

Los héroes de la ELA: la estructura social de los discursos triunfalistas de superación y celebración de un enfermo y legitimación de una enfermedad

Xavier Gimeno Torrent

Universitat Autònoma de Barcelona. Departament de Sociologia
<https://orcid.org/0000-0002-3749-0889>
xavier.gimeno@xaviertorrent.net



© del autor

Recepción: 13-04-2023
Aceptación: 08-09-2023
Publicación: 11-01-2024

Citación recomendada: GIMENO TORRENT, Xavier (2024). «Los héroes de la ELA: la estructura social de los discursos triunfalistas de superación y celebración de un enfermo y legitimación de una enfermedad». *Papers*, 109 (1), e3225. <<https://doi.org/10.5565/rev/papers.3225>>

Resumen

Objetivo. El objetivo de este artículo es entender las condiciones sociales de producción o estructura social de los discursos o las ideologías del enfermo como héroe a partir de la teoría de las tomas de posición y las posiciones en el espacio social de Pierre Bourdieu, poniendo especial énfasis en si el estado del bienestar y de derecho desempeña algún papel en la producción de estos discursos, y en si aparecen otros tipos de discursos, especialmente protagonizados por la religión, si ese estado es débil o inexistente.

Método. A tal efecto se construyó una base de datos con las 1.068 respuestas de los 1.068 individuos diferentes que en Twitter respondieron a un tuit de una persona con una enfermedad legitimada como la ELA. Mediante varios análisis (análisis temático de contenidos cualitativos, análisis de correspondencias múltiples [ACM] y análisis jerárquico de conglomerados [AJC]) se logró construir la estructura social de los discursos heroicos.

Resultados. Se obtuvieron 12 tipos de respuestas, que se podían dividir en dos grandes grupos: discursos de superación o heroicos y discursos religiosos sobre la enfermedad.

Conclusión. Se evidenció que existía una clara relación entre el tipo de estado del bienestar y de derecho (más o menos débil) y el tipo de discursos, por lo que, en entornos con estados del bienestar y de derecho relativamente más fuertes (como España), los dominantes eran los discursos o las ideologías del enfermo como héroe, y en los que tenían estados del bienestar más débiles (como Venezuela), la religión monopolizaba el discurso y las ideologías a partir de las cuales se construía la imagen social del enfermo.

Palabras clave: capital de vivir la enfermedad; discurso heroico; enfermedad; estados del bienestar; religión

Abstract. *The heroes of ALS: The social structure of the triumphalist discourses of overcoming and celebrating a patient and legitimizing a disease*

Objective: This article aims to understand the social conditions of production or social structure of discourses or ideologies of the patient as hero. Drawing on Pierre Bourdieu's theory of position-taking and positions in social space, special emphasis is given to whether the rule of law and welfare state play a role in the production of these discourses and whether other types of discourses, especially religious ones, emerge when the state is weak or non-existent.

Method: For this purpose, a database was created using 1,068 responses of 1,068 individuals who responded on Twitter to a tweet from a person with a legitimized disease such as ALS. Through several analyses (qualitative thematic content analysis, multiple correspondence analysis, and agglomerative hierarchical clustering) it was possible to build the social structure of the heroic discourses. *Results:* Twelve types of responses divided into two large groups were obtained: overcoming or heroic discourses and religious discourses about the disease.

Conclusion: A clear relationship was found between the type of welfare and rule-of-law state (more or less weak) and type of discourse. Specifically, in environments with relatively stronger welfare and rule-of-law states (such as Spain), discourses or ideologies of the patient as hero were predominant, while in those with weaker welfare states (such as Venezuela), religion monopolized the discourse and ideologies through which the social image of the patient was constructed.

Keywords: capital of experiencing the disease; heroic discourse; disease; welfare states; religion

Sumario

- | | |
|--|---------------------------------------|
| 1. Objetivos del estudio, antecedentes, contextualización teórica y modelo de análisis | 4. Discusión |
| 2. Método y técnicas | Declaración de conflicto de intereses |
| 3. Resultados y análisis | Agradecimientos |
| | Referencias bibliográficas |

1. Objetivos del estudio, antecedentes, contextualización teórica y modelo de análisis

Este artículo forma parte del proyecto «El circuito de la violencia simbólica en el Síndrome de Fatiga Crónica (SFC)/Encefalomiелitis Miálgica (EM): Elaboración de una escala de violencia simbólica». En fases previas de esta investigación (Gimeno Torrent, 2022:10-11), se comprobó que uno de los mecanismos de este circuito que afecta a los enfermos es lo que se denominó *imposición del discurso o imposición simbólica* (Bourdieu, 2001b:107-108). Se identificaron diversas variantes, y una de las más relevantes a efectos de esta investigación es la imposición del discurso heroico. Este discurso está muy extendido socialmente y sirve para entender las ideologías a partir de las cuales se construye la imagen social de los enfermos con enfermedades legitimadas y visibles frente a quienes padecen enfermedades socialmente des-

legitimadas e invisibles como el SFC, lo que constituiría la pregunta inicial o el objeto de estudio de esta investigación. Estas ideologías muestran cómo en nuestra sociedad los únicos enfermos que tienen una existencia social legítima son aquellos que se ajustan al modelo de enfermo luchador que nunca desfallece hasta conseguir curarse. La representación social legitimada y dominante de los enfermos es la del héroe que tiene un carácter muy positivo, una gran determinación y voluntad de superación de las adversidades (Hernández Arango y Ráez, 2019; Leiva Galiano, 2019; Tramullas, 2019), y en esto consiste, a muy grandes rasgos, la imposición simbólica del discurso heroico. El objetivo de este artículo es entender las condiciones sociales bajo las que estos discursos se producen y reproducen, dando lugar a esta imposición del discurso heroico. Y la forma de hacerlo será mediante la validación de una hipótesis que es la prolongación y generalización de un modelo que formuló previamente Pierre Bourdieu (2014:504) para explicar un fenómeno que se daba en un caso muy concreto: se prevé que la principal condición social de posibilidad de los discursos heroicos será el grado de desarrollo de los estados del bienestar y de derecho, y que, cuando este grado sea insuficiente o prácticamente no existan estados del bienestar y de derecho, los discursos heroicos dejarán de ser los dominantes. En estos casos los agentes se encomendarán a Dios para que les ayude a proteger su salud y a curarse, porque el lugar de unos estados providencia de salud inexistentes lo tomará simbólicamente, en su lugar, la religión más o menos institucionalizada.

La línea de investigación más similar a este objeto de estudio en la ciencia social es el estudio de las narrativas de la enfermedad, un paradigma que cuenta con una ya larga tradición. Habitualmente este tema se ha solapado con el de la identidad del enfermo, y con frecuencia estos estudios se han llevado a cabo desde el modelo de Frank de las narrativas de la restitución, la búsqueda y el caos. Desde estos parámetros, se han estudiado enfermedades como la fibromialgia (Bock, 2013), el cáncer (Bock, 2013; Jones *et al.*, 2018; Laranjeira, 2013), el cáncer de mama (Coll-Planas y Visa, 2016; Coreil *et al.*, 2012; Pitts, 2004; Segal, 2007), el cáncer de ovarios (Staneva *et al.*, 2018), el cáncer terminal (Ho *et al.*, 2013), el carcinoma de nasofaringe (Imchen, 2021), el VIH y el SIDA (Ezzy, 2000), la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (Malcolm *et al.*, 2017), los síntomas médicamente inexplicables (Nettleton *et al.*, 2005), el estrés postraumático (Salzmann-Erikson y Hiçdurmaz, 2017), la psicosis (Harrop *et al.*, 2015), la diabetes (Abreu *et al.*, 2018), el Parkinson (Peek, 2017), la epilepsia (Good *et al.*, 1994), los trastornos afectivos (Koo, 2012), la demencia (Fels y Astell, 2011), el trastorno límite de personalidad (Sterna y Moskalewicz, 2022), la enfermedad renal (Kierans, 2005), la enfermedad mental grave (Stern *et al.*, 1999), la enfermedad de Huntington (Schwartz, 2010), la gestión de la enfermedad crónica (Vassilev *et al.*, 2017), el lupus (Colmenares-Roa *et al.*, 2022), o la depresión y la ansiedad (Flores-Flores *et al.*, 2020). Esta selección es el resultado de una búsqueda en PubMed combinando los descriptores en inglés de las áreas de investigación asimiladas al objeto de estudio del presente artículo: «*illness narratives, social structure*» (61 resultados),

«*illness narratives, Welfare State*» (25 resultados), e «*illness narratives, religion*» (161 resultados). Todas estas investigaciones son cualitativas y su objeto de estudio central son las narrativas. Son muy minoritarias las que otorgan algún papel explicativo a variables aisladas de tipo socioestructural, que nunca desempeñan un papel central, sino secundario. En algunos casos, se trata de unas pocas variables demográficas de carácter cuantitativo (Malcolm *et al.*, 2017), y en otros, de las configuraciones de relaciones sociales (o redes sociales), que pueden ejercer un papel más o menos importante (Abreu *et al.*, 2018; Harrop *et al.*, 2015; Jones *et al.*, 2018). Se entiende el papel de estas variables basadas en la perspectiva del apoyo social tan tradicional en la ciencia social médica de cara a estudiar los procesos de enfrentamiento de las enfermedades y sus derivados, especialmente en lo que se refiere al papel de la familia en el cuidado y el apoyo a las personas enfermas. La religión como forma de discurso, ideología o narrativa en torno a la enfermedad también parece algo especialmente ausente y solo aparece en contadas ocasiones (Colmenares-Roa *et al.*, 2022; Coreil *et al.*, 2012; Flores-Flores *et al.*, 2020; Imchen, 2021). Lo mismo cabe decir del papel de los estados del bienestar (Vassilev *et al.*, 2017) y de una perspectiva medianamente comparada al respecto.

En conclusión, en ninguna de estas investigaciones la variable central es la estructura social o, como se ha concebido en el presente artículo, el espacio social. Parece que uno de los principales puntos débiles de la perspectiva de las narrativas de la enfermedad es que no tiene en cuenta la estructura del espacio social en el que se produce el discurso, lo que impide entender adecuadamente las condiciones sociales de producción de estas narrativas. Este punto ya lo señalaron en su día investigadoras veteranas del campo de la investigación de las narrativas de la enfermedad (Riessman, 2002). En este sentido, el presente artículo intenta, a partir de una combinación de trabajo cuantitativo, que es el predominante, con cualitativo (muy secundario), relacionar las condiciones sociales de producción (o estructura social o espacio social) con estas ideologías o discursos heroicos a partir de los modelos, desarrollados por Pierre Bourdieu a lo largo de su trayectoria investigadora, de las posiciones sociales (o principios de visión y división) y las tomas de posición en el espacio social (Bourdieu, 1984:34-37, 1999a, 2000a:127-142, 2000b, 2001a:18-19, 2015:11-120, 2017:240-263, 2022:501-530; Bourdieu y Chartier, 2011:53-58, 69-72; Merton *et al.*, 1990). Sus dimensiones son las siguientes: 1) la toma de posición como indicador de la ideología o discurso; 2) las propiedades sociales adscritas al individuo como el sexo, la edad (Elias, 2000:11-14; Lorente Fontaneda, 2017) y la ocupación; 3) la distancia (cercanía-lejanía) respecto a la enfermedad, que a su vez estaría muy relacionada con 4) el grado de integración familiar (Bourdieu, 2003); 5) la posición ocupada en el polo religioso y de las creencias del espacio social: escalas de religiosidad, trumpismo (Onishi, 2021), y antivacunas, y, por último, 6) la posición ocupada en el polo social del espacio social: clasificadores sociales. En esta sexta última dimensión, los principios de visión y división propiamente dichos y las luchas simbólicas o las formas de clasificación en el espacio social, han sido fundamentales dos

conjuntos de elementos: 1) los que se referían a las condiciones de vida y la incidencia del tipo de estado del bienestar y de derecho sobre las mismas (Fund for Peace, 2022), y 2) los centrados en lo que algunos autores han denominado *código psicológico positivo* (Béjar Merino, 2011), y otros *filosofías de la conciencia* (Bourdieu, 2000a:24-27).

Todos los detalles metodológicos, estadísticos y de resultados que aquí no se podrán desarrollar adecuadamente se amplían en el documento de anexos de 86 páginas adjunto a este artículo que solo se citará en esta ocasión (<https://doi.org/10.5281/zenodo.8328589>), sin referirse a él cada vez, en pro de una mayor brevedad. Todos los gráficos y las tablas que aparecen en este artículo son de elaboración propia.

2. Método y técnicas

Para testar este modelo y validar la hipótesis de investigación, se tomó como caso de estudio el ejemplo de una persona que sufría una enfermedad legitimada como la esclerosis lateral amiotrófica (ELA) con presencia en Twitter y muchos seguidores. Se construyó una base de datos a partir de las 1.158 respuestas válidas de los 1.158 usuarios diferentes que obtuvo un tuit que publicó el 2 de mayo de 2020. En el tuit, este enfermo narra brevemente su historia, muy común a otras enfermedades: el enfermo es diagnosticado de ELA, la pareja lo abandona y debe cerrar su negocio (era autónomo, católico más o menos practicante, y había sido entrevistado previamente a la publicación del tuit en Intereconomía TV, actual El Toro TV, medio de tendencia derechista o de extrema derecha), pero no pierde ni el humor, ni la sonrisa ni las ganas de vivir. El mensaje finaliza con dos emoticonos que simbolizan la sonrisa y la fuerza.

A partir de esta matriz inicial de 1.158 casos válidos y dos variables, la respuesta y el usuario, se procedió a ampliarla para obtener el máximo de información posible sobre cada una de las personas que respondió. Este proceso duró más de dos años y 3.925 horas y su resultado fue una matriz final de 1.068 registros (la matriz inicial de 1.158 casos tuvo que depurarse varias veces) con 127 variables de las que se seleccionaron 63, 53 variables activas y 10 ilustrativas o suplementarias, que fueron las que entraron en el análisis multivariado final.

Las 1.158 respuestas iniciales como tomas de posición se analizaron, primero, con un análisis temático de contenidos cualitativo (Ruiz Olabuénaga, 1999; Schreier, 2012). Se identificaron 39 temas que daban cuenta de la totalidad de los contenidos de estas respuestas. A continuación, fueron sometidas a un análisis de correspondencias múltiples (ACM) (Benzécri, 1992; Greenacre, 2008; Hjellbrekke, 2019) a partir de la codificación cualitativa de presencia/ausencia de cada una de las 39 unidades de significación-sentido anteriores. Después se efectuó un análisis jerárquico de conglomerados (AJC) (López-Roldán y Fachelli, 2015), que dio como resultado 12 clases de respuestas. Este AJC se consolidó posteriormente con un análisis de *k-means* para optimizar sus resultados corrigiendo la clasificación de aquellas observaciones susceptibles de

estar mejor clasificadas. Para realizar estos análisis se ha empleado el software estadístico XLSTAT (Lumivero, 2023).

Las 62 variables restantes, correspondientes a las otras 5 dimensiones antes mencionadas del modelo de análisis, fueron las variables de clasificación de los individuos. Para obtener 13 de estas 62 variables, se revisaron manualmente, tuit a tuit, para localizar la información pertinente, aproximadamente 58.000 tuits del total de las 1.158 observaciones. Para obtener las otras 49 variables, se estudiaron mediante análisis temático de contenidos cualitativo aproximadamente un total de 17.443 tuits diferentes de los 58.000 anteriores. Se analizaban unos 17 tuits por usuario de forma consecutiva; es decir, no se seleccionaban los tuits, había que analizarlos todos de manera sucesiva sin elegir ninguno; si debían analizarse, por ejemplo, 15 o 20, se analizaban los primeros 15 o 20 que aparecían por orden cronológico. Si había alguno que era imposible clasificar con los 105 clasificadores disponibles, era clasificado en la correspondiente casilla de «no clasificados». Siguiendo este método se clasificaron el 92 % (13.353/17.433 expresado en porcentaje) de los tuits totales.

A continuación, se pusieron en relación dentro del espacio social a partir de nuevos ACM, AJC, y *k-means* las tomas de posición como indicadores de la ideología del enfermo como héroe con las posiciones ocupadas o principios de visión y división y se obtuvieron los resultados que se describirán seguidamente. Como puede observarse fácilmente, este método de análisis estadístico se encuadra dentro de lo que se ha dado en llamar paradigma de la clasificación de los individuos o grupos, dentro de la gran tradición de la matemática francesa, muy alejado del paradigma econométrico de la medida, las variables y sus efectos y los modelos de regresión, dominante en todo el mundo y de tradición anglosajona claramente inspirado en el paradigma dominante de las ciencias naturales o «duras» (Desrosières, 2008a, 2008b; Storer, 1967), pero que no desempeña ningún papel en esta investigación.

3. Resultados y análisis

En cuanto a las respuestas o tomas de posición, se obtuvieron 12 clases de respuestas. Así, las respuestas C1 (123 [elementos]; 11 %) eran de profunda admiración basada en el ensalzamiento omnipresente de rasgos socialmente atribuidos al sexo masculino. Las respuestas C2 (124; 11%), de profundo agradecimiento, en que se destaca la lección de vida dada, que transmite esperanzas, espíritu de superación, optimismo, y pone de manifiesto «que nos quejamos por tonterías». Las respuestas C3 (448; 39 %) eran de ánimo. Las respuestas C4 (91; 8 %) se daban desde la religiosidad («Dios te bendiga»), que destacan la fe como forma de enfrentarse a la enfermedad, y en las que secundariamente la enfermedad también es vista como una oportunidad de ganar cosas buenas y un aprendizaje de vida que propicia valores como la superación, el optimismo y el «querer es poder», las versiones laicas de la fe religiosa. Las respuestas C5 (78; 7 %) también se daban desde la religiosidad a la desintegración social de los enfermos («Dios está contigo»), en que destaca también el optimismo como

forma de enfrentarse a la enfermedad. Las respuestas C6 (135; 12 %) eran «antianómicas» o «sociodíceas», en las que el enfermo como modelo de conducta proporciona universos compartidos de discurso laicos y dota de sentido y de ejemplos de comportamiento a un mundo que se considera en continua crisis de valores. Las respuestas C7 (50; 4 %) son las religiosas de bendición de tipo «teodíceas» (emparentadas secundariamente con «sociodíceas» laicas) que dotan de sentido a la vida de los creyentes mediante el ejemplo de fe del enfermo (asociado secundariamente con lemas psicologistas del tipo «si tienes la mente positiva, el cuerpo puede con todo») que se ve como una señal de la acción de Dios, que tiene una misión para él. Las respuestas C8 (40; 3 %) eran de solidaridad con el enfermo y la enfermedad de personas cercanas a enfermos de ELA u otras enfermedades, que destacan que la salud es lo primero y la necesidad de encontrar una cura para la ELA. Las respuestas C9 (35; 3 %) son religiosas de imposición dóxica (imposición de creencias, normalmente infundadas y a menudo perjudiciales, a aquellos que se encuentran en una situación de subordinación simbólica y relegación social extremas) basadas en los milagros de Dios y la fe en él como forma de encontrar una cura que debe buscarse fuera de la medicina oficial. Las respuestas C10 (25; 2 %) eran religiosas de tipo ritualista basadas en citas bíblicas y la plegaria y la fe en Dios, en que se buscan de nuevo remedios fuera de la medicina oficial. Las respuestas C11 (2; 0 %) eran las del ultraindividualismo: ultrarreligiosas, ultrapsicologistas y ultrapatrióticas. Las respuestas C12 (7; 1 %) son las no clasificadas.

Otro de los resultados y análisis que hay que consignar aquí es el análisis temático de contenidos cualitativo, que se llevó a cabo para constituir uno de los 105 clasificadores, dando lugar a la escala o dimensión religiosa. Es importante describir la tipología obtenida, porque desempeña un papel importante en el análisis final.

Manifestaciones religiosas espontáneas o no articuladas (mensajes religiosos tipo I): se trata de todas aquellas señales de que la religión, Dios o análogos tienen un papel que puede ser más o menos central en la vida de la persona. Estas manifestaciones se caracterizan por su falta de fundamentación discursiva o razonada. Pueden adoptar formas muy diversas, pero suelen ser muy difusas: pueden ser un gusto por el arte o la imagería religiosa (típicas tallas de santos en procesión en Semana Santa), el uso más o menos frecuente de ciertas expresiones («Dios te bendiga», «Que la Virgen te acompañe», «Amén», etc.), u otras similares.

Discurso religioso ortodoxo (mensajes religiosos tipo II): se trata casi de arengas en sentido estricto, la mayoría de las veces tal y como aparecen en la Biblia u otros libros sagrados: «Tú eres mi Dios y por ti suspiro día y noche. Y cuando por primera vez te conocí tú me tomaste para hacerme ver que hay muchas cosas que entender y que yo no era todavía capaz de entenderlas», San Agustín (Conf. VII, 10.16). O también pueden ser una adaptación de este tipo

de discurso basado en estos contenidos, adoptando su forma y sentido para expresar cosas muy similares, pero no calcadas. Es decir, a menudo toman la forma de las tradicionales oraciones, adaptadas al contexto de internet, ruegos, bendiciones, etc., adoptando tanto la forma de este tipo de discursos como su sentido originario de peticiones dirigidas a Dios para que conceda lo que se le pide.

Propaganda religiosa por el hecho, o «predicar con el ejemplo» (mensajes religiosos tipo III): en este caso, el mensaje se caracteriza por la casi ausencia de mensaje, ya que lo sustituye la acción de «MC» (entre otros, pero esta persona ha sido la que más aparecía). Este chico encarna con su acción y su figura la ausencia de un estado del bienestar inexistente que no puede procurar por los más pobres: él ofrece comida o cualquier otra cosa que necesiten los que tienen la «suerte» de toparse con él cualquier día de la semana, ya que «trabaja» a diario en su acción caritativa inspirada en Dios.

Discurso religioso heterodoxo o antirretórica religiosa (mensajes religiosos tipo IV) que huye de la retórica religiosa tradicional (la moderniza a partir de otras retóricas) para transmitir contenidos similares. En un caso, esta retórica se ha basado en el discurso científico, pero puede haber otros ejemplos basados en otros tipos de retórica, como la de los tutoriales de internet. Son dos casos que han aparecido en los tuits analizados.

Discurso religioso espiritualista (mensajes religiosos tipo V): aquí desaparece casi por completo la forma típica del discurso religioso e incluso cuesta reconocer contenidos religiosos. Es un discurso religioso altamente sublimado y académicamente muy elaborado que se oculta como tal tras un aspecto de espiritualismo mundano y en el que destacan ciertos valores propios de la cultura católica.

En el análisis final, se puso de manifiesto que el espacio social construido se estructuraba en torno a cuatro factores que daban cuenta del 52 % de la inercia total corregida según la fórmula de Greenacre. Estos cuatro primeros factores son los que acumulan la mayor parte de la inercia; a partir del factor cuatro la inercia añadida por cada nuevo factor puede considerarse como una variación aleatoria: 1) el estado del bienestar y de derecho (29 % de la inercia total corregida); 2) la posición ocupada en el espacio social, eje derecha-izquierda social (14 % de la inercia total corregida), que sería, sin serlo propiamente, un equivalente a la clase social que divide las observaciones en dos clases bien diferenciadas: la derecha social y la izquierda social, sin que estas dos facciones se circunscriban exclusivamente ni se identifiquen exactamente con lo que podrían considerarse dos tipos de posicionamientos políticos, porque lo que describe este eje va más allá de la posición política para alcanzar un posicionamiento social y de condiciones de vida mucho más amplio; 3) el capital de vivir la enfermedad (7 % de la inercia total corregida), que es la propensión actual, futura, o imaginada (potencial) de uno mismo o de su círculo social

a vivir la enfermedad; es decir, tanto directamente como por delegación, y, por último, 4) las filosofías de la conciencia, eje individualismo-colectivismo (3 % de la inercia total corregida), que consisten en una serie de esquemas de pensamiento generalmente muy extendidos y que toman muy diversas formas (que cambian históricamente), pero que fundamentalmente suelen basarse en la matriz que opone individuo a sociedad (individualismo contra colectivismo, liberalismo contra socialismo, individualismo contra holismo, etc.). No se trata exclusivamente de un modo de pensamiento político como se podría creer, sino que lo impregna todo y su influjo puede advertirse hasta en los lugares más insospechados. En la ideología del enfermo como héroe su influencia es más que patente, como se verá (gráficos 1, 2, 3 y 4).

A continuación, se procedió a efectuar un AJC, que sirvió para poner en relación la tipología de respuestas con la posición ocupada por cada individuo en el espacio social a partir de estos cuatro ejes recién descritos. Se obtuvo la siguiente clasificación en 14 clases.

Clase 1 (C1) (109 elementos; 10 %), que puntúa relativamente alto tanto en las coordenadas +estados del bienestar y de derecho y derecha social como -capital de vivir la enfermedad e individualismo (gráficos 5, 6, 9 y 13). Las respuestas al tuit original de este grupo suelen ser algo menos de la clase 3 (respuestas C3, respuestas de ánimos, -7 puntos) de lo que lo es la distribución general, pero siguen siendo las más frecuentes para esta clase, y provienen algo menos de España (-6 puntos) de lo que lo hacen las de la distribución general. Estos resultados están totalmente de acuerdo con lo que preveía la hipótesis de investigación.

Clase 2 (C2) (52 elementos; 4,9 %), que puntúa muy alto en las coordenadas de izquierda social y colectivismo, y moderadamente en las coordenadas de -capital de vivir la enfermedad y -estados del bienestar y de derecho (gráficos 5, 6, 10 y 14). Sus respuestas se ajustan a estas puntuaciones y a las características descritas de este conjunto de personas, no se desvían nada de las de la distribución general, por lo que las respuestas más habituales son las respuestas de ánimos (respuestas C3). Tampoco se desvían de la distribución general respecto a las dimensiones de las escalas de religiosidad o trumpismo-antivacunas-teorías de la conspiración que podrían influir sobre las respuestas. En lo único que destaca esta clase es en su procedencia, en que se aprecia una importante sobrerrepresentación de los habitantes de Perú (x5).

Clase 3 (C3) (78 elementos; 7 %), que puntúa muy alto en la coordenada -capital de vivir la enfermedad (parece la clase más extrema de todas en esta faceta) y bastante alto en la de izquierda social, pero al mismo tiempo parece inclinarse más hacia el individualismo que hacia el colectivismo, y más bien hacia la coordenada -estados del bienestar y de derecho, en la que puntúa moderadamente, situándose casi en el centro del eje definido por los estados del bienestar y de derecho (gráficos 5, 6, 9 y 13). Esto podría estar relacionado con la ligera sobrerrepresentación de los mensajes religiosos de tipo I que se da para los integrantes de esta clase, lo que iría en la misma dirección de lo que apuntaba la hipótesis inicial. De acuerdo con todo lo señalado hasta ahora, las

respuestas de esta clase son algo menos del tipo «sociodicea» (respuestas C6, -6 puntos), y parecen haber estado algo más condicionadas por los mensajes religiosos de tipo I (+7 puntos), y bastante menos por el trumpismo (-14 puntos). También provienen bastante menos de España (-18 puntos).

Clase 4 (C4) (46 elementos; 4 %), que puntúa muy alto en la coordenada -estados del bienestar y de derecho (quizás es la que puntúa más alto), y moderadamente en las coordenadas derecha social (no es la que puntúa más alto, pero tampoco puntúa bajo) y -capital de vivir la enfermedad; en el eje individualismo-colectivismo parece situarse en una posición intermedia entre los dos extremos (gráficos 5, 6, 9 y 13). Muy coherentemente, las respuestas de estas personas son siempre de carácter religioso, tal y como preveía la hipótesis inicial. Las respuestas más sobrerrepresentadas son las de clase 4 (respuestas C4, $\times 4$), o respuesta religiosa desde la fe como forma de enfrentarse a la enfermedad; las de clase 5 (respuestas C5, $\times 2$), o respuesta religiosa a la desintegración social de los enfermos para proporcionarles optimismo, y las de clase 7 (respuestas C7, $\times 4$), o respuesta religiosa de bendición tipo «teodicea» que dota de sentido la vida de los creyentes mediante el ejemplo de fe del enfermo. En efecto, el análisis de las significaciones de las asociaciones locales entre variables en las casillas a partir de la prueba exacta de Fisher confirma que estos tres tipos de respuestas son los que más significativamente se asocian con esta clase (tabla 1: significación $< 0,0001$ para las respuestas C4; significación de 0,030 para las respuestas C5, y significación de 0,003 para las respuestas C7; todas significativas para $\alpha=0,05$). Como era de esperar también, estas respuestas suelen provenir de países como Chile ($\times 4$), pero, sobre todo, de Venezuela ($\times 5$), y, también como era previsible, la influencia de la dimensión religiosa sobre estas, tal y como acaba de verse, es muy destacable ($\times 2$).

Clase 5 (C5) (57 elementos; 5,3 %), que puntúa muy alto en la coordenada izquierda social, relativamente alto en -estados del bienestar y de derecho (aunque no sea la que puntúa más alto en esta vertiente), y moderadamente alto en las coordenadas -capital de vivir la enfermedad e individualismo, donde parece situarse en una posición intermedia, justo en medio de los dos extremos de estos dos ejes (gráficos 5, 6, 8 y 12). Las características recién descritas se avienen muy bien con la discreta sobrerrepresentación de las respuestas de clase 3, respuestas de ánimos, que se observan entre los integrantes de esta clase (respuestas C3, +9 puntos), y que también casan muy bien con la irrelevancia que toman las dimensiones religiosas en esta clase. También se aprecia una discreta infrarrepresentación de las respuestas de clase 6, las respuestas de tipo «sociodicea» (respuestas C6, -7 puntos). Las respuestas de esta clase tienen una mayor tendencia a provenir de Ecuador (+14 puntos) y de Perú (+13 puntos), y menos de España (-8 puntos) y de Venezuela (-18 puntos).

Clase 6 (C6) (68 elementos; 6 %), que puntúa bastante alto en las coordenadas -estados del bienestar y derecha social, quizás la que puntúa más alto en estos dos cuadrantes, y moderadamente en los ejes capital de vivir la enfermedad y filosofías de la conciencia, donde se ubica en una posición intermedia entre los extremos de estos dos ejes (gráficos 5, 6, 7 y 11). En esta clase se apre-

cia una cierta infrarrepresentación de las respuestas de las clases 1 o respuestas de profunda admiración (respuestas C1, -9 puntos), 3 o respuestas de ánimos (respuestas C3, -10 puntos), y 6 o respuestas «antianómicas» o «sociodiceas» (respuestas C6, -9 puntos). Por lo general, estas son las respuestas en las que las dimensiones religiosas no desempeñan ningún papel destacado. Pero, en cambio, se observa una sobrerrepresentación de las respuestas de las clases 4 o respuestas religiosas desde la fe (respuestas C4, +16 puntos; la sobrerrepresentación más destacada de todas y con una significación $<0,0001$: tabla 1), 5 o respuestas religiosas a la desintegración social de los enfermos (respuestas C5, +8 puntos; significación de 0,020: tabla 1), y 9 o respuestas religiosas de imposición dóxica (respuestas C9, +7 puntos; significación de 0,002: tabla 1). Las asociaciones señaladas entre esta clase y estos tres últimos tipos de respuesta son significativas para $\alpha=0,05$. Estas respuestas tienen una tendencia a provenir de Venezuela extraordinariamente mayor que en la distribución general (+60 puntos), y a ser mucho más influidas por las dimensiones de religiosidad.

Clase 7 (C7) (89 elementos; 8 %), que puntúa relativamente alto en la coordenada +estados del bienestar y de derecho, aunque no sea la que puntúa más alto en este aspecto. En el eje filosofías de la conciencia se sitúa más o menos entre ambos extremos sin ser ni individualista ni colectivista. Puntúa muy alto en las coordenadas izquierda social y -capital de vivir la enfermedad (gráficos 5, 6, 8 y 12). Estas puntuaciones, tal y como preveía la hipótesis inicial, son muy coherentes con el tipo de respuestas de esta clase, que se caracterizan por la sobrerrepresentación de las respuestas de la clase 3 o respuestas de ánimos (respuestas C3, +11 puntos; significación de 0,030, significativa para $\alpha=0,05$: tabla 1) y la infrarrepresentación de las respuestas de la clase 5, de cariz religioso (respuestas C5, -6 puntos). Proviene mayoritariamente de España (+11 puntos) y muy poco de Venezuela (-12 puntos), y la influencia de las dimensiones de religiosidad sobre ellas es inexistente.

Clase 8 (C8) (58 elementos; 5,4 %), que puntúa bastante alto en las coordenadas -estados del bienestar y de derecho e izquierda social, y tiende al individualismo y al -capital de vivir la enfermedad (gráficos 5, 6, 9 y 13). Las respuestas de esta clase se caracterizan por la infrarrepresentación de las respuestas de la clase 6 o respuestas «antianómicas» o «sociodiceas» (respuestas C6, -9 puntos) y la sobrerrepresentación de las respuestas de la clase 4 o respuestas religiosas desde la fe (respuestas C4, +9 puntos; significación de 0,020, significativa para $\alpha=0,05$: tabla 1, que también permite darse cuenta de que para esta clase también se marca una asociación significativa con otro tipo de respuestas religiosas, las de clase 10, de tipo ritualista). Estas respuestas suelen provenir de Ecuador (+7 puntos) y Venezuela (+10 puntos), y existe una falta de respuestas extremadamente destacada desde España (-29 puntos). La influencia de las dimensiones de religiosidad en estas se hace evidente. Estas puntuaciones confirman la hipótesis inicial.

Clase 9 (C9) (124 elementos; 12 %), la que puntúa más alto en las coordenadas +estados del bienestar y de derecho y derecha social. Puntúa moderadamente alto en capital de vivir la enfermedad, donde se sitúa más o menos

en medio del eje, entre los dos extremos, y también se ubica en una zona intermedia del eje de las filosofías de la conciencia, en una ubicación que no es ni individualista ni colectivista (gráficos 5, 6, 7 y 11). Las respuestas de esta clase tienen una mayor tendencia de lo habitual a ser o bien de la clase 1 o respuestas de profunda admiración basada en el ensalzamiento omnipresente de rasgos socialmente atribuidos al sexo masculino (respuestas C1, +12 puntos; significación $<0,0001$, significativa para $\alpha=0,05$: tabla 1) o bien de la clase 6 o respuestas «antianómicas» o «sociodíceas» (respuestas C6, +7 puntos; significación de 0,028, significativa para $\alpha=0,05$: tabla 1), y a provenir de España (+34 puntos) en vez de Venezuela (-17 puntos). La influencia de las dimensiones de religiosidad es inexistente. Las respuestas esperadas, nada influidas por las dimensiones religiosas y completamente ajenas a lo religioso, son del todo congruentes con lo que predecía la hipótesis inicial para los habitantes de estados del bienestar relativamente fuertes como España.

Clase 10 (C10) (132 elementos; 12 %), es la segunda que puntúa más alto en las coordenadas +estados del bienestar y de derecho y derecha social, donde puntúa muy ligeramente inclinada hacia la izquierda social. En el eje filosofías de la conciencia no es ni individualista ni colectivista, y en la dimensión capital de vivir la enfermedad se inclina hacia la coordenada +capital de vivir la enfermedad, pero muy ligeramente, de modo que se ubica en una zona intermedia de este factor (gráficos 5, 6, 8 y 12). Esta clase muestra una tendencia a las respuestas de la clase 3 o respuestas de ánimos (respuestas C3, +7 puntos) en contra de las de la clase 4 o respuestas religiosas desde la fe (respuestas C4, -6 puntos). Estas respuestas provienen de forma rotundamente mayoritaria de España (+36 puntos) en vez de Venezuela (-17 puntos), y se caracterizan por su inexistente influencia de las dimensiones religiosas. Una vez más, sus respuestas son totalmente congruentes con estas puntuaciones y con lo que apuntaba la hipótesis inicial.

Clase 11 (C11) (67 elementos; 6 %), que puntúa muy alto en la coordenada +estados del bienestar y de derecho y que parece situarse entre los polos derecha e izquierda social, muy inclinada hacia la izquierda social, y es la clase que puntúa más alto en la coordenada +capital de vivir la enfermedad. En cuanto al eje filosofías de la conciencia, se sitúa entre el individualismo y el colectivismo, pero ligeramente inclinada hacia el individualismo (gráficos 5, 6, 10 y 14). Las respuestas de esta clase provienen sobre todo de España (+34 puntos) en vez de Venezuela (-18 puntos). Se caracterizan especialmente por ser respuestas de la clase 8 o respuestas de solidaridad con el enfermo y la enfermedad de personas cercanas a enfermos de ELA u otras enfermedades (respuestas C8, significación de 0,031, significativa para $\alpha=0,05$: tabla 1), y por la inexistencia más absoluta de influencia de las dimensiones de religiosidad. De nuevo, sus respuestas están totalmente de acuerdo con estas puntuaciones y ratifican la validez de la hipótesis inicial. Es especialmente destacada para esta clase su tendencia al individualismo, que merece ser examinada con mayor detalle.

Clase 12 (C12) (75 elementos; 7 %), que puntúa moderadamente alto en la coordenada +estados del bienestar y de derecho, muy alto en la coordenada

izquierda social, y bastante alto también en las coordenadas -capital de vivir la enfermedad e individualismo (gráficos 5, 6, 7 y 11). Las respuestas de esta clase suelen ser más de la clase 6 o respuestas «antianómicas» o «sociodiceas» (respuestas C6, +12 puntos; significación de 0,003, significativa para $\alpha=0,05$: tabla 1) en vez de la clase 4 o respuestas religiosas desde la fe (respuestas C4, -7 puntos). Proviene de forma rotundamente mayoritaria de España (+25 puntos) en vez de Venezuela (-14 puntos). La influencia de las dimensiones de religiosidad sobre estas se evidencia como nula. Sus respuestas están totalmente de acuerdo con estas puntuaciones y, de nuevo, prueban la validez de la hipótesis inicial.

Clase 13 (C13) (40 elementos; 3,8 %), que puntúa moderadamente alto en la coordenada +estados del bienestar y de derecho: a pesar de no ser la que puntúa más alto, tampoco se inclina, ni mucho menos, hacia el polo -estados del bienestar y derecho. También puntúa muy alto en la coordenada izquierda social. En cuanto al eje capital de vivir la enfermedad, cabe decir que esta es una clase muy dispersa en el espacio social, y que abarca una muy amplia gama de posiciones, con un número considerable de individuos concentrados en el polo -capital de vivir la enfermedad, pero con otro conjunto de personas menos numeroso y mucho más disperso que tiende hacia el polo +capital de vivir la enfermedad. Pero en todos los casos parecen situarse entre el individualismo y el colectivismo sin ser ni lo uno ni lo otro (gráficos 5, 6, 7 y 11). Las respuestas de esta clase siguen la misma distribución que la muestra general, con un predominio de las de la clase 1 o respuestas de profunda admiración, las de la clase 2 o respuestas de profundo agradecimiento, las de la clase 3 o respuestas de ánimos, o las de la clase 6 o respuestas «antianómicas» o «sociodiceas», que reúnen, las cuatro juntas, el 86 % del total de respuestas. Suelen provenir de Chile ($\times 3$), de México ($\approx \times 2$), y, sobre todo, de España (85 %), y en eso tampoco difieren en absoluto de la distribución general. La influencia de las dimensiones de religiosidad sobre estas respuestas vuelve a ser nula. Como ha podido observarse, las respuestas de estas personas, muy alejadas de las respuestas de carácter religioso, son, de nuevo, plenamente coherentes con estas puntuaciones de clase dentro del espacio social construido a partir de las cuatro dimensiones consideradas.

Clase 14 (C14) (73 elementos; 7 %), es la que puntúa más alto, con mucha diferencia, en la coordenada -estados del bienestar y de derecho y también puntúa muy alto en la coordenada derecha social. Tiende hacia la coordenada +capital de vivir la enfermedad, donde puntúa también relativamente alto, y en relación con las filosofías de la conciencia, se sitúa en una posición intermedia entre los dos extremos del eje sin ser ni individualista ni colectivista (gráficos 5, 6, 8 y 12). Esta clase destaca por la sobrerrepresentación de las respuestas de la clase 7 o respuestas religiosas de tipo «teodicea» (respuestas C7, +10 puntos; significación de 0,01, significativa para $\alpha=0,05$: tabla 1) y la infrarrepresentación de las de las clases 1 o respuestas de profunda admiración (respuestas C1, -7 puntos) y 6 o respuestas «antianómicas» o «sociodiceas» (respuestas C6, -9 puntos). Proviene mayoritariamente de Venezuela (+49 puntos) y algunas

Tabla 1. Medidas de asociación locales, significaciones por celda con la prueba exacta de Fisher —marcadas en rojo si son significativas para $\alpha=0,05$ — entre la clase (C#) y el tipo de respuestas

Tipo de respuestas	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11	C12	C13	C14	Totales	
RespuestC1	F	13	5	7	0	8	1	7	3	27	14	8	9	3	2	107
%		11,93%	9,62%	8,97%	0,00%	14,04%	1,47%	7,87%	5,17%	21,77%	10,61%	11,94%	12,00%	7,50%	2,74%	10,02%
Significación (Fisher)		0,500	1,000	1,000	0,011 (a)	0,264	0,011 (b)	0,582	0,264	<0,0001	0,758	0,532	0,549	0,790	0,026 (b)	
RespuestC2	F	8	7	8	0	4	8	13	5	13	18	7	11	6	7	115
%		7,34%	13,46%	10,26%	0,00%	7,02%	11,76%	14,61%	8,62%	10,48%	13,64%	10,45%	14,67%	15,00%	9,59%	10,77%
Significación (Fisher)		0,257	0,492	1,000	0,007 (a)	0,508	0,690	0,214	0,827	1,000	0,292	1,000	0,248	0,430	0,847	
RespuestC3	F	34	23	30	10	27	19	44	19	49	59	22	25	20	29	410
%		31,19%	44,23%	38,46%	21,74%	47,37%	27,94%	49,44%	32,76%	39,52%	44,70%	32,84%	33,33%	50,00%	39,73%	38,39%
Significación (Fisher)		0,119	0,383	1,000	0,019 (b)	0,163	0,072	0,030	0,407	0,844	0,126	0,366	0,390	0,137	0,804	
RespuestC4	F	8	2	8	13	2	16	7	10	4	3	3	1	1	7	85
%		7,34%	3,85%	10,26%	28,26%	3,51%	23,53%	7,87%	17,24%	3,23%	2,27%	4,48%	1,33%	2,50%	9,59%	7,96%
Significación (Fisher)		1,000	0,426	0,389	<0,0001	0,311	<0,0001	1,000	0,020	0,034 (b)	0,006 (b)	0,356	0,024 (b)	0,363	0,508	
RespuestC5	F	6	2	6	7	4	10	1	5	1	10	8	5	1	6	72
%		5,50%	3,85%	7,69%	15,22%	7,02%	14,71%	1,12%	8,62%	0,81%	7,58%	11,94%	6,67%	2,50%	8,22%	6,74%
Significación (Fisher)		0,691	0,573	0,642	0,030	0,790	0,020	0,025 (b)	0,585	0,002 (b)	0,710	0,123	1,000	0,514	0,626	
RespuestC6	F	18	8	5	5	3	2	7	2	23	22	10	18	5	2	130
%		16,51%	15,38%	6,41%	10,87%	5,26%	2,94%	7,87%	3,45%	18,55%	16,67%	14,93%	24,00%	12,50%	2,74%	12,17%
Significación (Fisher)		0,163	0,511	0,147	1,000	0,141	0,012 (b)	0,237	0,037 (b)	0,028	0,116	0,443	0,003	1,000	0,008 (b)	
RespuestC7	F	9	2	6	7	4	1	1	4	0	0	0	2	2	10	48
%		8,26%	3,85%	7,69%	15,22%	7,02%	1,47%	1,12%	6,90%	0,00%	0,00%	0,00%	2,67%	5,00%	13,70%	4,49%
Significación (Fisher)		0,053	1,000	0,155	0,003	0,318	0,359	0,174	0,325	0,004 (a)	0,003 (a)	0,068	0,573	0,700	0,001	
RespuestC8	F	2	3	1	1	1	3	4	2	6	4	6	2	2	2	39
%		1,83%	5,77%	1,28%	2,17%	1,75%	4,41%	4,49%	3,45%	4,84%	3,03%	8,96%	2,67%	5,00%	2,74%	3,65%
Significación (Fisher)		0,420	0,432	0,355	1,000	0,718	0,733	0,559	1,000	0,443	1,000	0,031	1,000	0,654	1,000	
RespuestC9	F	6	0	2	2	2	7	3	3	0	1	0	1	0	4	31
%		5,50%	0,00%	2,56%	4,35%	3,51%	10,29%	3,37%	5,17%	0,00%	0,76%	0,00%	1,33%	0,00%	5,48%	2,90%
Significación (Fisher)		0,121	0,396	1,000	0,390	0,679	0,002	0,739	0,234	0,041 (a)	0,164	0,254	0,719	0,626	0,156	
RespuestC10	F	3	0	3	1	1	1	2	4	0	1	2	1	0	4	23
%		2,75%	0,00%	3,85%	2,17%	1,75%	1,47%	2,25%	6,90%	0,00%	0,76%	2,99%	1,33%	0,00%	5,48%	2,15%
Significación (Fisher)		0,723	0,623	0,233	1,000	1,000	1,000	1,000	0,032	0,098	0,345	0,651	1,000	1,000	0,066	
RespuestC11	F	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2
%		0,92%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,81%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,19%
Significación (Fisher)		0,194	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	0,219	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	
RespuestC12	F	1	0	2	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	6
%		0,92%	0,00%	2,56%	0,00%	1,75%	0,00%	0,00%	1,72%	0,00%	0,00%	1,49%	0,00%	0,00%	0,00%	0,56%
Significación (Fisher)		0,477	1,000	0,065	1,000	0,281	1,000	1,000	0,285	1,000	1,000	0,323	1,000	1,000	1,000	
Totales		109	52	78	46	57	68	89	58	124	132	67	75	40	73	1.068 (100%)

a) Por muy significativa que sea la asociación establecida en esta celda, no puede ser destacada porque en esta celda hay 0 casos.

b) No parece muy aconsejable destacar esta asociación como significativa, porque la proporción correspondiente al número de casos es inferior a la proporción media. Este estadístico parece estar reflejando una infrarrepresentación más bien.

Fuente: elaboración propia.

de Chile (+6 puntos) en vez de España (-57 puntos). La influencia de las dimensiones de religiosidad es abrumadoramente alta. Como se ha podido comprobar, el tipo de respuestas más destacadas, de carácter religioso, se ajustan perfectamente a estas puntuaciones, otorgando, de nuevo, carta de validez a la hipótesis inicial.

4. Discusión

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto que la hipótesis inicial está definitivamente validada a efectos de esta investigación en concreto y dentro del contexto de la base de datos analizada: en contextos sociales con estados del bienestar y de derecho relativamente fuertes, los discursos o las ideologías del enfermo como héroe son las dominantes, mientras que en contextos sociales con estados del bienestar y de derecho más débiles o inexistentes, los agentes se encomiendan a Dios para que les ayude a proteger su salud o a curarse, puesto que el lugar de unos estados providencia de salud inexistentes lo toma simbólicamente, en su lugar, la religión más o menos institucionalizada. Este hallazgo parece ir en la misma dirección de lo que apuntan otros investigadores, que han mostrado que este tipo de discursos suelen aparecer en el caso de contextos sociales similares o de enfermos originarios de estos entornos sociales (Colmenares-Roa *et al.*, 2022; Coreil *et al.*, 2012; Flores-Flores *et al.*, 2020; Imchen, 2021).

Por otra parte, los resultados obtenidos revelan otro aspecto. Muchos de los trabajos reseñados en el primer apartado se centraban en enfermos de cáncer, una enfermedad legitimada (Bock, 2013; Coll-Planas y Visa, 2016; Coreil *et al.*, 2012; Ho *et al.*, 2013; Imchen, 2021; Jones *et al.*, 2018; Laranjeira, 2013; Pitts, 2004; Segal, 2007; Staneva *et al.*, 2018). También la gran mayoría de enfermedades más mencionadas por los usuarios de Twitter analizados en esta investigación eran enfermedades legitimadas (Alzheimer, cardiopatías, COVID-19, diabetes, discapacidades varias, ELA, esclerosis múltiple, insuficiencia renal, las enfermedades mentales que durante la pandemia han ganado mayor legitimidad, las enfermedades raras o el TEA). De entre todas ellas, el cáncer alcanzaba un estatus especial: en el ACM que se realizó, el valor test asociado a esta categoría era el único entre todos los de todas las enfermedades mencionadas que era significativo para $\alpha=0,05$. Tanto este dato más sistemático como el hecho de que las habituales narrativas de la enfermedad giren en torno a los enfermos de cáncer quizás nos están diciendo que el origen de estas narrativas para unos e ideologías para otros hay que ir a buscarlo en esta enfermedad. De hecho, otras investigaciones en curso del autor permiten ya conocer provisionalmente que, de entre una lista de 234 enfermedades en contextos occidentales, el cáncer es la que tiene mayor visibilidad de todas en el campo científico, en el metacampo mediático y en el espacio social en el período 2008-2021.

Como es bien sabido, a lo largo de la segunda mitad del siglo XX y especialmente durante este siglo XXI, en los países occidentales ha ido teniendo lugar la progresiva extensión de los tratamientos efectivos contra el cáncer (Allemani *et al.*, 2018) propiciada por una mayor inversión pública que ha

supuesto una mayor esperanza de vida para quienes padecían esta enfermedad (European Cancer Congress, 2013; Philipson *et al.*, 2012), de modo que se ha ido obteniendo una tasa de supervivencia agregada para todos los enfermos superior al 55 % (en 2020 en España era del 55,3 % para los hombres y del 61,7 % para las mujeres) (Sociedad Española de Oncología Médica, 2020:28). Como era de esperar, la paulatina inversión en investigación contra el cáncer y la consiguiente generalización de tratamientos eficaces durante los últimos cincuenta años (National Cancer Institute, 2022) se ha ido reflejando simbólicamente a nivel discursivo de forma que lo que fue en un momento concreto un discurso en torno al cáncer basado en la ocultación y la negación social de la enfermedad y de todos los efectos de capital simbólico negativo que provocaba, fundamentalmente porque la mayoría de enfermos de cáncer morían, ahora se ha convertido en un discurso triunfal en el que el protagonista es el paciente de cáncer que se cura y es visto como un héroe. Al parecer, este discurso, que en modo alguno puede hacerse extensivo a otras enfermedades porque muchas no tienen cura y la mayoría no gozan de unos fondos de investigación equiparables a los que se destinan al cáncer (EE.UU. destinó en 2021 7.362 millones de dólares a investigar el cáncer) (National Institutes of Health, 2022) ni han llegado a tratamientos efectivos, se ha impuesto simbólicamente a la hora de hablar de cualquier otra enfermedad. Así que el discurso sobre el cáncer se ha convertido en el modelo en el que se han reflejado todas las demás enfermedades y enfermos a la hora de producir una ideología sobre ellas y las pertinentes imágenes sociales de los enfermos. Pero esto es una discusión que debería abrirse, porque con los datos que proporciona este estudio esto no puede afirmarse ni descartarse categóricamente.

Pero de lo que sí facilita indicios relativamente sólidos esta investigación es del hecho que habría muchas presiones sobre los enfermos de cara a asumir socialmente como ciertos estos discursos, sea cual fuere la enfermedad que sufrieran. Y por lo visto esta violencia simbólica (Gimeno Torrent, 2022) actuaría en un sentido muy determinado. Una de las clases obtenidas a partir de los ACM y AJC del espacio social es la clase 11. Esta es la clase que más puntúa en la coordenada +capital de vivir la enfermedad. Es la clase integrada por personas más extraordinariamente cercanas a enfermos (+30 puntos), con mayor sobrerrepresentación de enfermos y enfermedades raras (+6 puntos respectivamente), y especialmente de la ELA (+27 puntos), y con muchísimas menos personas que no aluden a ninguna enfermedad (-44 puntos). Esta es, pues, la clase que cuenta con más personas enfermas y familiares de enfermos entre sus filas, abrumadoramente provenientes de España (+34 puntos). El caso es que entre los miembros de esta clase se aprecian muchos indicadores que señalan la interiorización de unos esquemas de percepción, apreciación, valoración y acción estrechamente emparentados con lo que aquí se ha dado en llamar filosofías de la conciencia: la importante presencia de mensajes moralizantes, preceptos éticos, lecciones de cómo vivir, dar ejemplo (+17 puntos), de mensajes centrados en el individuo, los contenidos motivadores y de superación personal, la psicología positiva (+12 puntos), y una presencia extrema de lo que

se llama ideología de la excelencia, el don y el mérito como señales del valor de la persona y el culto a la personalidad (+25 puntos). Todo ello son indicios más que manifiestos de toda esta serie de ideologías y actitudes individualistas que se imponen socialmente a los enfermos como si fueran el remedio a sus enfermedades y que constituyen lo que en este artículo se ha llamado la imposición del discurso heroico. Estos resultados parecen ir en la misma dirección de lo que apuntan otros investigadores para contextos sociales similares (Vassilev *et al.*, 2017). Pero, por otra parte, también son indicios directos de la atomización, la desintegración social y la desatención institucionalizada más absolutas en la que viven tanto los enfermos como sus familiares, abandonados a su suerte por parte de unos estados «del bienestar», que consideran a muchos enfermos como personas totalmente prescindibles y muchas enfermedades como absolutamente indignas de la más mínima atención de los responsables estatales: no es casualidad que las respuestas más asociadas a esta clase sean las respuestas de solidaridad con el enfermo y la enfermedad de personas cercanas a enfermos de ELA u otras enfermedades (respuestas C8, significación de 0,031, significativa para $\alpha=0,05$: tabla 1). Y que debido a su omisión de acción frente a los peor posicionados en la estructura social suponen el surgimiento, en casos como el de esta clase 11, de fenómenos que son una completa perversión de lo que deberían ser unos auténticos estados del bienestar y de derecho: discursos totalmente fantasmagóricos e ideologías como la del enfermo como héroe de un individualismo tan exacerbado como el que acaba de mencionarse, que se les imponen, y que no son más que la constatación, a partir de un ajuste entre las posibilidades objetivas y las esperanzas subjetivas (Bourdieu, 1999b:286-289), de la renuncia de unos responsables políticos estatales a la misión que sus ciudadanos les encomendaron y que dejan en manos de unos enfermos sin ninguna esperanza ni recurso: la de velar por su salud. Discursos e ideologías que no son más que el reverso del encomendarse a Dios que hemos visto en esta investigación para los ciudadanos de estados del bienestar más débiles, pero, en esta ocasión, en nuestras sociedades occidentales que se piensan tan avanzadas y que, ciertamente, no procuran tanto por el bienestar de los peor posicionados socialmente como ellas se creen y quieren hacernos creer.

Financiación

Esta investigación forma parte del proyecto «El circuito de la violencia simbólica en el Síndrome de Fatiga Crónica (SFC)/Encefalomiélitis Miálgica (EM): Elaboración de una escala de violencia simbólica», que no ha recibido ni recibe ningún tipo de financiación, ni pública, ni privada, ni colectiva (*crowdfunding*) en ninguna de sus etapas para ninguna de sus operaciones. El autor tampoco recibe ningún tipo de financiación o remuneración.

Declaración de conflicto de intereses

Ningún conflicto de intereses en absoluto.

Agradecimientos

Esta investigación se ha llevado a cabo dentro del marco del programa de doctorado en sociología del Departamento de Sociología de la Universitat Autònoma de Barcelona. Quisiera agradecer muy sinceramente a Marc Gómez Gil su colaboración completamente desinteresada e inestimable en la elaboración del programa en Java que sirvió de base para extraer las respuestas de las personas que respondieron al tuit original y sin la que esta investigación hubiera sido imposible. **En esta investigación no se han empleado en ninguna etapa para ningún proceso procedimientos de inteligencia artificial (IA).**

Referencias bibliográficas

- ABREU, Liliana; NUNES, João Arriscado; TAYLOR, Peter y SILVA, Susana (2018). «Distributed health literacy among people living with type 2 diabetes in Portugal: Defining levels of awareness and support.» *Health and Social Care in the Community*, 26 (1), 90-101. <https://doi.org/10.1111/hsc.12465>
- ALLEMANI, Claudia; MATSUDA, Tomohiro; DI CARLO, Veronica; HAREWOOD, Rhea; MATZ, Melissa; NIKŠIĆ, Maja; BONAVENTURE, Audrey; VALKOV, Mikhail; JOHNSON, Christopher J.; ESTÈVE, Jacques; OGUNBIYI, Olufemi J.; AZEVEDO E SILVA, Gulnar; CHEN, Wan-Qing; ESER, Sultan; ENGHOLM, Gerda; STILLER, Charles A.; MONNEREAU, Alain; WOODS, Ryan R.; VISSER, Otto; LIM, Gek Hsiang; AITKEN, Joanne; WEIR, Hannah K.; COLEMAN, Michel P. y CONCORD Working Group (2018). «Global surveillance of trends in cancer survival 2000-14 (CONCORD-3): Analysis of individual records for 37.513.025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries». *Lancet*, 391, 10125, 1023-1075. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)33326-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)33326-3)
- BÉJAR MERINO, HELENA (2011). «Cultura psicoterapéutica y autoayuda: El código psicológico-positivo». *Papers: Revista de sociologia*, 96 (2), 341-360. <https://doi.org/10.5565/rev/papers/v96n2.63>
- BENZÉCRI, Jean-Paul (1992). *Correspondence Analysis Handbook*. Nueva York: Marcel Dekker.
- BOCK, S. (2013). «Staying Positive: Women's illness narratives and the stigmatized vernacular.» *Health, Culture and Society*, 5 (1), 150-166. <https://doi.org/10.5195/hcs.2013.125>
- BOURDIEU, Pierre (1984). «Un "livre à brûler"?» En: *Homo academicus*. París: Les Éditions de Minuit, pp. 11-52.
- (1999a). «Efectos de lugar». En: *La miseria del mundo*. Madrid: Akal, pp. 119-124.
- (1999b). *Meditaciones pascalianas*. Barcelona: Anagrama.
- (2000a). *Cosas dichas*. Barcelona: Gedisa.
- (2000b). *La distinción: Criterio y bases sociales del gusto* (2ª ed.). Madrid: Taurus.
- (2001a). *El campo político*. La Paz: Plural editores.
- (2001b). *Langage et pouvoir symbolique*. París: Fayard/Seuil.
- (2003). «Culto a la unidad y diferencias cultivadas». En: *Un arte medio: ensayo sobre los usos sociales de la fotografía*. Barcelona: Gustavo Gil, pp. 50-133.
- (2014). *Sobre el Estado: Cursos en el Collège de France (1989-1992)*. Barcelona: Anagrama.

- (2015). *Sociologie générale, volume I: Cours au Collège de France (1981-1983)*. París: Raisons d'agir/Seuil.
- (2017). *Anthropologie économique: Cours au Collège de France (1992-1993)*. París: Raisons d'agir/Seuil.
- (2022). *Microcosmes : Théorie des champs*. París: Raisons d'agir.
- BOURDIEU, Pierre y CHARTIER, Roger (2011). *El sociólogo y el historiador*. Madrid: Abada Editores.
- COLL-PLANAS, Gerard y VISA, Mariona (2016). «The wounded blogger: Analysis of narratives by women with breast cancer». *Sociology of Health and Illness*, 38, 884-898.
<https://doi.org/10.1111/1467-9566.12405>
- COLMENARES-ROA, Tirsá; GASTELUM-STROZZI, Alfonso; CROSLY, Erica; FUENTES-SILVA, Yurilis; REATEGUI-SOKOLOVA, Cristina; ELERA-FITZCARRALD, Claudia; IBÁÑEZ, Soledad; CAIROLI, Erenesto; PONS-ESTEL, Bernardo A.; DRENKARD, Cristina y PELÁEZ-BALLESTAS, Ingris (2022). «Digital Narratives of Living With Lupus: Lived Experiences and Meanings for Latin American and Latino Patients and Their Families». *Arthritis Care and Research*.
<https://doi.org/10.1002/acr.24870>
- COREIL, Jeannine; CORVIN, Jaime A.; NUPP, Rebecca; DYER, Karen y NOBLE, Charlotte (2012). «Ethnicity and cultural models of recovery from breast cancer». *Ethnicity and Health*, 17 (3), 291-307.
<https://doi.org/10.1080/13557858.2011.616188>
- DESROSIÈRES, Alain (2008a). «Bourdieu et les statisticiens: Une rencontre improbable et ses deux héritages». En: *Pour une sociologie historique de la quantification: L'Argument statistique I*. París: Presses des Mines, pp. 291-299.
<https://books.openedition.org/pressesmines/924>
- (2008b). «Classer et mesurer: Les deux faces de l'argument statistique». En: *Pour une sociologie historique de la quantification: L'Argument statistique I*. París: Presses des Mines, pp. 119-141, <https://books.openedition.org/pressesmines/915>
- ELIAS, Norbert (2000). *La sociedad de los individuos*. Barcelona: Península.
- EUROPEAN CANCER CONGRESS (2013). «Survival after cancer diagnosis in Europe is strongly associated with how much governments spend on health care». Disponible en <https://www.esmo.org/meetings/past-meetings/european-cancer-congress-2013/News/ECC-2013-Press-Release-Survival-After-Cancer-Diagnosis-in-Europe-is-Strongly-Associated-with-How-Much-Governments-Spend-on-Health-Care> [consulta: 24-2-2023].
- EZZY, Douglas (2000). «Illness narratives: Time, hope and HIV». *Social Science and Medicine*, 50 (5), 605-617.
[https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(99\)00306-8](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(99)00306-8)
- FELS, Deborah I. y ASTELL, Arlene J. (2011). «Storytelling as a model of conversation for people with dementia and caregivers». *American journal of Alzheimer's disease and other dementias*, 26 (7), 535-541.
<https://doi.org/10.1177/1533317511429324>
- FLORES-FLORES, Óscar; ZEVALLOS-MORALES, Alejandro; CARRIÓN, Ivonne; PAWER, Dalia; REY, Lorena; CHECKLEY, W.; HURST, J. R.; SIDDHARTHAN, T.; PARODI, Jose F.; GALLO, Joseph J. y POLLARD, Suzanne L. (2020). «“We can't carry the weight of the whole world”: illness experiences among Peruvian older adults with symptoms of depression and anxiety». *International Journal of Mental Health Systems*, 14, 49.
<https://doi.org/10.1186/s13033-020-00381-8>

- FUND FOR PEACE (2022). «Fragile States Index». Disponible en <https://fragilestatesindex.org/indicators/> [consulta: 24-2-2023].
- GIMENO TORRENT, Xavier (2022). «The circuit of symbolic violence in chronic fatigue syndrome (CFS)/myalgic encephalomyelitis (ME) (I): A preliminary study». *Health care for women international*, 43 (1-3), 5-41.
<https://doi.org/10.1080/07399332.2021.1925900>
- GOOD, Byron J.; DEL VECCHIO GOOD, Mary-Jo; TOGAN, Isenbike; ILBARS, Zafer; GÜVENER, A. y GELİŞEN, Ilker (1994). «In the subjunctive mode: epilepsy narratives in Turkey». *Social Science and Medicine*, 38 (6), 835-842.
[https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90155-4](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90155-4)
- GREENACRE, Michael J. (2008). *La práctica del análisis de correspondencias*. Bilbao: Fundación BBVA.
- HARROP, Chris; ELLETT, Lyn; BRAND, Rachel y LOBBAN, Fiona (2015). «Friends interventions in psychosis: a narrative review and call to action». *Early intervention in psychiatry*, 9 (4), 269-278.
<https://doi.org/10.1111/eip.12172>
- HERNÁNDEZ ARANGO, Miguel Ángel y RÁEZ, Vladimir (dir.) (2019). *Siempre fuerte: La historia de Pablo Ráez* (documental). Madrid: Quinta Planta y RTVE.
- HJELLBREKKE, Johannes (2019). *Multiple Correspondence Analysis for the Social Sciences*. Abingdon: Routledge.
- HO, Andy H. Y.; LEUNG, Pamela P. Y.; TSE, Doris M. W.; PANG, Samantha M. C.; CHOCHINOV, Harvey M.; NEIMEYER, Robert A. y CHAN, Cecilia L. W. (2013). «Dignity amidst liminality: healing within suffering among Chinese terminal cancer patients». *Death Studies*, 37 (10), 953-970.
<https://doi.org/10.1080/07481187.2012.703078>
- IMCHEN, Talienla (2021). «Beyond cancer: a reflection on the narratives of nasopharyngeal carcinoma patients in Nagaland». *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 29, 10, 5839-5846.
<https://doi.org/10.1007/s00520-021-06155-3>
- JONES, Eric C.; STORKSDIECK, Martin y RANGEL, Maria L. (2018). «How Social Networks May Influence Cancer Patients' Situated Identity and Illness-Related Behaviors». *Frontiers in public health*, 6, 240.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00240>
- KIERANS, Ciara (2005). «Narrating kidney disease: the significance of sensation and time in the employment of patient experience». *Culture, medicine and psychiatry*, 29 (3), 341-359.
<https://doi.org/10.1007/s11013-005-9171-8>
- KOO, Kevin (2012). «Carers' representations of affective mental disorders in British Chinese communities». *Sociology of Health and Illness*, 34 (8), 1140-1155.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2012.01461.x>
- LARANJEIRA, Carlos (2013). «The role of narrative and metaphor in the cancer life story: a theoretical analysis». *Medicine, health care, and philosophy*, 16 (3), 469-481.
<https://doi.org/10.1007/s11019-012-9435-3>
- LEIVA GALIANO, Paula (2019, 14 de octubre). «Evitábamos hablar de cáncer delante de mi madre hasta que nos dijo "quiero que lo llames por su nombre"». *El Periódico de Catalunya*. <https://www.elperiodico.com/es/entre-todos/participacion/evitamos-hablar-de-cancer-delante-de-mi-madre-hasta-que-nos-dijo-quiero-que-lo-llameis-por-su-nombre-194740>

- LÓPEZ-ROLDÁN, Pedro y FACHELLI, Sandra (2015). *Metodología de la Investigación Social Cuantitativa*. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona.
- LORENTE FONTANEDA, Javier (2017). La ideología política de los jóvenes en Europa: cambios generacionales y pautas de voto [tesis doctoral, Universidad Autónoma de Madrid], Biblos-e Archivo Repositorio Institucional UAM. <https://repositorio.uam.es/handle/10486/678476>
- LUMIVERO (2023). *XLSTAT statistical and data analysis solution* [software de análisis estadístico]. Nueva York: Lumivero.
- MALCOLM, Dominic; ORME, Mark W.; MORGAN, Mike D. y SHERAR, Lauren B. (2017). «Chronic obstructive pulmonary disease (COPD), illness narratives and Elias's sociology of knowledge». *Social Science and Medicine*, 192, 58-65. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.09.022>
- MERTON, Robert K.; FISKE, Marjorie y KENDALL, Patricia L. (1990). *The Focused Interview: A Manual of Problems and Procedures* (2ª ed.). Nueva York: Free Press.
- NATIONAL CANCER INSTITUTE (abril de 2022). «Cancer Trends Progress Report: 5-year relative survival for all cancer sites combined by sex, 1975-2013». Disponible en <https://progressreport.cancer.gov/after/survival> [consulta: 24-2-2023].
- NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH (16 de mayo de 2022). «Estimates of Funding for Various Research, Condition, and Disease Categories (RCDC)». Disponible en <https://report.nih.gov/funding/categorical-spending#> [consulta: 22-11-2023].
- NETTLETON, Sarah; WATT, Ian; O'MALLEY, Lisa y DUFFEY, Philip (2005). «Understanding the narratives of people who live with medically unexplained illness». *Patient education and counseling*, 56 (2), 205-210. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2004.02.010>
- ONISHI, Bradley (2021, 19 de enero). «Trump's New Civil Religion». *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/2021/01/19/opinion/trump-lost-cause.html>
- PEEK, Jane (2017). «“There was no great ceremony”: patient narratives and the diagnostic encounter in the context of Parkinson's». *Medical Humanities*, 43 (1), 35-40. <https://doi.org/10.1136/medhum-2016-011054>
- PHILIPSON, Tomas; EBER, Michael; LAKDAWALLA, Darius N.; CORRAL, Mitra; CONTI, Rena y GOLDMAN, Dana P. (2012). «An analysis of whether higher health care spending in the United States versus Europe is 'worth it' in the case of cancer». *Health affairs (Project Hope)*, 31 (4), 667-675. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.1298>
- PITTS, Victoria (2004). «Illness and internet empowerment: Writing and reading breast cancer in cyberspace». *Health: Interdisciplinary Journal of Health, Illness and Medicine*, 8 (1), 33-59. <https://doi.org/10.1177/1363459304038794>
- RIESSMAN, Catherine K. (2002). Illness Narratives: Positioned Identities [lección inaugural]. Health Communication Research Centre, Cardiff University. Disponible en https://www.researchgate.net/profile/Catherine-Riessman-2/publication/241501264_Illness_Narratives_Positioned_Identities/links/54fa2bf10cf23e66f03116eb/Illness-Narratives-Positioned-Identities.pdf [consulta: 24-2-2023].
- RUIZ OLABUÉNAGA, José Ignacio (1999). «Análisis de contenido». En: *Metodología de la investigación cualitativa* (2ª ed.). Bilbao: Universidad de Deusto, pp. 191-210.
- SALZMANN-ÉRIKSON, Martin y HIÇDURMAZ, Duygu (2017). «Use of Social Media Among Individuals Who Suffer From Post-Traumatic Stress: A Qualitative Analysis of Narratives». *Qualitative Health Research*, 27 (2), 285-294. <https://doi.org/10.1177/1049732315627364>

- SCHREIER, Margrit (2012). *Qualitative Content Analysis in Practice*. Thousand Oaks: Sage.
- SCHWARTZ, Rose Rossi (2010). «Ripples from a stone skipping across the lake: a narrative approach to the meaning of Huntington's disease». *The Journal of neuroscience nursing: journal of the American Association of Neuroscience Nurses*, 42 (3), 157-168.
- SEGAL, Judy Z. (2007). «Breast cancer narratives as public rhetoric: Genre itself and the maintenance of ignorance». *Linguistics and the Human Sciences*, 3 (1), 3-23. <https://doi.org/10.1558/lhs.v3i1.3>
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ONCOLOGÍA MÉDICA (2020). «Las cifras del cáncer en España». Disponible en https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Cifras_del_cancer_2020.pdf [consulta: 24-2-2023].
- STANEVA, Aleksandra A.; GIBSON, Alexandra F.; WEBB, Penelope M. y BEESLEY, Vanessa L. (2018). «The Imperative for a Triumph-Over-Tragedy Story in Women's Accounts of Undergoing Chemotherapy for Ovarian Cancer». *Qualitative Health Research*, 28 (11), 1759-1768. <https://doi.org/10.1177/1049732318778261>
- STERN, Sergio; DOOLAN, Moira; STAPLES, Emma; SZMUKLER, George L. y EISLER, Ivan (1999). «Disruption and reconstruction: narrative insights into the experience of family members caring for a relative diagnosed with serious mental illness». *Family Process*, 38 (3), 353-369. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1999.00353.x>
- STERNA, A. y MOSKALEWICZ, M. (2022). «“As If There Are Two of Us”: The Battle of Borderline Personality Disorder Diagnosis in Lived Time». *Psychopathology*, 1-12, avance de publicación en línea. <https://doi.org/10.1159/000527028>
- STORER, Norman W. (1967). «The Hard Sciences and the Soft: Some Sociological Observations». *Bulletin of the Medical Library Association*, 55 (1), 75-84. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC198502>
- TRAMULLAS, Gemma (2019, 26 de diciembre). «Padre e hija, juntos contra la esclerosis múltiple». *El Periódico de Catalunya*. <https://www.elperiodico.com/es/sociedad/20191226/padre-e-hija-juntos-contra-la-esclerosis-multiple-7711806>
- VASSILEV, Ivaylo; ROGERS, Anne; TODOROVA, Elka; KENNEDY, Anne y ROUKOVA, Poli (2017). «The articulation of neoliberalism: narratives of experience of chronic illness management in Bulgaria and the UK». *Sociology of Health and Illness*, 39 (3), 349-364. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12488>

Gráfico 1. Ejes F1 (Estados del bienestar y de derecho) y F2 (Posición en el espacio social, eje Derecha-Izquierda social): 42,19%

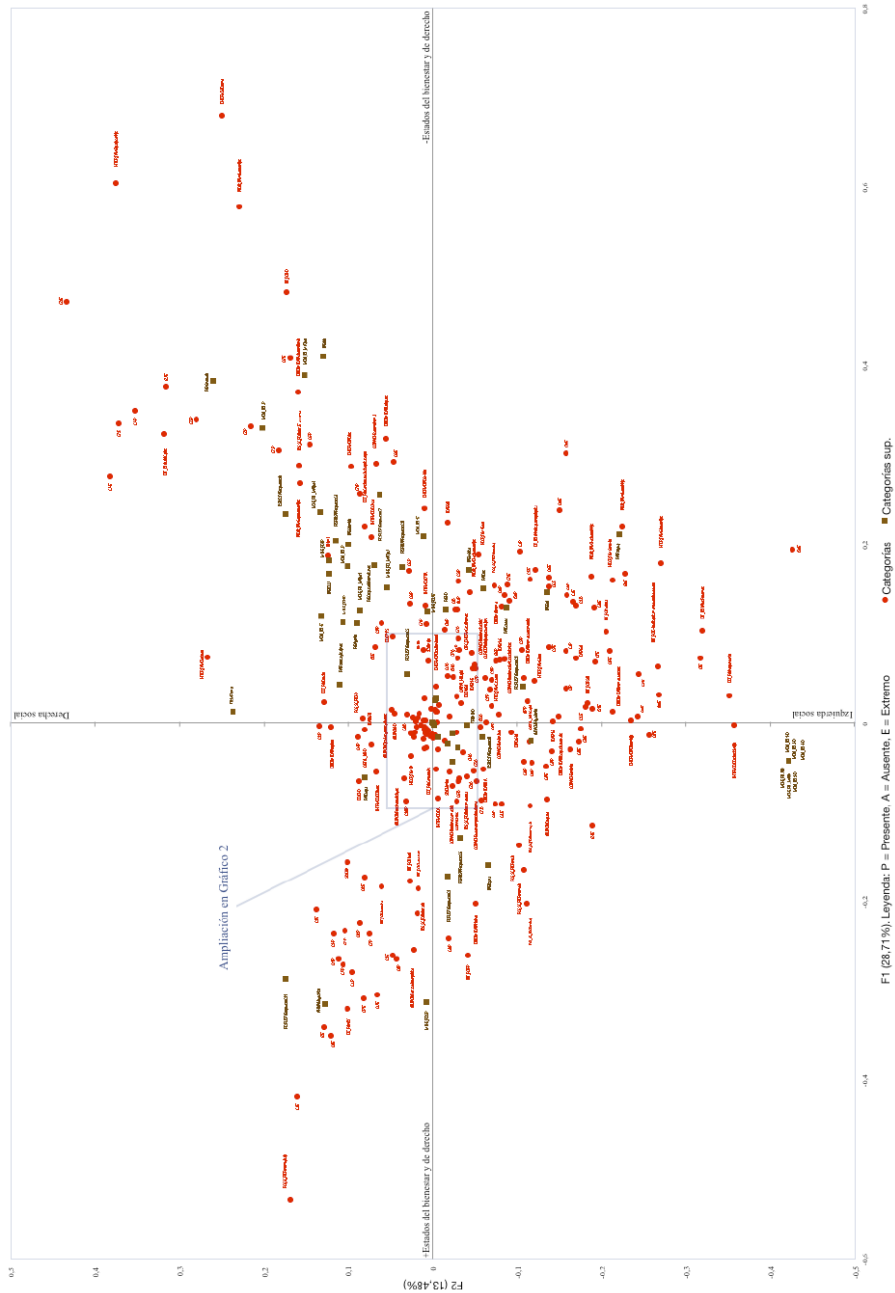


Gráfico 2. Ejes F1 (Estados del bienestar y de derecho) y F2 (Posición en el espacio social, eje Derecha-Izquierda social): 42,19%

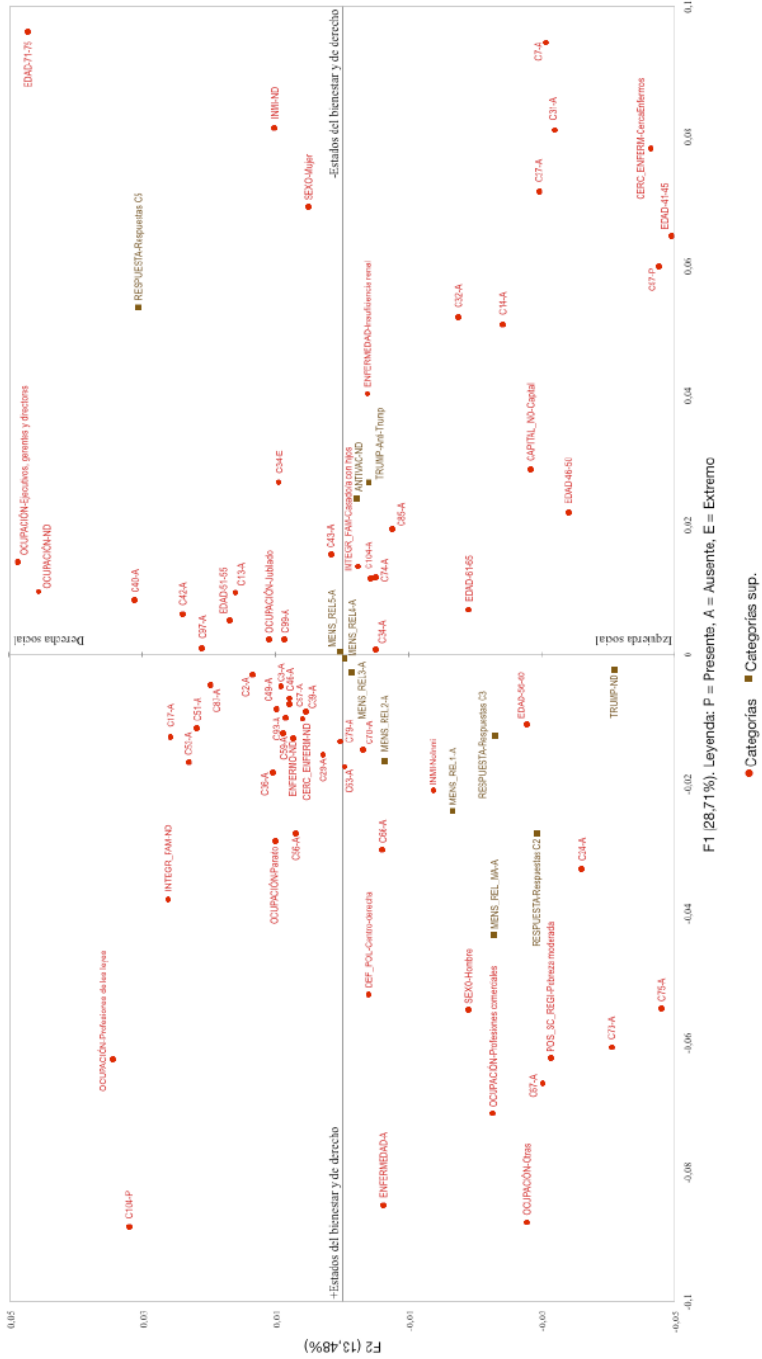


Gráfico 3. Ejes F3 (Capital de vivir la enfermedad) y F4 (Filosofías de la conciencia, eje Individualismo-Colectivismo): 9,46%

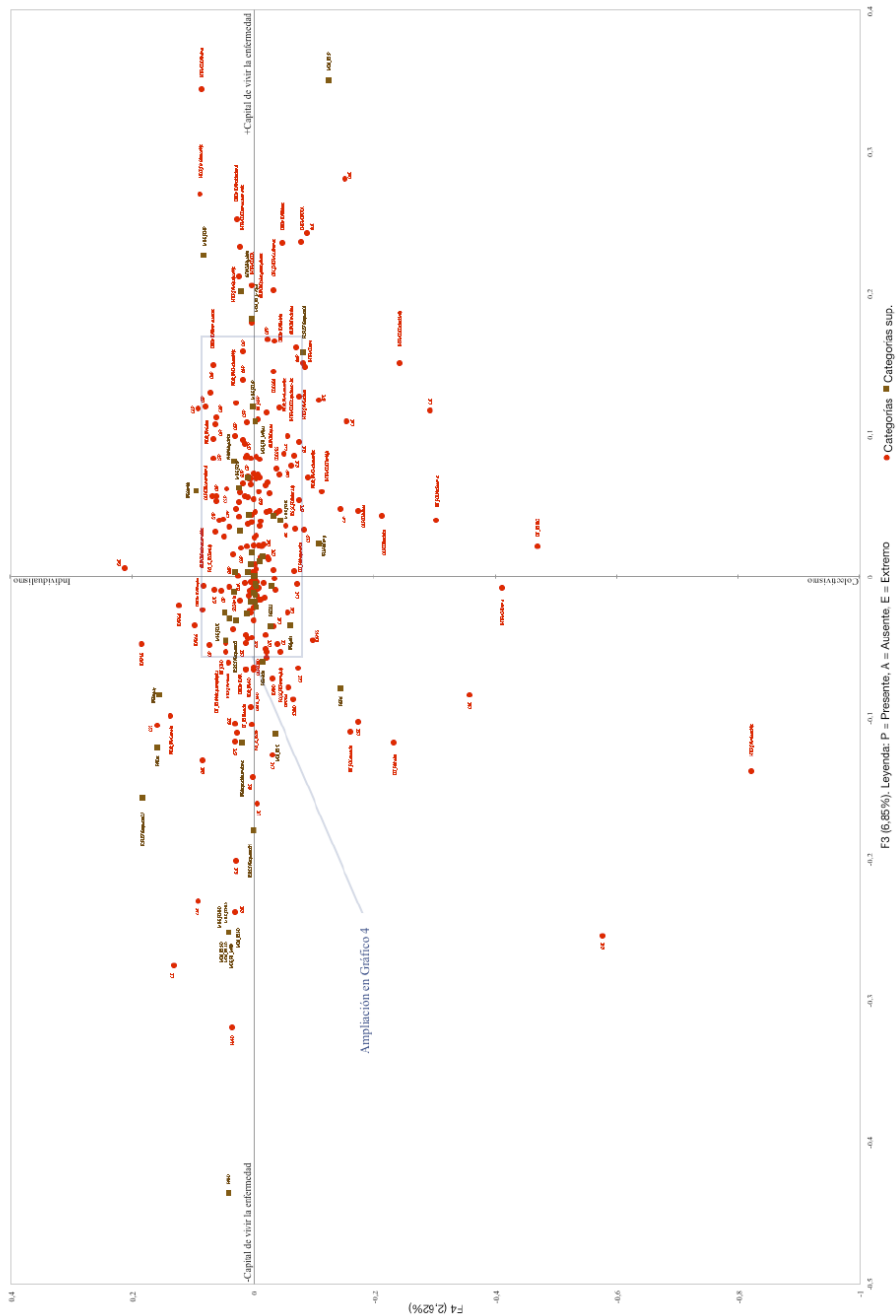


Gráfico 4. Ejes F3 (Capital de vivir la enfermedad) y F4 (Filosofías de la conciencia, eje Individualismo-Colectivismo): 9,46%

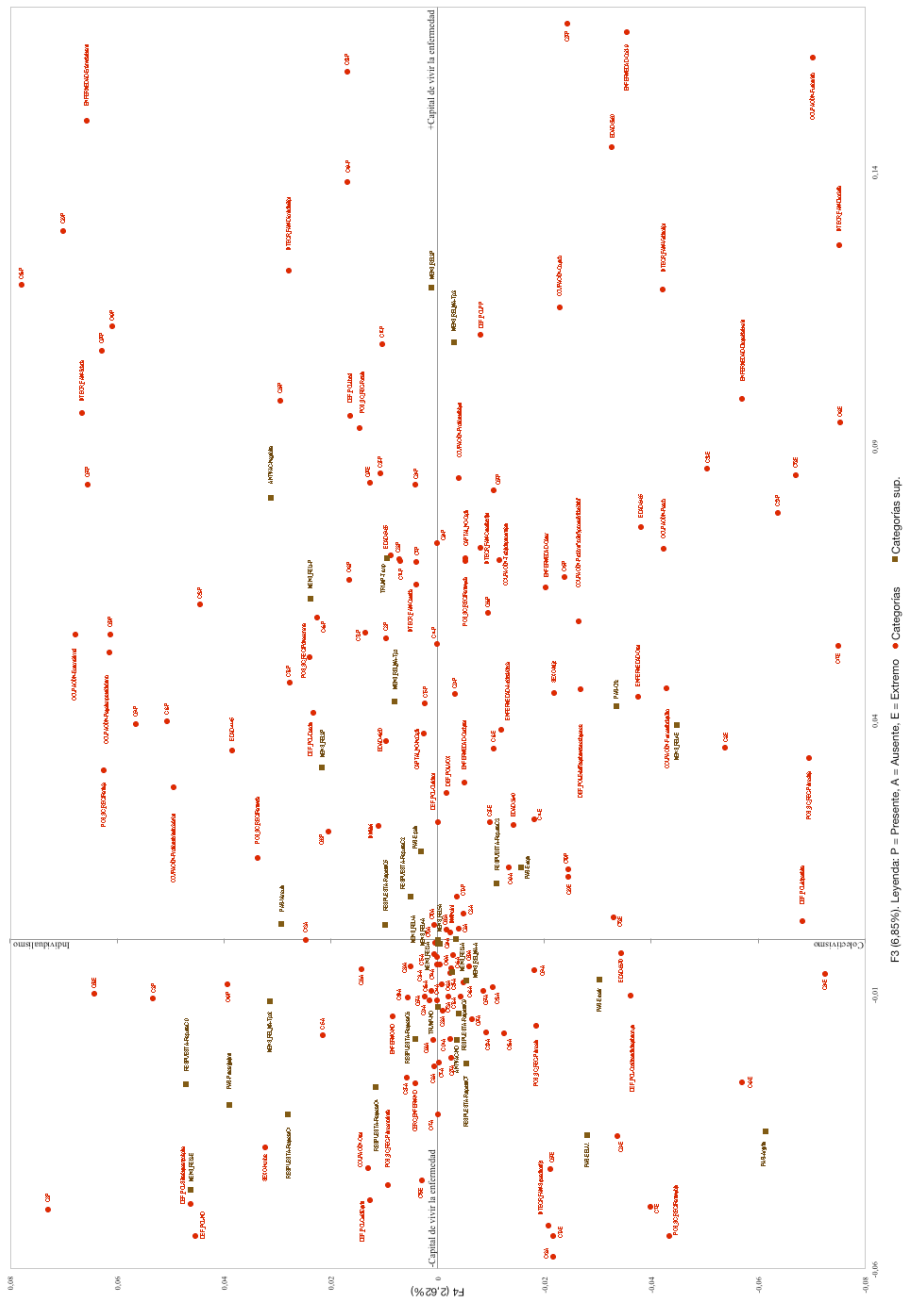


Gráfico 5. Observaciones por clase (ejes F1 y F2: 42,19%)

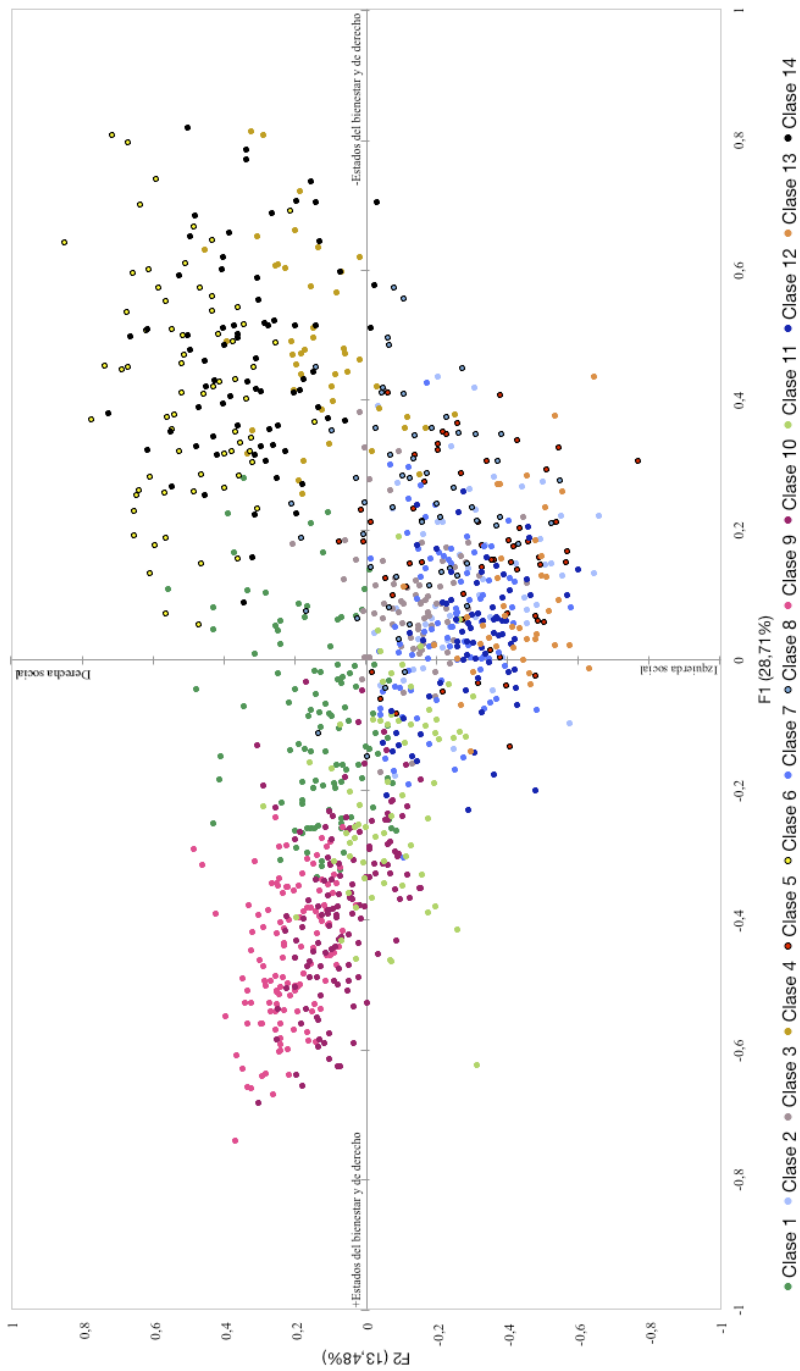


Gráfico 6. Observaciones por clase (ejes F3 y F4: 9,46%)

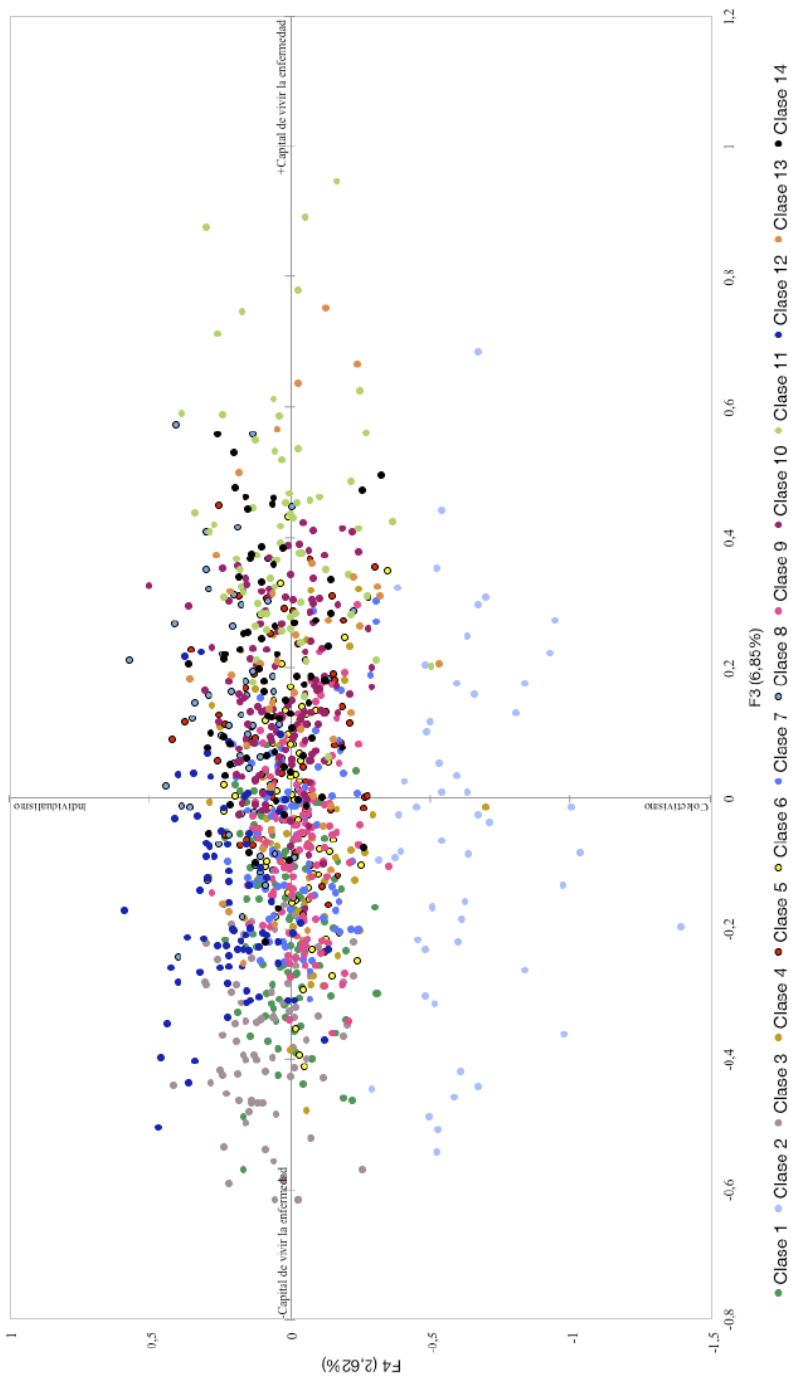


Gráfico 7. Observaciones por clase 6, 9, 12 y 13 (ejes F1 y F2: 42,19%)

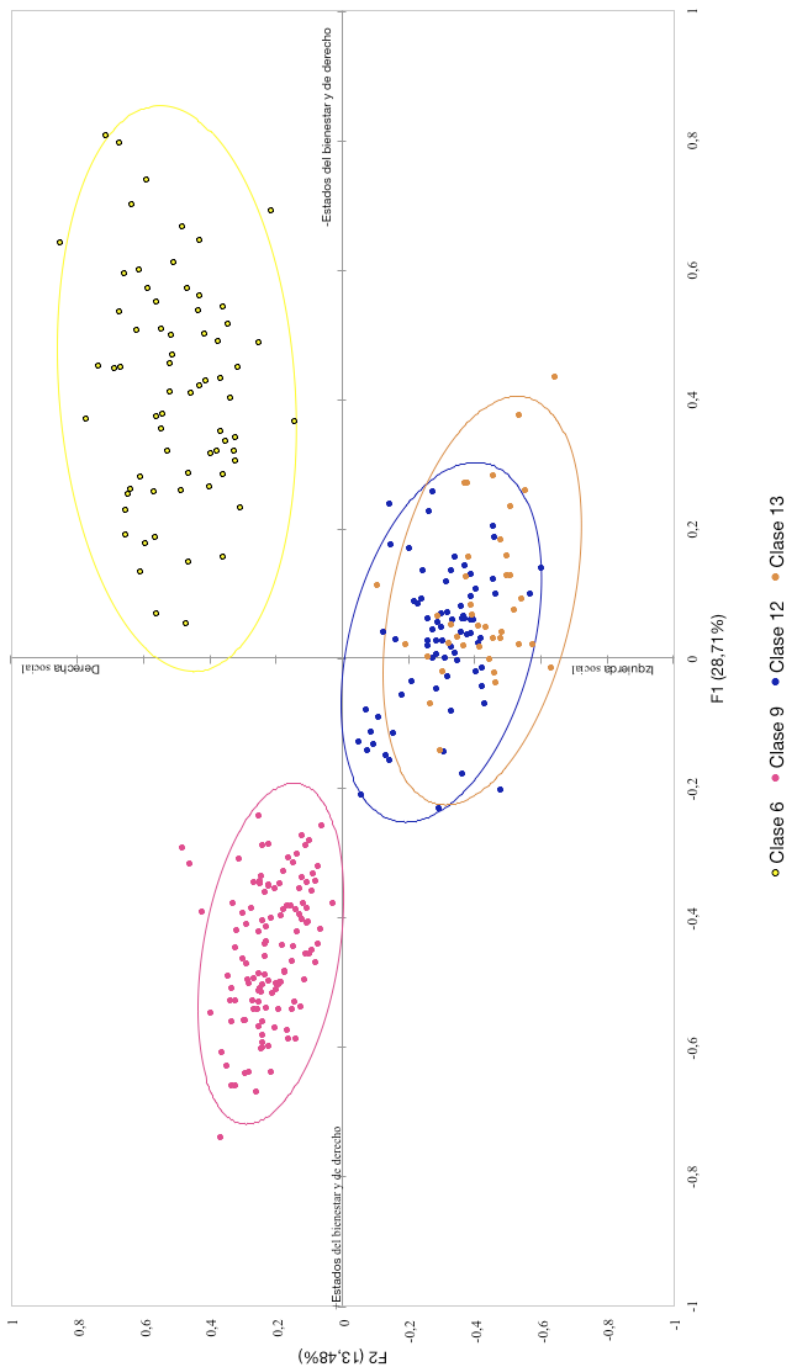


Gráfico 8. Observaciones por clase 5, 7, 10 y 14 (ejes F1 y F2: 42,19%).

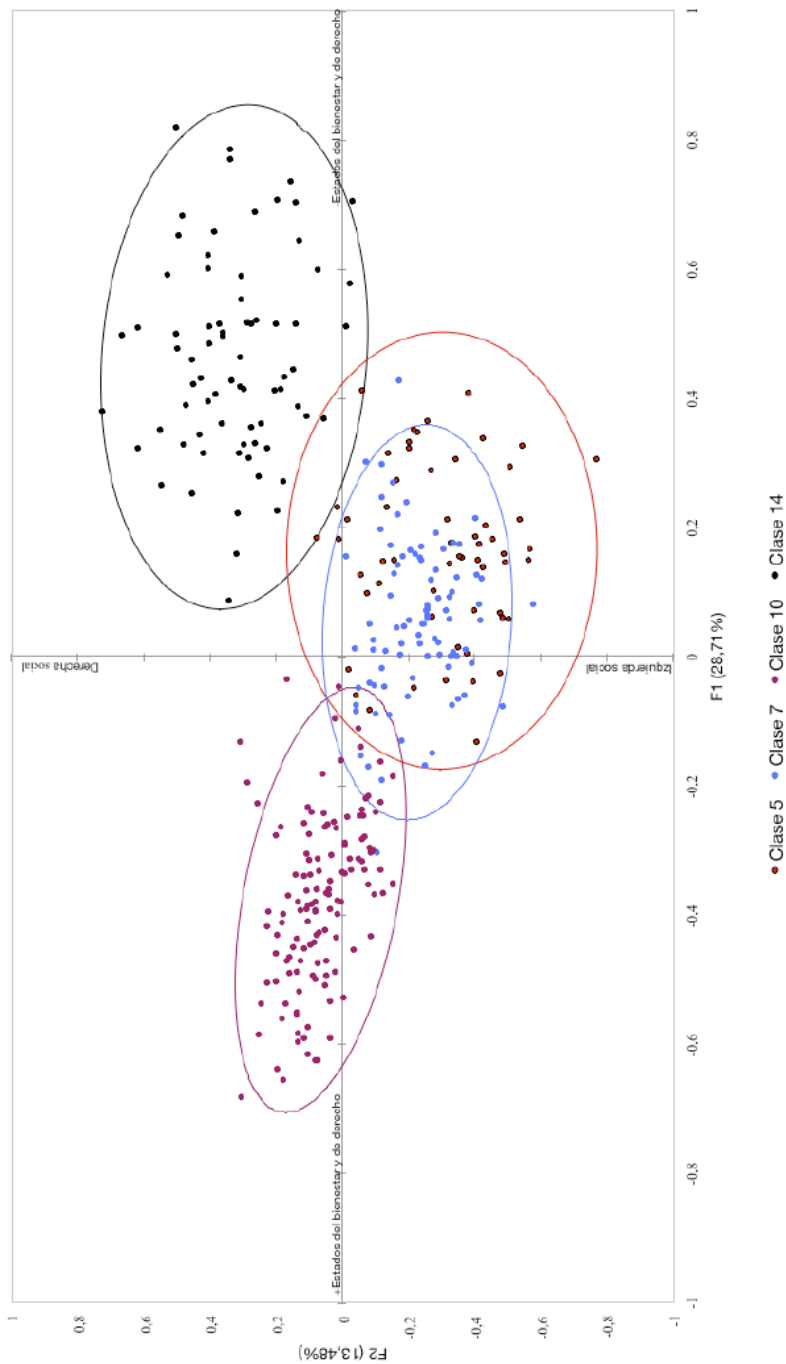


Gráfico 9. Observaciones por clase 1, 3, 4 y 8 (ejes F1 y F2: 42,19%)

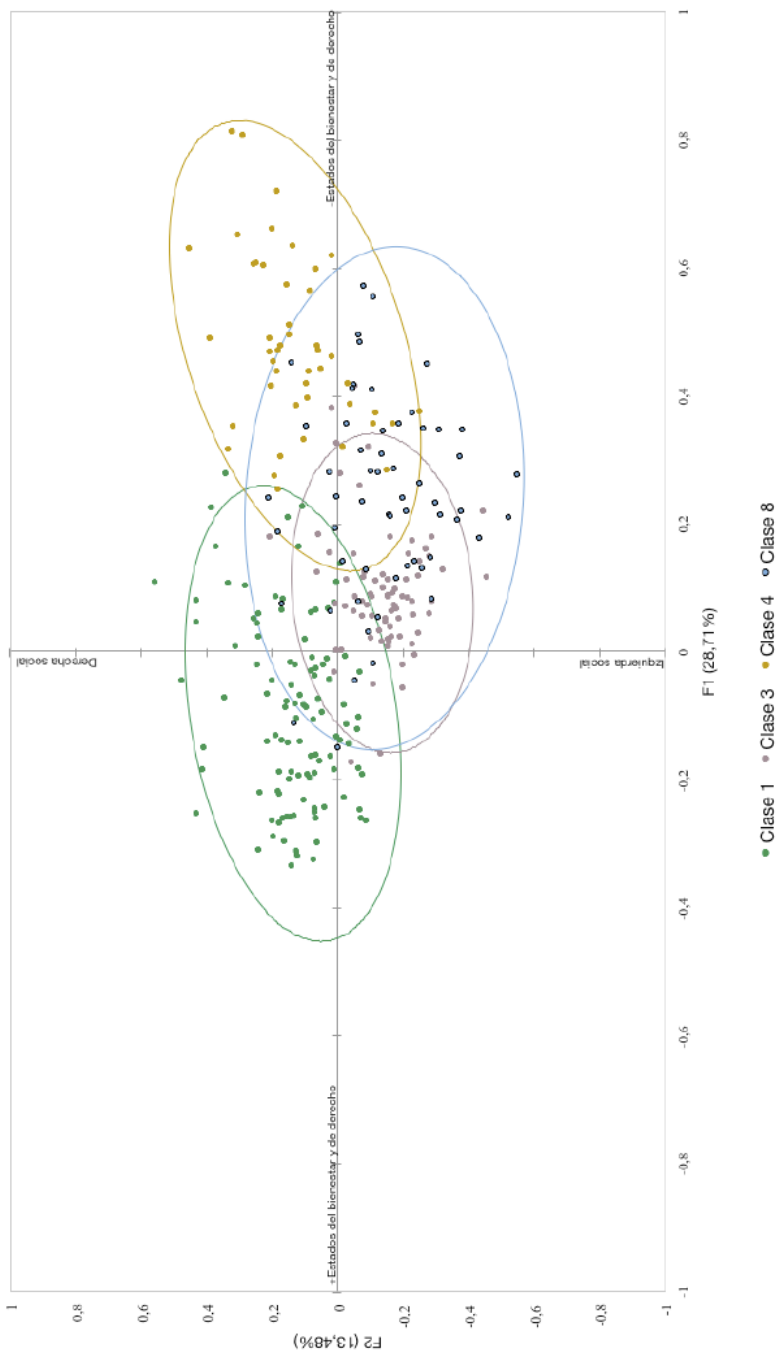


Gráfico 10. Observaciones por clase 2 y 11 (ejes F1 y F2: 42, 19%)

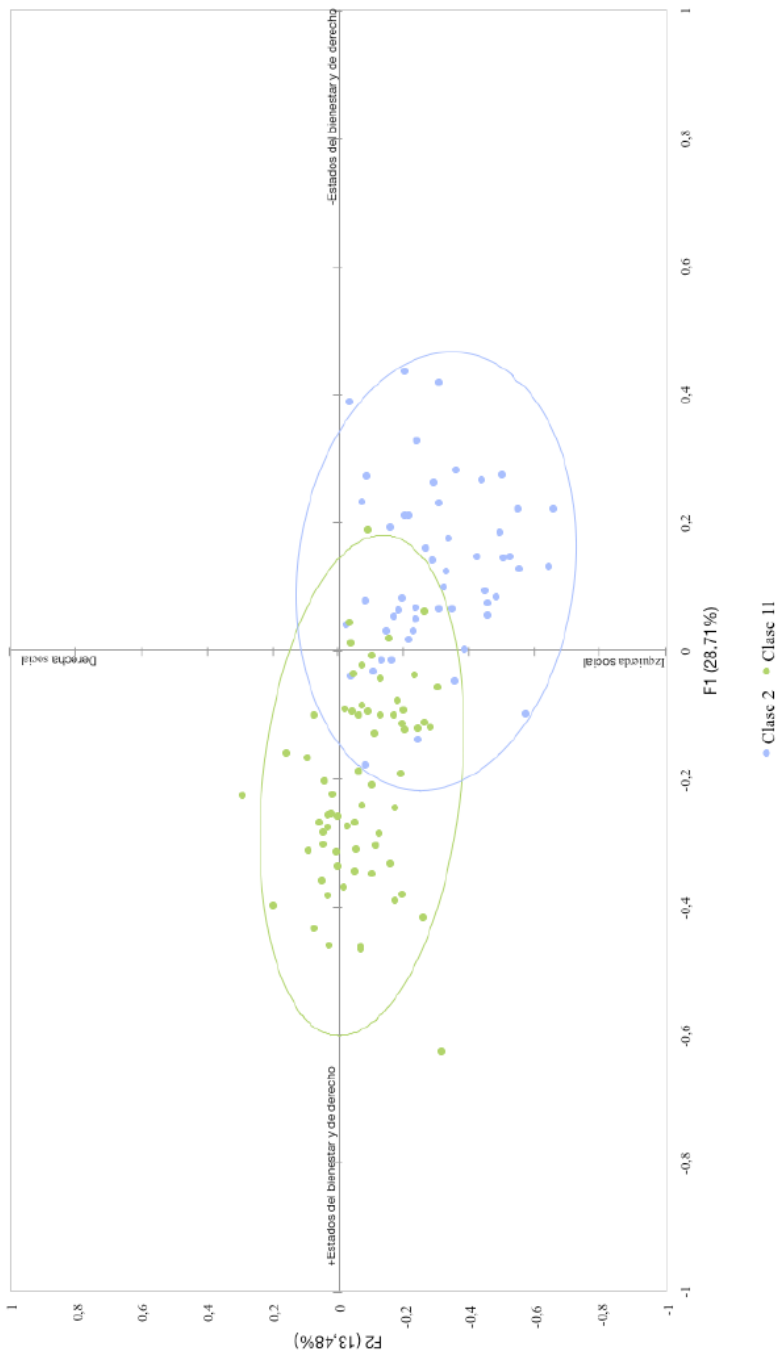


Gráfico 11. Observaciones por clase por clase 6, 9, 12 y 13 (ejes F3 y F4: 9,46%)

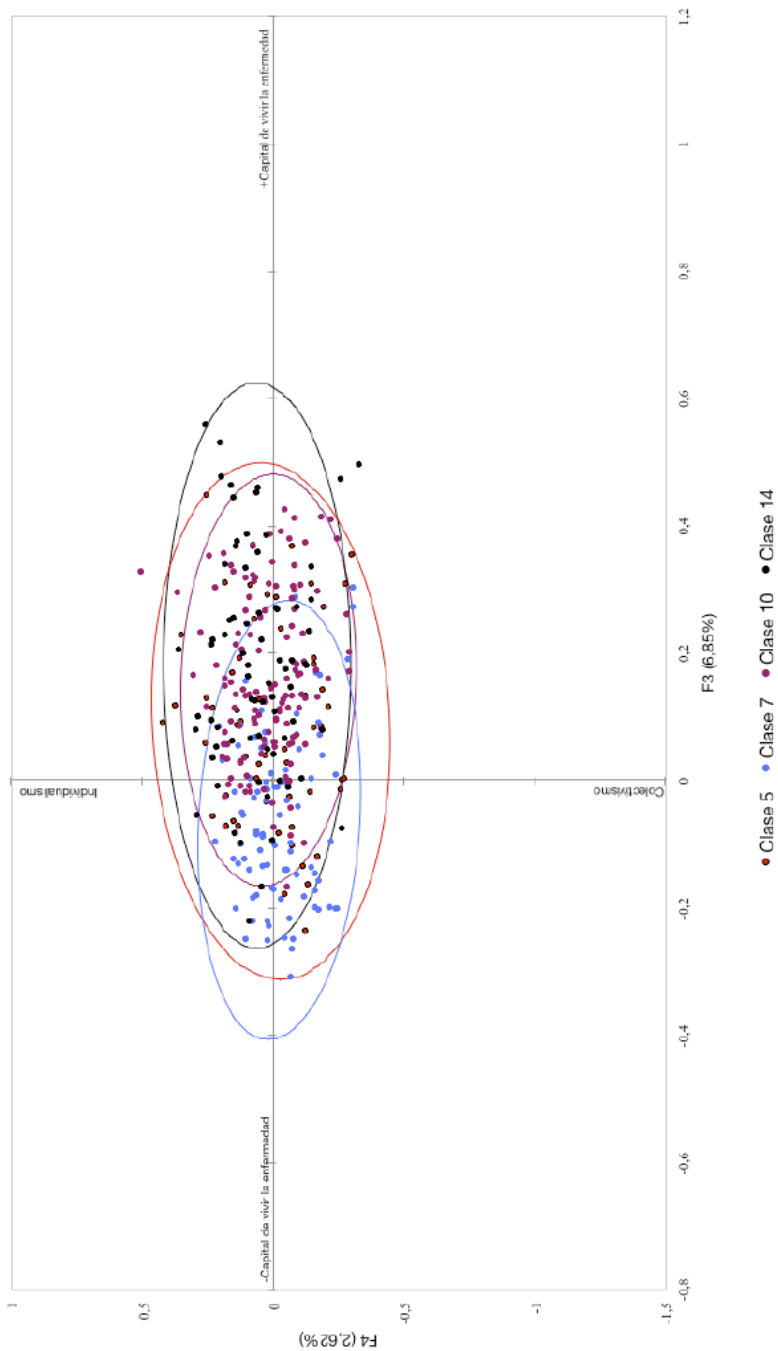


Gráfico 12. Observaciones por clase 5, 7, 10 y 14 (ejes F3 y F4: 9,46%)

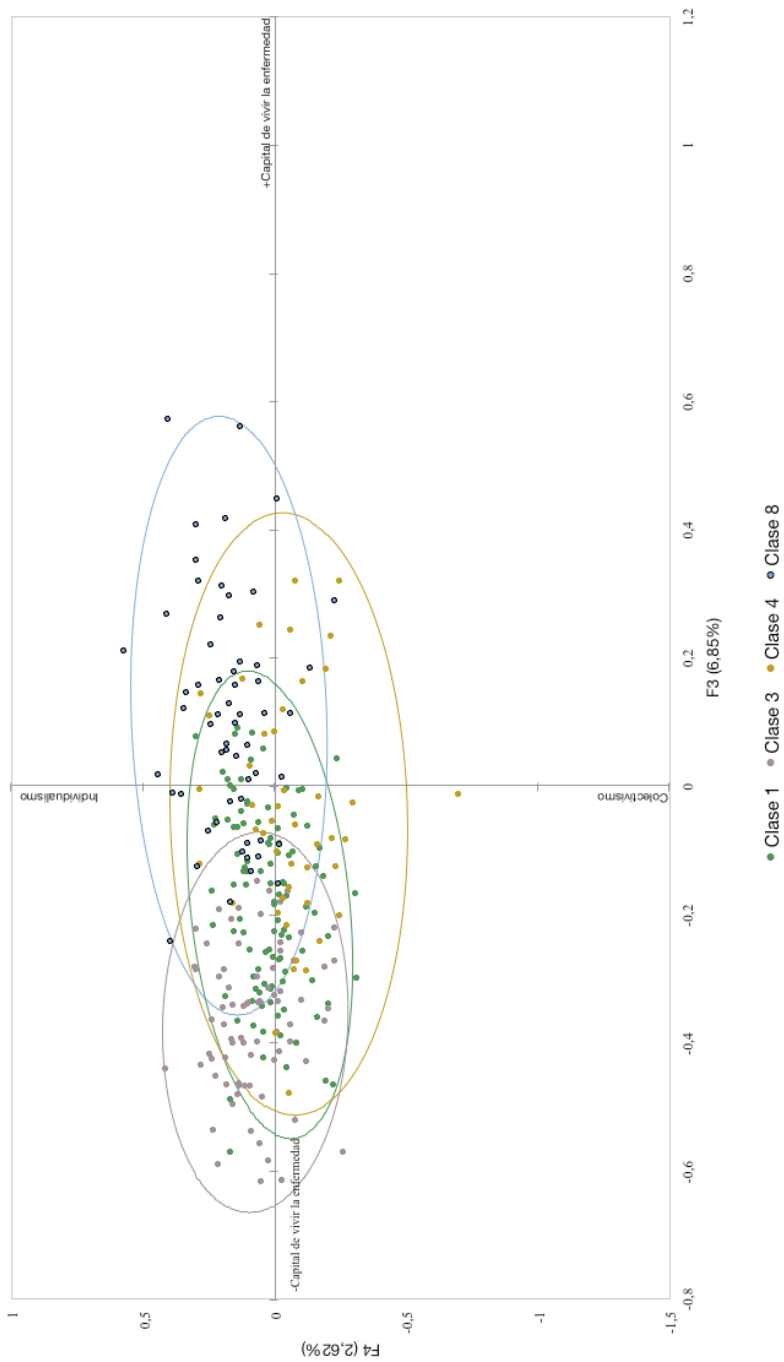


Gráfico 13. Observaciones por clase 1, 3, 4 y 8 (ejes F3 y F4: 9,46%)

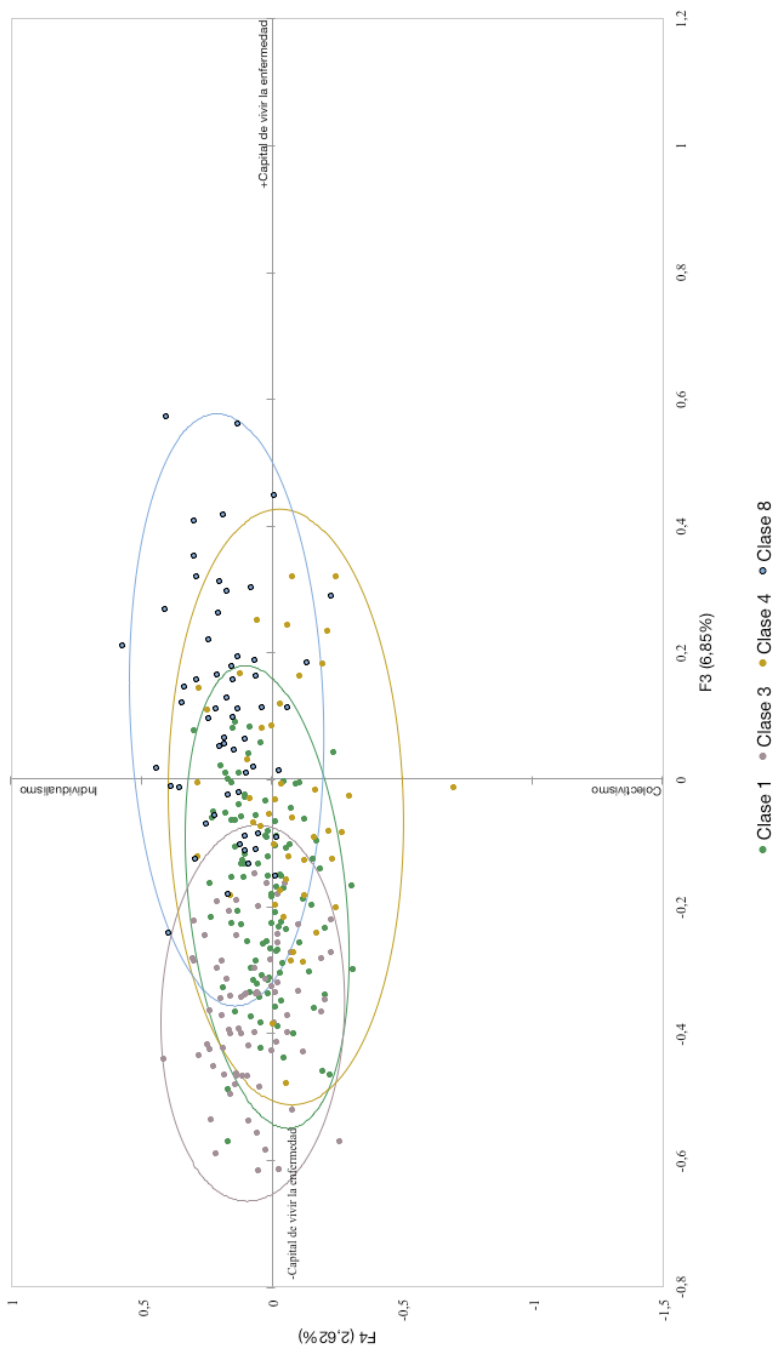


Gráfico 14. Observaciones por clase 2 y 11 (ejes F3 y F4: 9,46%)

