núcleos urbanos del municipio, tales como San Isidro y Campohermoso. No obstante, son esos nuevos invernaderos, que suplieron a los antiguos enarenados, ó muchas veces, esas nuevas instalaciones agrícolas, los que conforman un nuevo paisaje, invadiendo aquellos lugares considerados antes de eriales, de secarrales, de tierras ocupadas únicamente por la nada.

Esos invernaderos, son propios del proceso de modernización agrícola de Níjar si bien la principal representación que quiero concentrar en ellas, es que son escenario del alcance antropológico de la velocidad, en que se constata como señala Paul Virilo¹⁵ que velocidad, riqueza y poder son tres entidades inseparables, más aún *“la velocidad es el mismo poder”* que inclusive según Paul Virilo, puede cambiar la visión del mundo, por el momento me limitaré en la reflexión de la experiencia de salud. En nuestro escenario nijareño, la velocidad viene marcada por unos ritmos económicos, la carrera veloz por ser los primeros en presentar los productos agrícolas en los mercados nacionales e internacionales.

Los invernaderos en las representaciones colectivas de los habitantes entrevistados de Campo de Níjar, se acercan más a aquella frase de: *“el aire de la ciudad libera”*¹⁶, reemplazándose claro está por “los mares de plástico nos libera”. Aunque el uso y manipulación de productos tóxicos en los invernaderos evidencia nuevos modos de enfermar, o como mínimo amplía ese riesgo ambiental, no obstante los invernaderos también liberan. Ese riesgo ambiental muchas veces se obvia, se olvida, se oculta, pero pese a la conciencia o la inconsciencia de esa presencia real perturbadora, los invernaderos han posibilitado salir de la pobreza, de una difícil y precaria subsistencia. Esos “mares de plástico” posibilitan una expansión económica y social; también han creado nuevos ciudadanos que son propietarios de unas tierras, cuando antes eran la mayoría jornaleros. Ciudadanos poseedores de un chalet, de objetos de consumo millonarios como sus espléndidos coches. Podría enumerar una larga lista dentro de un mayor consumismo y materialismo al que están abiertos autóctonos y algunos inmigrantes en Campo de Níjar, pero de lo que se trata principalmente es de que son poseedores de un futuro. Esos *mares de plástico* abren la experiencia de salud a un futuro, que como advierten algunos especialistas es tan incierto y contingente como el inquietante futuro de la cuestión del agua en esta zona. Pero como mínimo, los invernaderos les han abierto a un futuro, incierto ó no está ahí, y da un sentido a nuestro interrogante de partida: ¿Para qué estar sano hoy en Campo de Níjar? La respuesta sería que para poder presenciar como protagonistas absolutos, por primera vez, la posibilidad de un futuro en y desde Campo de Níjar.

¹⁵ Paul Virilo, en su obra *El ciber mundo, la política de lo peor*, resalta la tesis principal de que los procesos de dominación siempre han ido acompañados de aumentos considerables en la velocidad para trasladarse y comunicarse.

¹⁶ Posiblemente tengamos gravados en nuestra memoria la frase *Stadt Luft macht frei* (el aire de la ciudad libera), frase común sobre la puerta de alguna ciudad europea allá por el 1250, perteneciente a la Hansa. La Hansa formó una cadena comercial entre ciudades que distribuía bienes por todo el norte de Europa. Fundada en 1161, operaba en el mar transportando mercancías desde Génova, Venecia, Londres y los Países Bajos a los puertos del norte de Alemania, desde donde penetraban en el interior. Así por ejemplo, París tenía su propio círculo comercial, que se extendía al este y al oeste a lo largo del Sena y por el norte y sur desde Flandes a Marsella.

Como veremos en los próximos párrafos, Antonio, tenía que seguir siendo protagonista y presenciar ese futuro. Para Luis nada le detiene pues eso le separaría de ese futuro, y Felipe ya empieza a disfrutar de ese futuro:

"Muy malo tengo que estar para no coger la furgoneta e irme para el invernadero. Tengo ya 46 años y malo, malo, gracias a Dios no he estado, salvo cuando me operaron de apendicitis, casi no llego. Yo no recuerdo haberme encontrado mal, pero me empezaron por la tarde los dolores y de madrugada me tuvieron que llevar corriendo a la Bola Azul¹⁷. Pero en cuanto me vine para la casa, como podía andar pues ya me acerqué a la tierra, que era final de temporada, y tenía que ver los tomates." (Antonio, 46 años, Campohermoso, propietario de invernadero).

Esa velocidad marca el ritmo de la experiencia de salud, en el que urge sanar rápido, para poder reintegrarse lo antes posible a esas murallas de plástico, que esperan y requieren del cuidado constante de esos *cuerpos recursivos*.

"La baja, que es eso de la mala, si aquí nunca nos ponemos malos, si no sabemos que es estar malos, me pongo malo cada vez que vuelvo de la lonja, pero pocos días en la cama que me he quedado. La fiebre no es nada, y como digo yo mientras puedas andar a trabajar, que las fiestas no me las paga nadie." (Luis Montoya, Albaricoques, 46 años, propietario de invernadero)

"Yo me vine de Vera, porque aquí en Campohermoso con esto de los invernaderos me he podido labrar un futuro. He tenido mucha suerte, no me quejo, pero también he trabajado mucho, que el invernadero no regala nada ni perdona nada.... Hay dos cosas que no puedes olvidar, ni de pagar el crédito, ni de ponerte enfermo.... hombre no es que no haya tenido nunca un constipado, pero faltar al trabajo, eso solo en las vacaciones, y me tengo que ir a un sitio que no vea ni un solo plástico y ni un pepino, que sino, si me pongo malo por todo lo que dejo desatendido. Que si no estás tú controlando cada día, pues no es lo mismo. Sólo me olvido cuando voy a pescar o a cazar." (Felipe Marín, 32 años, propietario de invernadero).

Pero también queda claramente verbalizado en las entrevistas, esa necesidad de estar sanos para el trabajo en el invernadero; inclusive cuando los relatos no son en primera persona, y se habla como observador ó observadora en primera línea, de esa dualidad: del gobierno de los invernaderos sobre la experiencia de salud, y la abertura de los invernaderos hacia el futuro.

"Yo siempre he dicho que mis hijos y mi marido eran lo primero para mí. Siempre que he podido he echado una mano para lo que he podido, en la casa y en el trabajo. Cuantos viajes eché para el semi-llero y luego cuando mi marido puso el invernadero más de una vez le ayudé en los palos y para todo... Mis dos hijos mayores, acabaron de comprar la tierra, tienen dos invernaderos, yo veo que ahora es otra cosa. Antes era mucho trabajo y pocos duros, ahora mucho trabajo y cuando hay suerte unos años buenos y otros malos... sigue siendo esto muy esclavo, pero ya no se pasa la penuria que yo he visto en esta tierra... Mi marido, que en paz descansa no hizo otra cosa que trabajar, trabajar y mirar por su familia, eran unos años muy duros." (Rosario, 68 años, trabajadora en el campo, Puebloblanco).

¹⁷ Con este nombre se refieren pacientes, médicos, enfermeros y prácticamente toda la población almeriense, al principal hospital de la seguridad social en Almería.

Esa necesidad de conservar la salud en tanto que capital, la podemos encontrar en trabajadores jornaleros y en la población inmigrante ocupada en tareas agrícolas, como se aprecia en el texto siguiente, si bien en el trabajo de campo llevado a cabo, ha sido algo que se verbaliza de una forma mucho más palpable y clara entre los propietarios de invernaderos entrevistados.

"Cuando trabajaba en el campo, me acuerdo de un día que se me puso muy mal la garganta, me asusté porque no podía tragar y me notaba un bulto que no podía respirar, me asusté y fue casi el único día que no me pude en la carretera a esperar a un furgonetero, cogí el coche de línea para irme de urgencias. Recuerdo dormir muy poco, pero de madrugada estar cada día en la carretera, a esperar que te recogieran para ir a trabajar..."(Chej, 32 años, saharauí, de jornalero agricultor en Campohermoso, a mediador cultural en Águilas).

El siguiente relato estaría dentro de esa tónica, de que las "murallas de plástico" esclavizan y aprisionan a los cuerpos humanos:

"Si tengo una plaga ó en un día que no haya calculado bien el nivel de humedad, cuando vuelvo por la mañana no están las plantas del todo bien, es decir que el invernadero se me ponga malo, pues ahí estamos mi mujer y yo para lo que haga falta, sea lunes o domingo por la noche. Pero si me pongo malo yo ó mi mujer, el invernadero no nos va a venir a cuidar, ni tampoco un trabajador inmigrante. Y si la tierra lo necesita más que yo, aunque tenga fiebre, mientras me tenga en pie, pues allá que voy." (Luis Alarcón, Puebloblanco, 25 años, copropietario de invernadero con su hermano Erasmo).

Los relatos que acabamos de leer pueden ser interpretados desde una total dualidad posible: como las quejas de hombres y mujeres esclavizados y limitados por esos mares de plástico, por el contrario como testimonio de ese compromiso con el futuro por alcanzarlo, al que la enfermedad no les puede frenar, sino que deben de reconvertirla en fuerza y energía hacia ese futuro. En un primer momento, desde una mirada ingenua y bucólica, me decantaba más en resaltar el carácter patológico y opresor de esos "mares de plástico", vistos desde el exterior, tanto subjetivamente como científico social, esa sería la interpretación más correcta, en tanto que esos mares serían la extensión de un capitalismo global. Pero desde dentro, el trabajo en los invernaderos no es vivenciado como una experiencia de esclavitud, el trabajo es duro, pero en el balance que realizan la población autóctona de Campo de Níjar, es un balance positivo¹⁸. El esfuerzo diario en los invernaderos, les permite no sólo una "calidad de vida" (si bien principalmente en términos de acceso a un ritmo consumista, idea por otro lado muy extendida a nivel global), sino también la posibilidad de una esperanza en el futuro. Aunque los invernaderos sean la puerta hacia un futuro mejor, esos "mares de plástico" posibilitan el contacto con el exterior y además, la continuidad de Campo de Níjar, hoy por hoy, depende de los invernaderos, a la espera de las transformaciones que ocasionará esa incipiente especulación urbanística, tal y como se recoge en los planes de Erasmo, en la siguiente cita:

"Como todavía no estoy casado y soy joven, salgo muchas veces por la noche, los viernes y sábados por la noche, con los amigos llegamos hasta Aguadulce, Retamar, por toda esa zona de costa, es lo que me toca. Pero también tengo que estar en el invernadero con mi hermano cada día, no a echar una mano, sino como propietarios los dos, es mucha responsabilidad, el cuerpo ahora aguanta el ritmo fuerte de este trabajo. Yo dejé los estudios, llegué a los primarios y hice un curso de monitor forestal y luego unos módulos de técnicas agrícolas. No es nada de título, pero me fueron bien para sa-

¹⁸ Entre la población inmigrante que trabaja en invernaderos, no estaría tan generalizada esa valoración positiva del trabajo en los invernaderos, sus opiniones variadas se decantarían hacia aspectos negativos, como la denuncia de la explotación económica, de la que es objeto un amplio sector de la población inmigrante de Campo de Níjar.

ber llevar el ordenador en el invernadero. Como el invernadero era de mi padre pues me fue fácil dedicarme a esto, por el momento sigo en esto, es muy duro, pero cuando acaba cada cosecha, las rentas son muy buenas. Podría trabajar en la construcción, que se gana bien la vida, conozco los sueldos de los inmigrantes del este que están en esto de la construcción y es mucha pasta. Pero en los plásticos gano muchísimo más. Yo veo a mi hermano y a su mujer metidos los dos todos los días en el invernadero, y solo tienen un niño chico; no tienen la casa pagada, pero no les falta de nada. Este año se han ido de vacaciones dos semanas los tres, y entonces me quedé yo al frente de todo, fueron dos semanas que no pude ir a pescar ni un día, si que salí por la noche, pero claro ahora el cuerpo es joven. ... De aquí unos años me gustaría dejar esto, montar otro negocio, pero de momento unos años aquí. También soy joven, pero cuando tenga treinta años no me gustaría seguir en esto, no sé, quizás pueda llegar a ser promotor inmobiliario. Eso es un sueño y un descanso." (Erasmus, 23 años, Pueblo blanco, copropietario y hermano de Luís).

Podemos comprobar, como Erasmus es ajeno todavía a esa obligación de estar sano, de anteponer el cuidado de esas murallas de plástico a sus cuerpos enfermos. Está en una fase previa, de caer en esa dinámica generalizada en Campo de Níjar; vislumbra una salida en un posible negocio, en la construcción, contagiado de ese *boom* del crecimiento inmobiliario que invade gran parte de la costa almeriense. Ese sueño es como su salvavidas, un salvoconducto para huir de esos "cuerpos estresados y recursivos" que se suceden en nuestro escenario.

6. Conclusiones

Aparentemente puede parecer que estoy hablando de Campo de Níjar como una sociedad terapéutica, puesto que estar sano es un requisito imprescindible en su cotidianidad, la pérdida de la salud supondría el no poder trabajar, el fraccionarse el equilibrio de esa cotidianidad. Por lo que podríamos hablar de una sociedad terapéutica por obligación, sentido que se aleja de la semantización que se ha otorgado a dicho concepto por parte de un grupo de científicos sociales presidido por Robert N. Bellah. Este grupo de autores resaltaban que en la sociedad norteamericana de estas últimas décadas, "la terapia como concepto general de la vida había pasado de ser la posición de una elite restringida y culta a constituir la actitud mayoritaria de la clase media norteamericana"¹⁹. Para muchos, en aquella sociedad, fijada culturalmente en la salud, la terapia se ha convertido en la "relación modelo" o el "tipo esencial de relación", la "relación terapéutica". Metodológicamente no es comparable la sociedad norteamericana, con la sociedad nijareña, no es este mi propósito sino rescatar un concepto que protagoniza actualmente los escenarios de la Sociología de la Medicina, y ver su correspondencia con mi objeto concreto de estudio.

Como resultado vemos como en el caso de la pertinencia de hablar de la prevalencia de la "relación terapéutica" en Campo de Níjar, ésta no es una relación fruto de unas modas publicitarias, sino que es el resultado directo del desarrollo tecnológico de la zona, en el que el estar sano se configura sobre las columnas de los cultivos intensivos en invernaderos, en diálogo constante e íntimo con esos "mares de plástico".

¹⁹ R.N. BELLAH y otros, 1989. *Hábitos del corazón*, Alianza, Madrid, p. 153.

Bibliografía

- ACKERCKNETCH, Erwin, 1985. *Medicina y antropología social*, Akal, Madrid.
- ARBER, Sara y GINN, Jay. 1996. *Relación entre género y envejecimiento*, Ed. Narcea, Madrid.
- AUBERT, Nicole, 2003. *La culture de l'urgence. La société malade du temps*. Ed. Flammarion, París.
- BAIGORRI, A. 1984. *Agricultura periurbana*, DGOTMA, Comunidad de Madrid. Estudios e Informes, 2. Madrid.
- BAIGORRI, A. y GAVIRIA, M., (dirs.) 1984. *El campo riojano*, 2 tomos, Cámara Agraria de La Rioja, Zaragoza.
2001. *Hacia la urbe global. Badajoz, mesópolis transfronteriza*. Editora Regional de Extremadura.
- BARTRA, R., 2001. *Cultura y melancolía. Las enfermedades del alma en la España del Siglo de Oro*, Anagrama, Barcelona.
- BASZANGER, Isabelle, 1989. "Douleur, travail médical et expérience de la maladie » en *Sciences sociales et santé*, vol. 7, 2, pp.5-34.
1995. *Douleur et médecine, la fin d'un oubli*, Éditions du Seuil, París.
- BAZIN, G. & ROUX, B. 1993. "Le développement local contre la marginalisation des territoires dans le sud de l'europe" en *Le courrier de l'environnement de l'INRA*, París, 1993, nº 19, págs. 25-44.
- BEATTIE, J. 1974. *Otras culturas. Objetivos, métodos y realizaciones de la Antropología Social.*, Fondo de Cultura Económica, México-Madrid-Buenos Aires.
- BELLAH, R.N. 1989. *Hábitos del corazón*, Alianza, Madrid.
- BOURDIEU, P. 1972. *Esquisse d'une théorie de la pratique. Précédé de trois études d'ethnologie kabyle*, Droz, Ginebra-París.
1997. *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*, Anagrama, Barcelona.
- BRAIDOTTI, R. (ed.) 1994. *Women, the Environment sustainable development. Towards a theoretical synthesis*. Zwd Book, London.
- BRONZINI, G.B. 1989. "Antropología e medicina popolare: Note sugli studi dei positivisti italiani", *La Ricerca Folklorica*, Brescia, 8:13-17.
- CAMPORESI, P. 1986. *La chair impassible*. París, Flammarion.
- CASTELLS, Manuel 1998.a *La era de la información. Sociedad, Economía y Cultura. Vol. 2 El poder de la identidad*, Alianza editorial, Madrid.
- 1998b. *La era de la información. Sociedad, Economía y Cultura. Vol.3 Fin de milenio*, Alianza editorial, Madrid.
- COMELLES, Josep M^a y MARTÍNEZ, Angel, 1993. *Enfermedad, Cultura y Sociedad. Un ensayo sobre las relaciones entre la Antropología Social y la Medicina*. Eudema, Madrid.
- CHEKKI, D.A. 1989. *Dimensions of communities*. New York & Londons, Handbook, Garland publishing Inc..
- DE ROUX, G. y otros, 1990. "Participación social y Sistemas Locales de Salud" en *Los Sistemas Locales de Salud*, (PAGANINI, J.M. Y R. CAPOTE), OPS, Publ.519:28-49, Washington.

- DELEUZE, G. 1989. *Lógica del sentido*, Piados, Barcelona, p. 287.
- DOMMEN, E.1992. *Four principles for sustainable development. Essays on environmental policy and developing countries*. University Press, Cambridge .
- DOSSEY, Larry.1986. *Tiempo, Espacio y Medicina*. Ed. Kairós, Barcelona.
- DOUGLAS, Mary, 1966. *Pureza y peligro*. Siglo XXI, Madrid.
- DUCH, LL.1977. *Antropología de la religión*. Antropológica nº 6, Instituto de Antropología de Barcelona.
1999. *Simbolisme y salut. Antropología de la vida cotidiana, I*, Publicacions de l'Abadia de Montserrat, Barcelona.
2000. *Llums i ombres de la ciutat. Antropología de la vida cotidiana 3* Publicacions de l'Abadia de Montserrat, Barcelona.
2003. *Escenaris de la corporeïtat. Antropología de la vida cotidiana, 2.1*, Publicacions de l'Abadia de Montserrat, Barcelona.
2004. *Estaciones del Laberinto. Ensayos de antropología*, Herder, Barcelona.
- ELIADE, Mircea, 1972. *El mito del eterno retorno. Arquetipos y repetición*, Alianza, Madrid.
- ENAUDEAU, C. 1999. *La paradoja de la representación*, Paidós, Barcelona-Buenos Aires-Méjico.
- FERNANDEZ BALLESTEROS, Rocío. 1992. *Mitos y realidades sobre la vejez y la salud*. Barcelona S.G. Editores y Fundación Caja de Madrid.
- FOUCAULT, M. 1984. *Histoire de la sexualité, vol. 3: « Le souci de soi »*, Gallimard, Bibliothèque des histoires. París.
1986. "¿Por qué hay que estudiar el poder: la cuestión del sujeto", en Alvarez-Uría, F. y Varela:J. (ed.), *Materiales de sociología crítica*.
1999. *Estrategias de poder*. Paidós, Barcelona.
- FREIDSON, E. 1980. *La profesión médica. Un estudio de sociología del conocimiento aplicado*, Península, Barcelona.
- FREIXAS, Anna. 1993. *Mujer y envejecimiento. Aspectos psicosociales*, Fundación La Caixa, Barcelona.
- FRIED Schnitman, D. 1994. "Introducción: ciencia, cultura y subjetividad", en D. Fried Schnitman (ed.), *Nuevos Paradigmas, Cultura y Subjetividad*, Paidós, Buenos Aires, pp.15-34.
- GADAMER, H. 1996. *El estado oculto de la salud*, Gedisa, Barcelona.
- GARCIA SANZ, Benjamín, 1996. *La sociedad rural ante el siglo XXI*. Ministerio de Agricultura, Madrid.
- GARRO, Linda, 1986. "Intercultural Variation in Folk Medical Knowledge: A Comparison between Curers and Non-Curers", en *American Anthropologist*, 88, pp. 351-370.
1988. "Explaining High Blood Pressure: Variation in Knowledge about Illness", en *American Ethnologist*, 15, pp.98-119.
1990. "Continuity and Change: The Interpretation of Illness in an Anishinaabe (Ojibway) Community", en *Culture, Medicine and Psychiatry*, nº 14, pp.417-445.
1992. "Chronic Illness and the Construction of Narrative", en Mary-Jo DelVecchio Good, Paul E. Brodwin, Byron J. Good y Arthur Kleinman, eds., *Pain and Human Experience: An Anthropological Perspective*, pp.100-137.
- GODOY, J. 1999. *Representaciones y contradicciones. La ambivalencia hacia las imágenes, el teatro, la ficción, las reliquias y la sexualidad*, Paidós, Barcelona-Buenos Aires-Méjico.

- GÓMEZ GARCÍA, Pedro, 1997. "El ritual terapéutico en etnomedicina. Lo empírico y lo simbólico", en *La función simbólica de los ritos: Rituales y simbolismo en el Mediterráneo* (CHECA, F& MOLINA, P., Coords.). Ed. Icaria, Barcelona, pp. 315-346.
- GOOD, B.J. 1977. "The Herat of What's the Matter: The Semantics of Illness in Iran" en *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1, pp:25-58.
- GONZALEZ ALCANTUD, J.A. & GONZÁLEZ DE MOLINA (eds.) 1996. *La tierra, mitos, ritos y realidades*. Anthropos, Barcelona.
- HANCHETT, E. 1981. *Salud de la comunidad. Conceptos y evaluación*. Limusa, México.
- HOURS, B. 2001. *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*. Éditions Karthala, París.
- HUREIKI, J.2000. *Les médecines touarègues traditionnelles. Approche ethnologique*, Éditions Karthala, París.
- ISAMBERT, F.1979. *Rite et efficacité symbolique. Essai d'anthropologie sociologique*, Cerf, París.
- JANZEN, John, 1978a. "The Comparative Study of Medical Systems as Changing Social Systems", en *Social Science and Medicine*, 12, pp. 121-129.
- 1978b. *The Quest for Therapy in Lower Zaire*, University of California Press, Berkeley.
1987. "Therapy Management: Concept, Reality, Process", en *Medical Anthropology Quarterly*, 1, pp. 68-84.
- JUNG, Carl 1991. *Arquetipos e inconsciente colectivo*. Paidós, Barcelona.
1970. "Sobre la sincronicidad", en A. Portman, E. Neuman, O. Gilles y C. Jung, *El hombre ante el tiempo*. Venezuela.
- KAYSER, B. (ed) 1994. *Pour une ruralité choisie*. Ed. De l'Aube, Marseille.
- KIEKBUSCH, I. 1988."La promoción de la salud",en *Tipología, Papeles de Gestión Sanitaria*, enero, pp.39-54.
- KLEINMAN, A.M. 1980. *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*, Univesity of California Press, Berkeley.
1988. *The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition*. Basic Books, Nueva York.
- LAIN ENTRALGO, P. 1960. "La enfermedad como experiencia": *Ocio y trabajo*, Madrid, Revista de Occidente, pp:81-128.
- LAÍN ENTRALGO, P. 1989. *El cuerpo humano. Teoría actual*, Espasa Calpe, Madrid.
- LE BRETON, D. 1998. *Anthropologie du corps et modernité*. PUF, París.
- LISÓN, C. *Brujería, simbolismo y estructura social en Galicia*. Akal, Madrid
- LÓPEZ GARCÍA, Julián, 2003. "Cuando el remedio encuentra al enfermo. Vendedores de Salud en Iberoamérica", *Antropológica*, nº 20, Universidad Católica de Lima, Perú.
- LUHMANN, n. 1997. *Observaciones de la modernidad. Racionalidad y contingencia en la sociedad moderna*, Paidós, Barcelona-Buenos Aires-México.
- MARTÍNEZ HERNÁEZ, Angel y COMELLES, Josep M. "La Medicina popular. ¿Los límites culturales del Modelo Médico", *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, 49 (2):109-136.
- MENDRAS, H. & MIHALLESCU, I. 1982. *Theories and methos in rural community studies*. Pergamon Press.
- MENÉNDEZ, Eduardo L. 1977. "Nuevos objetos de estudio de la Antropología", en *Actas de la XV Mesa Redonda de la Sociedad Mexicana de Antropología*, México, pp.75-82.
1981. *Poder, Estratificación y Salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*, CIESAS, Ediciones de la Casa Chata, México D.F.

1991. "Definiciones, indefiniciones y pequeños saberes", *Alteridades*, México, 1991, 1(1): pp: 21-32.
1992. "Grupo doméstico y proceso salud/enfermedad/atención. Del "teoricismo" al movimiento continuo", en *Cuadernos Médico Sociales*, nº 59, pp.3-18.
1994. "La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?", en *Alteridades*, nº 4, pp.71-83.
1998. "Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes", en *Estudios Sociológicos*, nº 46, pp.37-67.
2000. "Factores culturales. De las definiciones a los usos específicos", en *Medicina y cultura. Ensayos entre la antropología y la medicina* (Perdiguero y Comelles, eds.) Ediciones Bellaterra, Barcelona, pp.163-188.
- MERLEAU-PONTY, 1975. *Fenomenología de la percepción*, Península, Barcelona.
- MIGUEL, J. DE, 1983. *Estructura del sector sanitario*, Tecnos, Madrid.
- MORRIS, D. B. 1998. *Illness and Culture in the Postmodern Age*, University of California Press, Berkeley-Los Angeles-Londres.
- NAVARRO, Ginés 2002. *El cuerpo y la mirada : Desvelando a Bataille*. Barcelona, Anthropos.
- PARSONS, Talcott. 1978. "Health and Disease: Sociological and Action Perspective" en *Action Theory and the Human Condition*, The Free Press-Collier Macmillan, Nueva York-Londres, pp.66-81.
- PRAT, Joan,(coord.) 2005. *I...això és la meva vida. Relats biogràfics i societat*, Temes d'Etnologia de Catalunya, Generalitat de Catalunya, Departament de Cultura, Barcelona.
- PROVANSAL, Danielle, 1993. "El Parque Natural de Cabo de Gata-Níjar. De la percepción estética de un paisaje a la transformación social", en *Parques Naturales Andaluces. Conservación y Cultura*, Junta de Andalucía.
- PROVANSAL, D. y MOLINA, P. 1992. "Territorio, política medioambiental e identidad" en *Historia y Fuente oral, Andalucía. Invención y realidad*. Nº8, año 1992, Universitat de Barcelona.
1990. "La ceremonia del Huertecito", en *Folklore Andaluz*, Fundación Machado, nº3.
1989. *Campos de Níjar: Cortijeros y areneros*. Ed. Instituto de Estudios Almerienses, Almería.
1982. "Alternativas terapéuticas en la Provincia de Almería", en *I JORNADAS DE ANTROPOLOGÍA DE LA MEDICINA, II Coloquio del ICA (Institut Catalán de Antropologia)*, Arxiu d'Etnografia de Catalana, Barcelona, pp. 242-264.
- RICOEUR, Paul, 1996. *Sí mismo como otro*, Ed Siglo Veintiuno, Madrid.
- ROSEN G. 1974. *De la Policía Médica a la Medicina Social*, Siglo XXI, México.
- SENNET, R1994. *Carne y piedra. El cuerpo y la ciudad en la civilización occidental*, Alianza Editorial, Madrid.