

Coompiladoras: Alicia Itatí Palermo y Ana María Pérez

Nuevos protagonistas en el contexto de América Latina y el Caribe



AAS
ASOCIACIÓN ARGENTINA DE SOCIOLOGÍA

CES
Centro de
Estudios
Sociales
Universidad Nacional del Nordeste

U
Universidad Nacional del Nordeste
Facultad de Humanidades

Nuevos protagonistas en el contexto de América Latina y el Caribe : I Congreso de la AAS / Marcelo Arnold Cathalifaud ... [et al.] ; compilado por Alicia Itati Palermo ; Ana María Pérez. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : CEFIS-AAS, 2016.
Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online
ISBN 978-987-46176-0-6

1. Ciencias Sociales y Humanidades. I. Arnold Cathalifaud, Marcelo
II. Palermo, Alicia Itati, comp. III. Pérez, Ana María, comp.
CDD 301



1º Congreso de la
Asociación Argentina de Sociología

**"Nuevos protagonistas
en el contexto de América
y el Caribe"**

PRE ALAS Chaco,
Encuentro Preparatorio
Congreso ALAS COSTA RICA 2015

29, 30 y 31 de Octubre de 2014. Resistencia (Chaco).

EDITORAS

Alicia Itatí Palermo
Ana María Pérez

COORDINADORAS

Marina Campusano
Cyntia Nuñez

COLABORADOR

Francisco Nicolás Favieri

MESA 5 – PONENCIA 7



“La memoria como escenario de tensiones ideológicas de los jóvenes del NEA, acerca de discursos sobre sida y cáncer”

Camila Rinaldi¹. Hugo Roberto Wingeyer²

Introducción

La memoria y el olvido, dos caras de una misma moneda, articulan y entranan el pasado de una comunidad para consolidar las diferentes opiniones que circulan dentro de la misma. Además, constituyen dos mecanismos dinámicos que proyectan posibles acciones colectivas, fundadas en aquellos valores simbólicos que se transmiten como contenidos/eventos destacados y omitidos, característicos del imaginario social de un grupo determinado. Las decisiones sobre lo necesario para la cohesión social, responderán a criterios que buscan formar un determinado “tipo” de ciudadano normativizado, asociado con un modelo de estado vigente. Esto también definirá lo que puede resultar “amenazante” a esa matriz hegemónica que promociona y ajusta las conductas del grupo, defensora del mencionado esquema político, económico, social y cultural.

Nuestras reflexiones se basan en información del léxico sincrónico disponible de jóvenes entre 18 y 24 años de edad, recolectado a partir de encuestas aplicadas entre los años 2011 y 2012, en las ciudades de Resistencia y Posadas. Los centros de interés referían a dos enfermedades (sida y cáncer) y todo aquello que reflejaron, conformaría el imaginario de este grupo respecto de ambas enfermedades.

Lo que un grupo sostiene ideológicamente, a través de la circulación de determinadas ideas que configuran lo que denominan como realidad, está estrechamente relacionado y fortalecido con aquello que “olvida”. Esta omisión, forzada o involuntaria, responde a criterios históricos, fundados en hechos que aportan la densidad de la identidad de los grupos, y por extensión, fortalecen formas de organización institucional. Percibimos que existen dispositivos que articulan y rigen la

vida de la comunidad para asegurar cierta estabilidad de los modelos representativos de funcionamiento, según una mayor adhesión a los valores y roles del otro-enfermo del grupo, que se refleja en las emisiones de los hablantes.

Introducción

La memoria y el olvido, como si se tratara de dos caras de una misma moneda, tan cercano es su vínculo, articulan y entraman el pasado de una comunidad. Esta acción consolida las diferentes opiniones, los discursos, que circulan dentro de la misma y densifican la realidad social. Además, estos dos mecanismos dinámicos proyectan las futuras acciones colectivas, fundadas en aquellos valores simbólicos que se transmiten dentro de la misma. Estos contenidos/eventos, destacados y omitidos, emergen como inherentes del imaginario social de ese grupo y se materializan en acciones comunicativas con los demás actores que componen esa comunidad. Las decisiones sobre lo resulta relevante, o es necesario para la cohesión social, responderán a los criterios que aspiran formar un determinado "tipo" de ciudadano normativizado, garantista de un modelo de Estado vigente. Esto definirá también aquello que puede resultar "amenazante" para apuntalar la matriz hegemónica que promociona y ajusta las conductas del grupo, defensora del mencionado esquema político, económico, social y cultural. Esta aspiración de "ciudadano" es coherente con una serie de intereses, estéticos y morales, difundidos por el grupo dominante, encargado de resguardar ese orden, esas categorías de comprensión de la realidad que asientan parámetros de conductas de sus integrantes.

Lo que un grupo sostiene ideológicamente, a través de la circulación de determinadas ideas que configuran lo que denominan como realidad, está estrechamente relacionado y fortalecido con aquello que "olvida". Esta omisión, forzada o involuntaria, responde a criterios históricos, fundados en hechos que aportan la densidad de la identidad de los grupos, y por extensión, fortalecen la organización de los Estados. Existen dispositivos, mecanismos, que articulan y rigen la vida de una comunidad y aseguran cierta estabilidad en los modelos de funcionamiento representativo que organizan la vida social. No dejemos de mencionar que cada uno de estos modelos responde a los intereses/criterios/normas de grupos dominantes, que aspiran a controlar al resto de la comunidad, a través de regulaciones que se naturalizan entre sus integrantes, y que conciben todos los aspectos de la vida social e imponen "su mirada de mundo". Es decir que, la normativa, aquello que corresponde y se encuadrará en lo "correcto" de la conducta del ciudadano, tendrá éxito cuando éste adopte como propia la norma y la acepte, sin extrañamiento

alguno, junto con todas las demás condiciones existenciales del grupo dominante (que pueden o no corresponder a las de "todos" los grupos sociales que conviven en una misma unidad política/económica/cultural). De igual modo, lo que se plasmó en la memoria de la comunidad como un hecho, más allá de haber existido, así como aquello que no aparece en ese reservorio de discursos que transitan, es producto de esta dinámica de relacionamiento del individuo con las instituciones del Estado – sus programas o ejes orientadores culturales- y su éxito, por sobre toda duda y todo cuestionamiento del grupo humano interpelado.

Siguiendo la distinción que realiza Pierre Nora (1984:341) en su obra *Les Lieux de Mémoire; 1: La République* entre los conceptos de "historia" y "memoria", comprendemos la primera como *"una construcción siempre problemática e incompleta de aquello que ha dejado de existir, pero que dejó rastros. A partir de esos rastros, controlados, entrecruzados, comparados, el historiador trata de reconstituir lo que pudo pasar y, sobre todo, integrar esos hechos en un conjunto explicativo". Y la memoria, a diferencia de la historia, es siempre "portada por grupos de seres vivos que experimentaron los hechos o creen haberlo hecho. La memoria, por naturaleza, es afectiva, emotiva, abierta a todas las transformaciones, inconsciente de sus sucesivas transformaciones, vulnerable a toda manipulación, susceptible de permanecer latente durante largos períodos y de bruscos despertares. La memoria es siempre un fenómeno colectivo, aunque sea psicológicamente vivida como individual"*.

Nos centraremos parcialmente en el concepto de memoria ya que, a pesar de las observaciones de Nora sobre la facilidad para la manipulación de los datos que formen parte de ese mecanismo, creemos que nos ofrece un material importante para la descripción del léxico sincrónico, a partir del conjunto de los discursos de circulación referidos a dos enfermedades, sida y cáncer. Su relevancia residiría en reflejar la postura ideológica de un grupo de jóvenes entre 18 y 24 años de la región NEA de Argentina, a partir de la información brindada por las encuestas aplicadas entre los años 2011 y 2012. Estos datos surgen de pruebas asociativas que presentan centros de interés que cubren un amplio espectro de intereses humanos, entre los que se incluyen: El sida y El cáncer. Luego, con el método estadístico de la disponibilidad léxica y la implementación del programa LEXIDISP, patrocinado académicamente por el Instituto Cervantes, La Universidad de Alcalá y la Asociación de Lingüística y Filología de la América Latina, sistematizamos los datos obtenidos de las encuestas aplicadas. Luego de procesar las unidades, obtuvimos la lista de discursos más accesibles, pertenecientes al léxico disponible del grupo estudiado. Estos términos son los más utilizados por nuestros hablantes, por frecuencia y

orden de aparición, y colaboran para definir esquemas básicos de pensamiento, involucrados en la conceptualización de ambas enfermedades.

2. Desarrollo

2.1. Datos del léxico disponible del sida y del cáncer

Sobre una configuración devenida de los términos, según los que los jóvenes piensan acerca del sida, elaboramos los siguientes ejes ordenadores:

1) TÉRMINOS QUE REFIEREN A LA JERGA MÉDICA EN RELACIÓN CON LA ENFERMEDAD (relación con otras enfermedades, calificación por alcance de infectados, etc.) 204 unidades discursivas (20% del total de 1006) *Aclaración: se incluyen solamente las primeras 20 (veinte) unidades más disponibles del léxico de la población encuestada.*

6. INFECCIÓN - 11. TRATAMIENTO - 12. ENFERMEDAD SEXUAL - 15. VIH - 19. TRANSMISIÓN SEXUAL - 20. HIV - 21. PREVENCIÓN - 22. VIRUS - 37. MEDICAMENTO - 40. ETS - 42. SÍNTOMA - 43. SÍNDROME - 45. HERIDA - 52. ANTICONCEPTIVO - 53. CÁNCER - 54. AGUJA - 56. DESINFORMACIÓN - 57. PENE - 63. INYECCIÓN - 65. ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL.

2) TÉRMINOS QUE REFIEREN A FORMAS Y CONDUCTAS QUE FACILITAN EL CONTAGIO Y FORMAS Y CONDUCTAS QUE LA PREVIENEN. 160 unidades discursivas (16% del total de 1006) *Aclaración: se incluyen solamente las primeras 20 (veinte) unidades más disponibles del léxico de la población encuestada.*

3. SEXO - 4. CONTAGIO - 7. PRESERVATIVO - 10. RELACIÓN SEXUAL - 16. TRANSMISIÓN - 17. RELACIÓN - 27. DROGA - 35. SEXUALIDAD - 38. FORRO - 39. JERINGA - 54. AGUJA - 62. SEXO SIN PROTECCIÓN - 66. NO CUIDARSE - 68. FALTA DE CONOCIMIENTO - 84. SEXO DESENFRENADO - 87. FALTA DE CUIDADO - 96. FORRO PINCHADO - 112. MALTRATO - 121. LOCURA.

3) TÉRMINOS QUE DESCRIBEN A LA POBLACIÓN DE RIESGO Y A LOS AGENTES-FOCOS DE TRANSMISIÓN DE LA ENFERMEDAD. 75 unidades discursivas (7% del total de 1006) *Aclaración: se incluyen solamente las primeras 20 (veinte) unidades más disponibles del léxico de la población encuestada.*

18. GAY - 28. PROSTITUCIÓN - 36. PROSTITUTA - 46. PUTO - 47. HOMBRE -

51.MALA VIDA - 55.SUCIEDAD - 58.HIGIENE - 59.HOMOSEXUALIDAD - 61.PACHANO - 67.MUJER - 76.PERSONA - 89.SIDOSO - 91.TRAVESTI - 92.HOMOSEXUAL - 95. TROLO - 117.ÁFRICA - 130.LIMPIEZA - 131.TROLA - 160.NEGRO ASQUEROSO.

4) TÉRMINOS ASOCIADOS CON SENTIMIENTOS o EMOCIONES EVOCADOS POR LA ENFERMEDAD. 301 unidades discursivas (30% del total de 1006) *Aclaración: se incluyen solamente las primeras 20 (veinte) unidades más disponibles del léxico de la población encuestada.*

8. TRISTEZA - 9.DOLOR - 13.SUFRIMIENTO - 23.DISCRIMINACIÓN - 25.MIEDO - 26.LÁSTIMA - 29.ANGUSTIA - 30.MALA SUERTE - 31.SENSACIÓN - 33.IRRESPONSABILIDAD - 41.DEPRESIÓN - 44.FEO - 49.SOLEDAZ - 64.PENA - 69.PELIGROSO - 72. MORTAL - 73.TRASTORNO -74.DECAIMIENTO - 77.PROBLEMA - 78.AMOR.

4. a - EXPRESIONES NEGATIVAS, INSULTOS, PREJUICIOS y JUICIOS DISCRIMINATORIOS. 52 unidades discursivas (6% del total de 1006) *Aclaración: se incluyen solamente las primeras 20 (veinte) unidades más disponibles del léxico de la población encuestada.*

18.GAY - 46.PUTO - 59.HOMOSEXUALIDAD - 61.PACHANO - 89.SIDOSO - 91.TRAVESTI - 92.HOMOSEXUAL - 95.TROLO - 117.ÁFRICA - 123.DISCAPACIDAD - 124.IDIOTA - 131.TROLA - 160.NEGRO ASQUEROSO - 186.MARACA - 200.BOLUDO - 207.TRAVESAÑO - 213.JUGADOR DE TODOS LOS "GAMES" - 237.GIL QUE NO SE CUIDA - 243.CAUSADA POR LOS GAY - 255.NEGRO.

5) TÉRMINOS QUE MUESTRAN LA ENFERMEDAD DESDE OTRAS PERSPECTIVAS DE LA VIDA SOCIAL. PROYECCIONES DE LA EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD. 112 unidades discursivas (11% del total de 1006) *Aclaración: se incluyen solamente las primeras 20 (veinte) unidades más disponibles del léxico de la población encuestada.*

2.MUERTE - 51.MALA VIDA - 55.SUCIEDAD - 58.HIGIENE - 60.DOLOR DE CABEZA - 86.TERMINAL - 102.INSEGURIDAD - 118.POCA VIDA - 123.DISCAPACIDAD - 130.LIMPIEZA - 138.ATAUD - 164.CAOS - 178.MALA SALUD - 190.DESCONTROL - 194.DAÑO PSÍQUICO - 198.ENFERMEDAD LETAL - 203.BAJA AUTOESTIMA - 204.ENFERMEDAD INVENTADA EN LABORATORIO - 233.LA ENFERMEDAD MEJOR CREADA - 241.POCA HIGIENE.

5. a - EXPRESIONES QUE SUGIEREN RELACIONES CON INSTITUCIONES RELI-

GIOSAS, CREDOS O PREMISAS RELIGIOSAS. 102 unidades discursivas (10% del total de 1006) *Aclaración: se incluyen solamente las primeras 20 (veinte) unidades más disponibles del léxico de la población encuestada.*

33.IRRESPONSABILIDAD – 51.MALA VIDA – 77.PROBLEMA – 84.SEXO DESEN-
FRENADO – 93.PÉRDIDA – 94.DESGRACIA – 110.DAÑO – 112.MALTRATO – 143.
DETERIORO – 146.DESILUSIÓN – 149.NOCHE DE LOCURA – 167.ENGANO – 169.
ASCO – 171.PUDRICIÓN – 187.NO QUERERSE A SÍ MISMO – 190.DESCONTROL –
196.MUGRE – 203.BAJA AUTOESTIMA – 206.ALCOHOLISMO – 208.INFORTUNIO.

Un posible análisis de los términos referidos al universo de sentido definido por el cáncer podría configurarse según los siguientes ejes:

1) TÉRMINOS QUE REFIEREN A LA JERGA MÉDICA (clasificación de cánceres por órgano afectado, referencias a instituciones/actores sanitarios y procedimientos/efectos terapéuticos) 89 unidades discursivas (41% del total de 218) *Aclaración: se incluyen solamente las primeras 20 (veinte) unidades más disponibles del léxico de la población encuestada.*

2.ENFERMEDAD – 3.QUIMIOTERAPIA – 5.TRATAMIENTO – 8.CÁNCER DE MAMA
– 11.OPERACIÓN – 12.TUMOR – 16.CÁNCER DE ÚTERO – 17.PULMÓN – 20.MAMA
– 21.LEUCEMIA – 23.CIRUGÍA – 25.CÁNCER DE PULMÓN – 28.CÁNCER DE HÍGADO
– 35.HOSPITAL – 37.CÁNCER DE PIEL – 38.MÉDICO – 40.SANGRE – 41.INTERNA-
CIÓN – 42.PRÓSTATA – 43.ENFERMEDAD AUTOINMUNE.

**2) TÉRMINOS QUE REFIEREN A FACTORES DE FORTALECIMIENTO/ DEBILI-
TAMIENTO DE LA ENFERMEDAD.** 23 unidades discursivas (10% del total de 218)
Aclaración: se incluyen solamente las primeras 20 (veinte) unidades más disponibles del léxico de la población encuestada.

10. CIGARRILLO – 53.TIEMPO – 54.HEREDITARIO – 55.HERENCIA – 66.CUERPO
– 68.REPOSO – 72.TODOS TENEMOS – 101.GENÉTICA – 140.PACO – 144.CIGA-
RRILLO – 145.PREVENIR – 157.CONTROL – 162.PROPENSO – 163.CARNE – 165.
ALCOHOL – 166.RIESGO – 169.AGOTAMIENTO – 182.NACIMIENTO – 189.MALA
ALIMENTACIÓN – 195.FUMAR.

**3) TERMINOS QUE INDICAN ATRIBUTOS, CARACTERÍSTICAS, EFECTOS, PER-
CEPCIONES DE LA ENFERMEDAD.** 52 unidades discursivas (24% del total de 218)

Aclaración: se incluyen solamente las primeras 20 (veinte) unidades más disponibles del léxico de la población encuestada.

9.NO TIENE CURA – 13.PELADO – 18.MALIGNO – 22.BENIGNO – 26.PÉRDIDA DE CABELLO – 31.ENFERMEDAD TERMINAL – 36.CALVICIE – 48.TRANSMISIÓN – 60.CAÍDA DE CABELLO – 61.MORTAL – 64.CAÍDA DE PELO – 71.POCA VIDA – 74.CALVO – 77.CAÍDA DEL PELO – 78.DE CABELLO – 85.CARACTERÍSTICA – 91.VÓMITO – 96.MALESTAR – 103.DELGADEZ – 107.ENFERMEDAD MORTAL.

4) TÉRMINOS ASOCIADOS CON SENTIMIENTOS/EMOCIONES EVOCADOS POR LA ENFERMEDAD. 38 unidades discursivas (17% del total de 218) *Aclaración: se incluyen solamente las primeras 20 (veinte) unidades más disponibles del léxico de la población encuestada.*

4.DOLOR – 6.SUFRIMIENTO – 7.TRISTEZA – 14.DEPRESIÓN – 15.ANGUSTIA – 19.CUIDADO – 24.PREVENCIÓN – 27.CONTAGIO – 29.BRONCA – 30.MIEDO – 32.PÉRDIDA – 33.CURA – 39.DEBILIDAD – 46.SIN CURA – 49.MALA SUERTE – 56.DESGRACIA – 59.PELIGRO – 65.DESTRUCCIÓN – 69.DISCRIMINACIÓN – 73.LLANTO.

5) TÉRMINOS EN RELACIÓN CON OTROS ASPECTOS DE LA VIDA SOCIAL 17 unidades discursivas (8% del total de 218)

1. MUERTE – 34.VIDA – 81.SIGNO – 83.FAMILIA – 86.BADÍA – 87.PERSONA – 115.DIFERENCIA – 123.MUJER – 124.PECADO – 130.SIGNO DEL ZODÍACO – 137.ATAUD – 138.SIGNO ASTRONÓMICO – 176.ESCORPIO – 214.SAGITARIO – 218.SOLUCIÓN – 219.MUNDO TIENE.

2.2. Acercamientos reflexivos a estos universos simbólicos

En nuestro afán por nombrar el modo en el que un grupo define a estas enfermedades y a sus enfermos, podemos enfatizar aspectos en vez de problematizarnos acerca de su aparición. Foucault propone en su libro *El orden del discurso* (2008:15) que "el discurso no es simplemente aquello que traduce las luchas o los sistemas de dominación, sino aquello por lo que se lucha, y por medio de lo cual se lucha, aquel poder del que quiere uno adueñarse". El poder, presente en las palabras, nos ata a las consecuencias de emitirlas o de callarlas en diferentes escenarios sociales, donde el intercambio de opiniones resulta poseer un valor agregado, por

lo trascendental de la temática en disputa. Pero comprendemos nuestras limitaciones ante un hecho cultural, tan complejo y cercano, que nos involucra en mayor o menor medida, desde lo relacional o por compartir factores del paradigma de pensamiento que lo genera.

La percepción de cada emisión, de cada término, como si se tratara de algo propio, de una decisión individual, y su relación con el uso de ciertos discursos en la tarea de definir el sida y el cáncer, nos posiciona frente a lo que dicen los jóvenes, como si se tratara de un cúmulo de términos que nos despiertan algunas sospechas. Es decir que, tanto las regularidades como algunos patrones discursivos comunes dentro de este grupo de hablantes, nos obligan a suponer un escenario que presenta tensiones respecto sobre los criterios simbólicos de validación que pudieran especificar estas unidades utilizadas, en comparación a otras de menor uso y circulación. Aquellos términos que encabezan las listas de cada una de estas dos enfermedades, indican preferencias de uso de nuestros hablantes, así como un mayor acceso a ellos dentro de las opciones culturales que inciden al momento de tener que definirlos, valiéndose de información acumulada, fruto de las bibliotecas personales. En esta acumulación, poseen una presión considerable algunas instituciones sociales (hospitales, escuela), así como ciertos medios de difusión de información (medio masivo como la televisión y campañas de información a través de sitios oficiales de internet de organismos nacionales e internacionales, que sirven de fuentes y se replican en ámbitos sociales, formales e informales).

Si definimos la ideología, siguiendo lo que postula Althusser (1988) en su obra *Ideología y aparatos ideológicos del Estado*, sostenemos que ella inviste imaginariamente la relación de los hombres con sus condiciones reales de existencia. Esto significa que, la dimensión de realidad de estas dos enfermedades, para nuestros jóvenes, reside en los términos con los que las definen. Así también, serán estos discursos los que le den materialidad a las relaciones que establecerán con los enfermos, aquellos "otros" definidos como diferentes, como no pertenecientes a ese grupo emisor que los nombra. Una actitud de rechazo, o de aceptación, hunde sus raíces y fundamentos en estas decisiones léxicas, por su naturaleza social, profundamente simbólica. Y si comprendemos de esta manera la ideología, entonces el concepto de memoria que propone Nora resulta complementario y organizador de ese núcleo lexical que orienta la conducta de este grupo humano, respecto de estas enfermedades.

La memoria refleja un estado de situación de lo que un grupo sostiene ideo-

lógicamente sobre cada una de estas dos enfermedades y sobre quienes las padecen. De esta forma, la materialidad de lo ideológico traducido en los discursos que circulan, nos muestra, a la vez, la posición en la que se encuentran nuestros hablantes, dentro de un escenario social más complejo: nuestros jóvenes comprenden que es la población homosexual, la principal transmisora del sida y atribuye a un "descontrol sexual" y a "la falta de higiene", así como a la marginalidad, los factores de riesgo que propician el contagio e incremento de infectados por esta enfermedad sexual. Y sobre el cáncer, adoptan una postura más mística: creen que la fe y la contención espiritual son contribuciones muy significativas para la superación de una enfermedad mortal, con pocas posibilidades de recuperación a través de procedimientos médicos/sanitarios. Sostener estos discursos asegura un fortalecimiento de esa matriz cultural, la misma responsable de asignar los roles sociales pre-establecidos a sus integrantes involucrados (jóvenes hablantes, enfermos de sida y de cáncer).

El empoderamiento de unos actores sociales frente a otros (por ejemplo los jóvenes emisores de discursos vs los enfermos de sida y de cáncer) en este caso, a partir de parámetros de salud (+) vs enfermedad (-), cuerpos sanos vs cuerpos enfermos. En una sociedad que promueve criterios estéticos sostenidos en la lozanía y la juventud, la imagen del cuerpo deteriorado por virus y bacterias, por tumores y males, forma parte de un polo opuesto, que el ciudadano promedio debería rechazar, para garantizar las conductas adecuadas, que naturalicen esos valores difundidos y ampliamente aceptados por la sociedad. Este dilema, que ajusta conductas, se traduce en los modos de relacionamiento discursivo, de manera más visible cuanto más conflictivo sean los factores de motivación (la enfermedad como idea, por ejemplo, el dilema entre la vida y la muerte).

De esta forma, basados en fundamentos similares, consideramos que se realiza una distribución de los roles sociales, dentro de la dinámica relacional de los integrantes de una sociedad, enmarcados en una matriz cultural que los aglutina y les aporta nociones de realidad sustentables. Los enfermos de sida y de cáncer ocupan lugares marginales excluidos, parcial o totalmente, de ámbitos laborales, así como de otros espacios comunitarios de circulación cotidiana, ya que su invisibilización es la principal estrategia vigente para eludir una discusión, auténtica y descarnada, acerca de las condiciones de vida y de las medidas asumidas por el Estado, para dar respuesta -y contención- a este grupo de ciudadanos, vulnerables eslabones de una cadena integrada, a pesar de ser negada, al resto del mecanismo que sostiene a este Estado argentino contemporáneo. Uno de los mayores triunfos consigui-

dos por esta matriz cultural hegemónica es la naturalización de estos criterios. Que nuestros jóvenes consideren, sin mayor oposición ni cuestionamiento, que los enfermos deben mantenerse en las sombras, o que sobre estas enfermedades es "preferible no hablar", no son ideas "naturales", espontáneamente producidas en el seno de los diferentes grupos sociales (porque esta idea atraviesa muchas clases y estratos sociales de lo más disímiles). Por el contrario, es un postulado cultural que se sostiene en la base simbólica e ideológica, defendida a través de la circulación de estas ideas, en los medios de comunicación y en las instituciones del estado (educativas, sanitarias). No podemos pensar que, la pervivencia de estas ideas es un producto del azar o de la casualidad. Son las fuerzas sociales las que ejercen y disputan poder en el terreno social, en parte a través de la acumulación de capitales –en términos de Bourdieu–, responden a diferentes modelos de comprensión de la realidad (a veces elementos polémicos como las enfermedades, son los que enfrentan más a los grupos, que intentan imponen la validez de sus modos de significarlos por sobre los de los demás). Estos enfrentamientos, sientan posturas ideológicas complejas, no solo sobre esto que denominan "realidad" sino también sobre el lugar y el modo en el que deben situarse los seres humanos para dar respuesta (material –acciones– e inmaterial –concepto, definición–) a estos fenómenos profundamente trascendentales.

Conclusiones

Podríamos suponer que este reservorio de ideas, representado por la memoria, son discursos de fácil acceso para la definición del sida y del cáncer, y que también sugiere un bagaje de fundamentos para posibles topoi de prácticas discriminatorias, como los propuestos por Ruth Wodak (por ejemplo los "topos de realidad" y los "topos pro bono público"), asociados en nuestro análisis con estas dos enfermedades. El sida posee un estigma valorativo extra, al tratarse de una enfermedad de transmisión sexual, asociada con prácticas sexuales cuyo objeto de deseo se desvía de la norma heterosexual. El cáncer ofrece un acercamiento discursivo que evidencia menos valoración moral, por parte de los jóvenes encuestados, sobre aspectos de la vida privada de los enfermos (preferencias sexuales, prácticas sexuales). Esto posiblemente por tratarse de una enfermedad con considerable visibilidad en la región NEA, debido al elevado índice de personas que la padecen, muchas de ellas familiares de nuestros entrevistados.

Otro efecto posible, producto de la circulación de estos discursos, reside en un procedimiento metafórico que involucra esas unidades de sentido (las palabras

con las que definen a las enfermedades) y las caracterizaciones de los enfermos (de sida y de cáncer). Es decir que, la transferencia de significado arrastraría sustancialmente, postulados discriminatorios, falsa información acerca de medios y modos de transmisión/infección, así como una actitud de rechazo y negación de la existencia de quienes las padecen. Este ejercicio sedimentaría nuevos significados, estimulando una ampliación de interpretaciones de ambos universos culturales, promoviendo relaciones ásperas, en vez de alimentar conductas de aceptación y contención de quienes se presentan como los más vulnerables (los enfermos e infectados).

Sin esperar agotar las posibilidades de interpretación que nos ofrece el universo simbólico asociado con las unidades de sentido que definen al sida y al cáncer, el léxico sincrónico de los jóvenes entre 18 y 24 años de la región NEA de Argentina, expresa un escenario conflictivo y de discusiones pendientes de toda una sociedad. Un tema abierto al debate será ¿cuál es la aproximación más humana, más digna, para comprender las estrategias, los modos, de brindar contención y resolver el cotidiano de los infectados/enfermos abordado como un problema social? La respuesta a este interrogante será un referente permanente de nuestras conductas, un revisor punzante de criterios que involucren postulados como los de "inclusión social" y "dignidad". El debate subyace en las entrelíneas de lo que se dice, y en los silencios de lo que se calla, cuando pensamos en lo que nos motivan ambas enfermedades.

Bibliografía

- ALTHUSSER, Louis. Ideología y aparatos ideológicos del Estado. Freud y Lacan. (1970). Buenos Aires: Nueva Visión, 1988.
- ANGENOT, Marc. El discurso social, Los límites históricos de lo pensable y lo decible. Trad. Hilda H. García. Buenos Aires: Siglo XXI editores, 2010.
- COLORADO, César. "Una mirada al Análisis Crítico del Discurso. Entrevista con Ruth Wodak", Discurso Et Sociedad, Vol. 4(3) (2010): 579-596.
- FOUCAULT, Michel. El orden del discurso. 1970. Buenos Aires: Fábula Tusquets, 2008.
- CORRADINI, Luisa. "Los intelectuales del mundo y la Nación. Entrevista a Pierre Nora". La Nación Sección Cultura. Edición impresa: 15 de marzo de 2006.
- MURILLO MEDRANO, Jorge y VERGARA HEIDKE, Adrián. "Una propuesta de análisis textual

a partir de los postulados del Análisis Crítico del Discurso", *Filología y Lingüística* XXX (1) (2004): 205-218.

- NORA, Pierre, director. "Entre Memoria e Historia: La problemática de los lugares". *Les Lieux de Mémoire*; 1: La République. Traducción Fernando Jumar. París: Gallimard, 1984. 27-49.
- PUNCEL, Santiago Leoné. "Entre la crítica y nostalgia: La problemática del Pierre Nora (A propósito de *Les lieux de memoire*)", *Memoria y Civilización* 2 (1999): 339-348.
- WODAK, Ruth y MEYER, Michael, compiladores. *Métodos del análisis crítico del discurso*. Barcelona: Gedisa, 2003.