

**Títol: El circuit de la violència simbòlica en la Síndrome de Fatiga Crònica (SFC)/Encefalomièlitis Miàlgica (EM) (I): Un estudi preliminar**

**Autor:** Xavier Gimeno Torrent (<https://www.xaviergimeno.net/ca>, [https://twitter.com/Xavier\\_Gimeno](https://twitter.com/Xavier_Gimeno))

**Afiliació:** Departament de Sociologia, Universitat Autònoma de Barcelona

**Correspondència a:** [xavier.gimeno@xaviergimeno.net](mailto:xavier.gimeno@xaviergimeno.net)

**Finançament:** Aquesta recerca no ha rebut cap mena de finançament, ni públic, ni privat, ni col·lectiu (*crowdfunding*) en cap de les seves etapes per cap de les seves operacions. L'autor tampoc rep cap tipus de finançament.

**Declaració de conflicte d'interessos:** Cap conflicte d'interessos en absolut.

**Agraïments:** Aquesta recerca s'ha dut a terme dins del marc del programa de doctorat en sociologia del Departament de Sociologia de la Universitat Autònoma de Barcelona.

**Resum:** *Objectiu:* Com pot ser que una malaltia tan greu com la Síndrome de Fatiga Crònica (SFC) que afecta un nombre tan elevat de persones sigui tan desconeguda per la població general? La resposta a aquesta pregunta es basa en les anàlisis de Pierre Bourdieu sobre la violència simbòlica, un camp d'estudi del qual va ser el precursor i principal teòric. *Mètode:* Les “cartes al director” de malalts de SFC a tres diaris nacionals espanyols foren sotmeses a diverses anàlisis qualitatives (anàlisi de temes i subtemes) i quantitatives (descripció univariada per temes i Anàlisi de Correspondències Múltiples [ACM] combinada amb una Anàlisi Jeràrquica de Conglomerats [AJC]). *Resultats:* A partir de les anàlisis qualitatives i la seva interpretació teòrica, es van identificar 13 mecanismes de violència simbòlica: no-reconeixement (27%), desatenció institucionalitzada (16%), condescendència (0%), imposició autoritzada de veredictes il·legítims (15%), deslegitimació (11%), desintegració (16%), imposició del discurs (1%), eufemització (4%), silenciament (1%), invisibilització (2%), aïllament (3%), incomunicació (0 %) i autoculpabilització (4%). L'ACM va permetre identificar que els mecanismes estructurals (no-reconeixement, desintegració) es combinaven amb els més simbòlics (és a dir, la imposició del discurs, o l'eufemització), que es col·locaven en primer pla produint els efectes observats de violència simbòlica. Els 13 conglomerats obtinguts a l'AJC confirmaren aquest resultat.

**Paraules clau:** capital simbòlic, capital simbòlic negatiu, encefalomièlitis miàlgica, síndrome de fatiga crònica, violència simbòlica.

Aquesta és la versió “acceptada” o “postprint” del manuscrit. La versió del registre (o versió de l'editorial o versió final) d'aquest manuscrit està publicada i disponible a *Health Care for Women International*, 2022, <https://doi.org/10.1080/07399332.2021.1925900>.

**Citi's així:** Gimeno Torrent, X. (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>.

## El circuit de la violència simbòlica en la Síndrome de Fatiga Crònica (SFC)/Encefalomièlitis Miàlgica (EM) (I): Un estudi preliminar

“El que el món social ha fet, el món social, armat d’aquest saber, pot desfer-ho.”  
Pierre Bourdieu, *La miseria del mundo*, p. 559.

### 1. La violència simbòlica en la SFC: contextualització teòrica i objectius de l'estudi

La Síndrome de Fatiga Crònica (SFC) és una malaltia altament incapacitant i molt prevalent que afecta sobretot a dones (Dinos et al., 2009; Goldman, 2017). Però com pot ser que una malaltia tan greu com la SFC i que afecta un nombre tan elevat de persones (s'estima que a Catalunya entre 2.000-13.500 casos; a Espanya entre 15.000-90.000 casos) (Fernández Solà, 2002) sigui tan desconeguda per la població general, sobretot si la comparem amb altres malalties (com el càncer) més conegudes i reconegudes? Per respondre a aquesta pregunta, aquesta recerca es basa en el fet que els processos de percepció social no són simples actes d'enregistrament, de descripció neutral i natural de la realitat, sinó que hi intervenen les relacions socials de poder que decanten “com per pura inèrcia” la mirada de manera que aquestes realitats es defineixen de tal forma que afavoreixen als grups socials més poderosos. En aquest fenomen és fonamental el que Pierre Bourdieu ha anomenat “violència simbòlica.” Consisteix en aquell procés mitjançant el qual uns grups socials imposen en forma de sentit comú; és a dir, sense que calgui explicitar-ho ni plantejar-s'ho deliberadament, a uns altres allò que és pensable i impensable socialment de manera que els segons atorguen als primers un *poder simbòlic* i relacional, una dominació dòxica, un *privilegi epistemològic* (Bourdieu, 2008) sobre ells. Per dir-ho resumidament, la major part de persones *ben integrades* (que, per altra banda, són la majoria) atorguen un avantatge cognitiu al que està establert, com no pot ser d'una altra manera, de forma que, per omissió i sense saber-ho, acaben per definir la realitat a favor dels més poderosos i contra, en perjudici dels qui ho són menys, que acaben per ser completament relegats (Bourdieu, 2001). La intenció d'aquest estudi és revelar els *mecanismes* (Bunge, 2000) pels quals es genera i perpetua aquesta violència simbòlica intolerable negant el *reconeixement* (Bourdieu, 1999c, 2015) en les seves més diverses formes en el cas de la SFC.

Es tracta d'un enfocament enterament social, estructural i simbòlic que sembla del tot necessari. A partir de l'estudi del camp de la producció científica sobre els efectes socials de la SFC des dels seus inicis fins ara (1990-2021) (articles científics, cartes a l'editor de revistes científiques, comentaris a revistes científiques, editorials de revistes científiques, comunicacions a congressos, capítols de llibre, literatura grisa, tesis de llicenciatura o grau, de màster i de doctorat), he identificat 236 produccions que giren al voltant de 12 paradigmes: factors socials i culturals de la somatització en la SFC (14 [documents]; 6%) (Abbey & Garfinkel, 1991; Ware & Kleinman, 1992); atribucions sobre la SFC (18; 6%) (Moss-Morris et al., 1996); coneixements, actituds, i creences davant la SFC (33; 14%) (Bowen et al., 2005; Ho-Yen & McNamara, 1991; Raine et al., 2004); relacions metge/camp mèdic-pacient (20; 8%) (Åsbring & Närvänen, 2003; Broom & Woodward, 1996; Cooper, 1997); tractaments alternatius i gestió de la SFC per part dels pacients (grups de pacients) (11; 5%) (Edwards et al., 2007; Jones et al., 2007; Lian & Nettleton, 2015); barreres a l'atenció mèdica en la SFC (14; 6%) (Bayliss et al., 2014; Deale & Wessely, 2001; Dumit, 2006); SFC pediàtrica (14; 6%) (Crawley et al., 2012; Lievesley et al., 2014); processos d'estigmatització/deslegitimació/discriminació en la SFC (18; 8%) (Åsbring & Närvänen, 2002; Ware, 1992); el cos, identitats, experiències, i narratives de la SFC (28; 12%) (Åsbring, 2001; Clarke & James, 2003; Larun & Malterud, 2007); activitat, discapacitat, i SFC (7; 3%) (Gray & Fossey, 2003; Taylor, 2005); efectes/impacte de la SFC sobre la família i els cuidadors (9; 4%) (Donalek, 2009; Sabes-Figuera et al., 2010); relacions de poder entre ciència i societat en la definició i legitimació de la SFC (9; 4%) (Jason, 2012; Jason et al., 1997; Richman et al., 2000). Com es pot veure, el 52% (124) d'aquestes produccions es basen en el “paradigma mèdic” dominant que estudia els efectes socials de la SFC ja sigui a partir d'un enfocament teòric purament mèdic (somatitzacions, atribucions, pediatria, tractaments alternatius) o a partir dels típics factors del camp mèdic (visita mèdica, barreres a l'atenció mèdica, actituds dels metges) que se suposa que contribueixen a produir aquests efectes. Però el que dona una idea encara més

clara de l'hegemonia d'aquest paradigma mèdic i, el que és més important, del domini monopolístic d'un model biomèdic basat en el mateix camp biomèdic que el sustenta és el fet que concentra tots els recursos simbòlics (rep el 99,5% de les citacions!) i materials (el residu corregit per a "paradigma mèdic" i "finançament" és de 3,430, mentre que per a "paradigma no-mèdic" i "no-finançament" és de 3,858; és a dir, si es treballa amb el paradigma mèdic hi ha més probabilitats d'obtenir finançament que si no!) d'un camp d'investigació com el dels estudis socials de la SFC que requereix un coneixement millor i més global dels mecanismes socials, estructurals i simbòlics que no proporciona en absolut aquest paradigma mèdic, que estudia el fenomen de manera molt disgregada i allunyada de les ciències socials. Amb aquest estudi preliminar sobre el circuit de la violència simbòlica en la SFC, voldria contribuir, en la mesura del possible, als primers passos d'aquest model global des de les ciències socials.

## 2. *Mecanismes de violència simbòlica en la SFC*

Seguint a Mario Bunge i a Pierre Bourdieu, el procés, que he denominat el circuit de la violència simbòlica en la SFC, vindria a ser el següent: Violència simbòlica → Capital simbòlic negatiu → Mort social → Desmoralització (Bourdieu, 1999b) → Suïcidi (Bourdieu, 1999c; Bunge, 2000). En aquest article només puc tractar les primeres etapes d'aquest procés però cal tenir present tot el circuit.

### 2.1. *El no-reconeixement, la desatenció institucionalitzada i la condescendència*

El "no-reconeixement," basat en el mecanisme institucionalitzat de violència simbòlica més basic, la *nominació, performatius* o *categorització* (Bourdieu, 1999c, 2000a, 2000b, 2002, 2014), consisteix en el fet que l'Estat, per mitjà dels diversos organismes de l'Administració Pública, obra seguint el principi de no-reconeixement de la SFC directament denegant les certificacions pertinents. Altres estratègies dissuasòries de l'Estat per obtenir el mateix resultat són: humiliacions i maltractaments sistemàtics als pacients perquè es desesperin i abandonin, vulneració dels drets dels malalts, abusos reiterats, i dilatació de les sol·licituds de reconeixement. La principal conseqüència d'aquestes conductes és la negació del valor social dels malalts de SFC tant com a persones com com a malalts. Però també comporta la dificultat del malalt per acceptar-se a si mateix i a les seves limitacions, i la interiorització de la denegació del reconeixement, la vulneració del dret a la dignitat de les famílies afectades, la judicialització de les sol·licituds de reconeixement, i el *double bind* (Elias, 2002), que es refereix a contradiccions entre esferes de l'Estat que segueixen lògiques oposades, principalment entre organismes recaptadors i organismes gastadors o socials (Bourdieu, 1999a, 1999b, 2014). Aquestes contradiccions es produeixen quan els diagnòstics dels membres de les professions sanitàries són directament desautoritzats i negats per les institucions certificadores pertinents (Seguretat Social, Institut Català d'Avaluacions Mèdiques [ICAM], etcètera). Això deixa els malalts i les seves famílies sense saber què esperar, en terra de ningú, i sempre en fals, dins d'un buit social.

A més, en camps com la sanitat pública, els serveis socials, i l'assistència sociosanitària, aquest principi de no-reconeixement de la SFC vindrà acompanyat de dos mecanismes complementaris: la "*desatenció institucionalitzada*" (o, en paraules de diversos malalts, "desemparament") i la "*condescendència*." La desatenció institucionalitzada pot conduir fàcilment a diversos tipus de discriminació. També hi ha una desatenció científica referida a la migradesa o, millor dit, la manca de fons (públics i privats) per la investigació de la SFC.

L'Annex proporciona exemples il·lustratius de tots els aspectes descrits aquí (així com també dels mecanismes dels apartats posteriors) per facilitar-ne la comprensió.

### 2.2. *La imposició autoritzada de veredictes il·legítims*

Està íntimament interrelacionada amb els tres mecanismes anteriors i també es basa en la nominació i la categorització. Aquí la norma és que els tribunals mèdics encarregats de declarar legalment discapacitats o malalts als pacients, acabin dictaminant que els malalts de SFC tenen una malaltia diferent de la que realment tenen. També pot ocórrer que un malalt no sigui diagnosticat fins molts anys després d'aparèixer els primers símptomes. Durant l'interim és molt possible que se li assigni una malaltia alternativa que estigui d'acord amb totes les prevencions

de les institucions públiques respecte a la SFC. Molt sovint, el que té lloc és una “*imposició dòxica*.” Les anomenades “teràpies alternatives” i els “gurus” de tota mena són una de les senyals més evidents d’això a què s’aferrin, desgraciadament, molts malalts de SFC, en un intent desesperat de trobar la solució a una situació que els posa literalment al límit de les seves forces.

### 2.3. La deslegitimació

El no-reconeixement del malalt i de la malaltia per part de l’Estat genera la seva deslegitimació en l’espai social (Bourdieu, 2015; Weber, 2005). El malalt es troba en una situació de no-conformisme lògic i moral (Durkheim, 1987). És a dir, no compleix les expectatives del sentit comú (Bourdieu, 1999c, 2014, 2015) de la societat sana, la seva “normalitat,” i, sobretot, no pot seguir els seus ritmes socials, de manera que se sent “incomprès” contínuament. Aquesta “incomprensió” i la manca d’enteniment per part de la societat sana són una de les queixes més habituals formulades pels malalts de SFC. Altres vegades, aquesta deslegitimació s’expressa explícitament, en forma d’insults o expressions per desacreditar o desqualificar els malalts.

Però potser el principal indicatiu indirecte de l’existència d’aquesta deslegitimació sigui el qüestionament generalitzat del malalt i de la seva malaltia per part de la societat sana del tipus següent: “estàs psíquicament creant-te la malaltia,” “El que has de fer és treballar, tens carrera, oi?”, “ets jove i fas bona cara,” “Tan malament no estarà.” Aquests “judicis sense defensa,” en paraules d’una malalta, seran el pa de cada dia pels afectats de SFC.

Un altre dels aspectes d’aquesta deslegitimació és la “*descredibilització*” del malalt i la malaltia, producte invers del que Bourdieu (2014) anomena l’*efecte de creença de l’Estat*. Com diu una malalta: “Si rius, és que no estàs malalt; si plores, és que fas comèdia.”

### 2.4. La desintegració

Des d’un punt de vista social, el principal símptoma de la malaltia és la impossibilitat que presenten els malalts de seguir els ritmes socials establerts en les nostres societats. Seguir els ritmes socials legítims és la principal font d’integració social (Bourdieu, 1999c; Bourdieu & Passeron, 2003; Durkheim, 1987). No ser capaç de seguir-los produeix la “*desintegració*” del malalt tant a nivell primari (família) com secundari (amics, treball, etcètera).

Així és com es produeixen fenòmens com els següents: divorcis; desintegració social, laboral-productiva i laboral-reproductiva; necessària readaptació del malalt i el seu cercle social als ritmes socials i costums exigits per la malaltia; conflictes entre costums i ritmes socials/laborals de malalts i no-malalts; o resistència a la desintegració laboral i social, i dificultats d’adaptació a aquesta. Per exemple, tal com mostren diverses cartes i entrevistes, els malalts habituats a rebre un major reconeixement professional, que normalment són els que porten a terme oficis que els situen en una posició social més elevada (directors d’orquestra, professors, arquitectes, alcaldes, alts directius d’institucions musicals de primera fila, etc.), són als qui se’ls fa més difícil d’acceptar la malaltia, ja que això implica deixar d’obtenir el capital simbòlic a què estan tan acostumats. Freqüentment, solen resistir-se als diagnòstics (amb el que això comporta de cara a un molt probable empitjorament de la malaltia) i a nivell del discurs són els més propensos a recórrer a les estratègies d’autoculpabilització i eufemització, precisament per evitar transmetre als altres tota una sèrie de senyals negatius que els apartarien dels no-malalts, el que podria suposar deixar d’obtenir un reconeixement que necessiten tant com l’aire que respiren.

A més, no poder participar dels ritmes socialment instituïts comporta la pèrdua del *privilegi* de poder complir una funció social, i la pèrdua dels horitzons temporals socialment compartits. És a dir, implica no tenir un esdevenidor, la manca d’expectatives. El malalt de SFC sent que no té cap valor social, que la seva vida no val res i que no té cap sentit. Aquest fenomen s’accentua en un context sociohistòric en què el temps es converteix en un “bé escàs” perquè ningú té temps per ningú i, per tant, el temps dedicat als altres tendeix a reflectir la seva importància i el seu valor social. Els malalts de SFC, expulsats d’aquest mercat de capital simbòlic del temps tot sovint tan incardinat amb el mercat de treball i el consum ostentós (Bourdieu, 1999c; Greenfield, 2018; Veblen, 2004), són els més propensos a captar el valor del temps que no els hi dedica ningú i que és un índex del valor de la seva pròpia persona. És a dir, són molt més vulnerables que no pas qualsevol altra categoria social als estralls de no ser res per ningú. Sota aquestes circumstàncies,

no ha d'estranyar gens que alguns informants considerin la vida “una mort en vida.” Una descripció que, per molt figurada i metafòrica que pugui semblar, s'ha de prendre al peu de la lletra perquè el circuit de la violència simbòlica en la SFC desemboca irremissiblement en la mort social dels malalts.

### 2.5. *La imposició del discurs*

Lligat amb tot el que s'acaba de dir hi ha una altra dimensió, la de la “*imposició del discurs*” o *imposició simbòlica* (Bourdieu, 2001). La imposició del discurs es refereix al fet que els malalts de SFC es veuen socialment obligats a mostrar només aquells aspectes de la seva malaltia que generen acceptació social i estan en línia amb els patrons de “normalitat” de la societat sana. Com s'ha vist anteriorment, la deslegitimació i el no-reconeixement de la SFC condueixen a la desintegració social del malalt, de manera que intentarà mostrar-se de la forma que generi un menor rebuig social i una major desitjabilitat social per tal de contrarestar aquesta desintegració, no “fent sentir incòmoda la societat sana.” És a dir, al malalt se li imposa la normalitat (Bourdieu, 2000a), i, per demostrar que compleix aquests criteris de normalitat, recorre a les *estratègies* simbòliques i discursives necessàries (Bourdieu, 2014; Bourdieu & Wacquant, 1994). L'objectiu principal aquí és ocultar qualsevol senyal social negatiu. Les variants que he identificat a les cartes al director són les següents: imposició del discurs heroic, imposició del discurs normalitzador, imposició del discurs no-victimista/no-autocompassiu.

Per comprendre la dinàmica general d'aquest procés, cal entendre que el que “intenta evitar el malalt” (tot al llarg d'aquest article s'empra un llenguatge finalista per descriure processos que en cap cas són finalistes) és enviar totes aquelles senyals socials susceptibles d'associar-se amb la malaltia en general i amb la SFC en particular. Això és el que vol amagar el malalt i això és del que fugen els no-malalts, el que els genera “incomodat,” segons la fórmula “es discrimina no *pel que s'és (malalt)*, sinó *pel que no s'és (no-malalt)*” que és l'expressió del que cabria denominar, seguint a Bourdieu i a Goffman, capital simbòlic negatiu o estigma (Bourdieu, 1999c; Goffman, 2003). Perquè, ja s'ha apuntat a manta en aquest article, la cerca de reconeixement, de comptar pels altres, els no-malalts, és el motor de tracció de l'acció social del malalt. La seva extraordinària carència de gaudir d'una existència social digna el fa especialment sensible a totes aquelles comminacions que impliquen l'obtenció d'un reconeixement a partir de l'extrema subordinació a un ordre social en què la diferència entre els malalts i els no-malalts és la diferència entre no-existir i existir (Bourdieu, 1999c). La subordinació absoluta a aquest principi de visió i divisió, el que separa els malalts dels no-malalts és, pels afectats de SFC, la frontera sagrada que es veuran incapaços de subvertir i que, en la majoria dels casos, explica la major part de les seves conductes socials. La diferència entre el capital simbòlic *destituït* (Bourdieu, 2015) i el capital simbòlic negatiu és per ells la diferència entre el cel i l'infern, entre la vida i la mort en vida, aquella mort social que ells coneixen tan bé.

### 2.6. *L'eufemització*

L'eufemització és un altre mecanisme molt similar a l'anterior. Però, en aquest cas, consisteix més aviat en amagar el que impliquen les relacions socials en què està immers el malalt de SFC i, molt especialment, els efectes simbòlics que tenen per ell (Bourdieu, 2002, 2017). Fent abstracció dels condicionaments socials a què està sotmès i de les exagerades imposicions socials que comporten, *fent de la necessitat virtut*, el que intenta, novament, és presentar una imatge favorable d'ell mateix que no generi rebuig social. El que he identificat en aquest cas és un continu ús del discurs de l'autoconeixement, un tipus de retòrica pròxima a la de la psicologia positiva molt acceptada socialment i molt estesa.

### 2.7. *El silenciament i la invisibilització*

El silenciament consisteix en què el malalt no parlarà mai amb ningú sobre la seva malaltia per tal d'evitar els efectes simbòlics ja assenyalats. Es tracta d'una altra estratègia d'ocultament. Sembla que és una de les conductes més habituals entre els malalts de SFC. La invisibilització es refereix al fet que la SFC i els malalts no són visibles perquè no han estat dotats dels signes socialment legitimats que identifiquen els malalts com a malalts i la SFC com a malaltia.

Efectivament, com diu una malalta: “No obstant això, l’aparença externa del malalt no reflecteix la malaltia, és normal. A més, de moment no existeix cap prova mèdica que demostrï contundentment que algú la pateix.”

## 2.8. L’aïllament

De vegades, és un mecanisme de protecció. El malalt comença a deixar de relacionar-se amb la societat sana perquè se sent jutjat constantment. Es tracta d’un mecanisme contra les constants comminacions i crides a la “normalitat,” a l’ordre, contra els continus qüestionaments, atacs, senyals de no-acceptació, d’incomprensió, i altres efectes. Altres vegades, és el resultat de la desintegració extrema. Aquestes dues modalitats solen coexistir.

## 2.9. La incomunicació

L’aïllament habitualment dona pas a la vivència de la “incomunicació.” Ben aviat el malalt comprova que li resulta difícil comunicar-se amb els altres, perquè la societat sana no sembla estar disposada a entendre’l. Però la incomunicació també es pot produir independentment de l’aïllament.

## 2.10. L’autoculpabilització

La violència simbòlica generada per aquest circuit, el malalt l’interioritza en forma d’una gran devaluació social de si mateix, del seu *amor propi* i d’una subordinació simbòlica extrema fins a tal punt que acaba contribuint a imposar-se a si mateix els efectes observats de violència simbòlica, el que és una característica intrínseca d’aquests fenòmens (Bourdieu, 1999c, 2000a).

D’aquesta manera es produeix un efecte d’autoculpabilització seguint el model del que Robert K. Merton (1992) va denominar *profecia que s’autocumpleix* (vegi’s també Bourdieu, 2014). El malalt trobarà les respostes sobre el que li passa en una psicologia basada en explicacions com ara: “he treballat molt per aprendre sobre el meu mal, comprendre’l..., i canviar-me a mi mateixa, corregir la meua vella estructura psíquica, que era perjudicial per a mi,” “Tota la meua vida jo havia fet coses (i deixat de fer-ne d’altres) per agradar, per encaixar, per ser reconeguda... I actuar esperant l’aprovació externa és menysprear la teua essència,” “Aquesta malaltia deriva d’una retenció de l’acció, de no fer el que sents, de reprimir les emocions. No t’estàs estimant: el cos somatitza el conflicte, i es queixa,” “Sí, perquè les dones avui en dia s’autoexigeixen més, per guanyar el reconeixement d’un món masculí... I per això jo era una perfeccionista, autoexigent, rígida, orgullosa.”

De vegades, la professió mèdica contribueix a aquest procés d’autoculpabilització. Com diu una malalta, “M’han fet proves de tot tipus, he passat per psiquiatres que deien que era depressió postpart i d’altres que deien que no sabia organitzar-me. Durant anys he arribat a pensar que havia perdut el cap o que era una vaga que no sabia portar la meua casa i tenir cura del meu fill.” Per tant, sembla que la medicalització d’aquesta violència simbòlica també pot ser una forma de contribuir a l’autoculpabilització del malalt.

\*\*\*

Aquest tipus de violència simbòlica s’estructura de manera jeràrquica en tres nivells (Estat, grup, individu) ja que, per la seva pròpia naturalesa, la violència simbòlica es genera, s’exerceix i es reproduïx fonamentalment de dalt cap a baix. Difícilment en sentit contrari. Un esquema bàsic del seu funcionament podria representar-se amb el següent *diagrama de Boudon-Coleman* (Bunge, 2000):

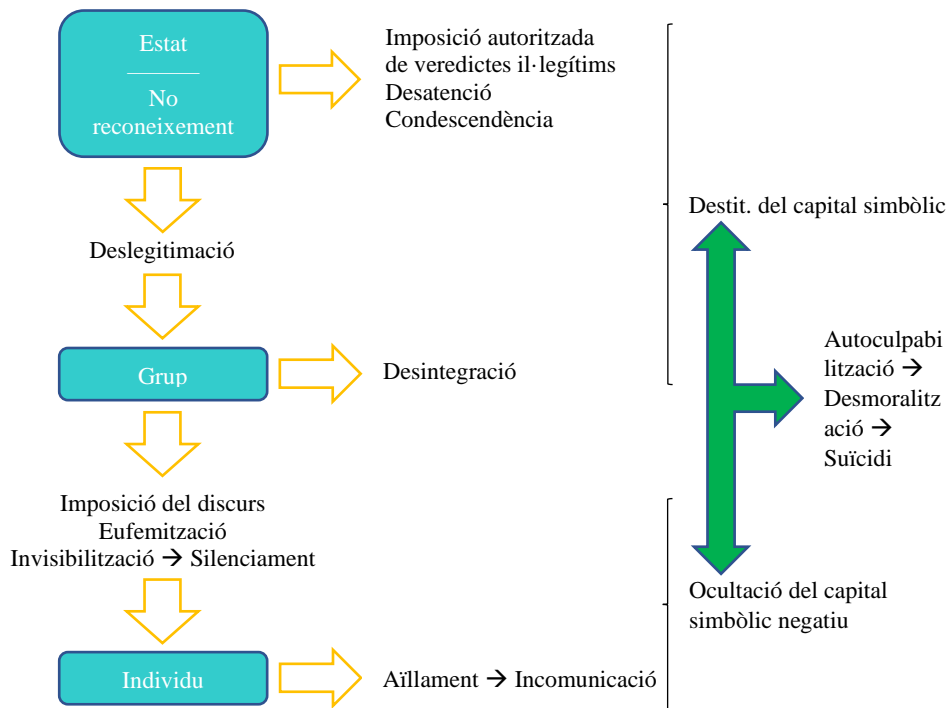


Figura 1. El circuit de la violència simbòlica en la SFC.

### 3. Dades i metodologia

Per produir els coneixements d'aquest article, s'han dut a terme dues anàlisis complementàries. En primer lloc, una anàlisi qualitativa de contingut (Ruiz Olabuénaga, 1999) de totes les "cartes al director" enviades per malalts de SFC als tres diaris espanyols d'àmbit nacional *El Periódico*, *La Vanguardia*, i *El País* de l'1/1/1999 al 31/12/2018 (taules 1 i 3). Aquestes cartes al director no s'han referenciat a la bibliografia per preservar la identitat dels remitents. Es buscaren totes les aparicions del terme "fatiga crònica" (en castellà) a la base de dades MyNews als tres diaris de l'1/1/1999 al 16/7/2018. Entre el 17/7/2018 i el 31/12/2018 s'afegiren manualment molt pocs materials només per *El Periódico*.

| Diari                | Freq. absoluta | %          |
|----------------------|----------------|------------|
| <i>El Periódico</i>  | 46             | 60         |
| <i>La Vanguardia</i> | 28             | 36         |
| <i>El País</i>       | 3              | 4          |
| <b>TOTAL</b>         | <b>77</b>      | <b>100</b> |

Taula 1. Distribució per diaris.

| Tipus de document        | Freq. absoluta | %          |
|--------------------------|----------------|------------|
| <i>Carta al director</i> | 64             | 83         |
| <i>Entrevista</i>        | 9              | 12         |
| <i>Testimoni inserit</i> | 4              | 5          |
| <b>TOTAL</b>             | <b>77</b>      | <b>100</b> |

Taula 2. Distribució per tipus de document.

| Any              | Freq. absoluta | %          |
|------------------|----------------|------------|
| <b>2001-2005</b> | 6              | 8          |
| <b>2006-2007</b> | 15             | 19         |
| <b>2008-2009</b> | 10             | 13         |
| <b>2010</b>      | 8              | 10         |
| <b>2011</b>      | 11             | 14         |
| <b>2012</b>      | 2              | 3          |
| <b>2013-2014</b> | 7              | 9          |
| <b>2015</b>      | 6              | 8          |
| <b>2016</b>      | 7              | 9          |
| <b>2017</b>      | 5              | 7          |
| <b>TOTAL</b>     | <b>77</b>      | <b>100</b> |

Taula 3. Distribució per anys.

| Emissor                   | Freq. absoluta | %          |
|---------------------------|----------------|------------|
| <i>Malalt</i>             | 49             | 63         |
| <i>Pare/mare malalt</i>   | 13             | 17         |
| <i>Marit de malalta</i>   | 3              | 4          |
| <i>Coneguda malalta</i>   | 1              | 1          |
| <i>Filla de malalta</i>   | 2              | 3          |
| <i>Familiar de malalt</i> | 1              | 1          |
| <i>Exmalalt</i>           | 2              | 3          |
| <i>Metge</i>              | 2              | 3          |
| <i>No consta</i>          | 4              | 5          |
| <b>TOTAL</b>              | <b>77</b>      | <b>100</b> |

Taula 4. Distribució per emissor.

I cal recalcar que es tracta de documents produïts o protagonitzats pels “afectats” perquè, com es pot observar a la taula 4, els documents analitzats (exactament no només “cartes al director” com palesa la taula 2, encara que aquestes fossin majoritàries) no han estat elaborats només per malalts. Si bé el 66% (51 casos) dels materials examinats han estat escrits directament per malalts o exmalalts, un 29% del total (19) ho han estat per altres persones, normalment del cercle més íntim del malalt. Aquesta estratègia multi-agent ha estat indispensable per estudiar de manera global el funcionament de processos de violència simbòlica molt complexos amb moltes persones implicades en i afectades per ells a part dels propis malalts de SFC, de manera que per entendre aquests processos ha estat necessari no centrar-se en el *qui*, sinó sobretot en el *què*. És a dir, en els mecanismes (en allò que s’explicava), no en les persones (en qui ho explicava). En aquest sentit, la repetició d’un mateix informant mai ha estat un criteri d’exclusió. En diverses ocasions una mateixa persona és l’autora o l’entrevistada de més d’un document. Evidentment això invalidaria qualsevol descripció de les característiques demogràfiques d’un conjunt de documents que, per altra banda, mai s’ha pretès que pogués ser descrit d’aquesta manera, en primer lloc, perquè aquestes variables gairebé mai es facilitaven. I, en segon lloc, perquè l’estratègia metodològica adoptada n’impedeix la representativitat de la població descrita. Dir, de tota manera, que el 35% (27) dels documents són d’homes i el 62% (48) de dones (en dos documents no fou possible esbrinar el sexe dels remitents perquè els signaven amb les seves sigles). Que l’edat és una variable que no s’ha pogut obtenir en el 69% dels casos (53 d’un total de 77). I que el mateix passa amb la professió en un 42% dels casos (32), i amb els anys de malaltia (41 casos, 53%). Afegir finalment que la distribució quant a les malalties patides és la següent: SFC (18 casos; 23%), SFC+Fibromiàlgia (FM) (8; 10%), FM (3; 4%), SFC+FM+altres (2; 3%), SFC+altres (2; 3%), SFC+FM+Sensibilitat Química Múltiple (SQM) (20; 26%), SFC+SQM (5; 6%), SFC+SQM+altres (1; 1%), No consta (16; 21%), Exmalalt (2; 3%).

L’objectiu de l’anàlisi qualitativa de contingut ha estat identificar i explicar els mecanismes de violència simbòlica. Els resultats d’aquesta anàlisi s’acaben de presentar i han consistit en la classificació i interpretació teòrica dels temes i subtemes.

En un segon moment, els resultats d’aquest estudi s’han tractat quantitativament, seguint les pautes tradicionals d’una anàlisi de contingut clàssica, d’acord amb els criteris exposats per Cea D’Ancona (1999) al seu llibre *Metodología cuantitativa* (vegi’s també Krippendorff, 2004). Aquesta anàlisi s’ha efectuat manualment. El contingut codificat o enregistrat han estat els temes o categories, que es corresponien amb cadascun dels mecanismes del model que s’acaben d’exposar. Com que l’extensió dels textos era breu (de mitjana tenien 278 paraules), s’ha analitzat, en cada cas, tot el text. Aquesta brevetat dels textos també ha propiciat que les unitats de context fossin cadascuna de les cartes. Inclús en alguns casos, quan es tractava d’analitzar cartes de persones que n’havien publicat més d’una, el context venia donat per les cartes analitzades prèviament, ja que aquestes permetien interpretar el seu contingut amb majors garanties de no cometre errors de classificació. Cal dir, de tota manera, que un cop classificats tots els continguts de les cartes es va procedir a comprovar que no hi haguessin errors de classificació, i a esmenar-los si es donava el cas.

No cal dir que en la codificació de les categories s’ha vigilat que aquestes complissin els tres requisits bàsics: l’exhaustivitat (cal que cobreixin tota la varietat de l’objecte d’estudi), l’exclusivitat (cal que cada unitat de registre es classifiqui en una única categoria), i la precisió (les categories no poden ser ambigües). Les categories d’anàlisi, a més, també són pertinents, ja que s’adeqüen als objectius de la investigació, i homogènies, ja que responen a un únic principi de classificació: la violència simbòlica contra els malalts de SFC. Així, a part de les 13 categories corresponents a cadascun dels mecanismes presentats del model, també s’han codificat les següents variables:



| <b>Variable</b> | <b>Descripció</b>             | <b>Etiquetes</b>  |
|-----------------|-------------------------------|---|
| <b>DIARI</b>    | Diari que publica la carta    | El Periódico, El País, La Vanguardia  |
| <b>ANY</b>      | Any de publicació de la carta | 2001-2005, 2006-2007, 2008-2009, 2010, 2011, 2012, 2013-2014, 2015, 2016, 2017  |
| <b>PROFESSI</b> | Professió del remitent        | Diversos  |
| <b>SEXE</b>     | Sexe del remitent             | Home, Dona  |
| <b>EDAT</b>     | Edat del remitent             | 27-37, 38-42, 43-46, 47-51, 52-54, 55-57, 58-59   |
| <b>EMISSOR</b>  | Persona que escriu la carta   | Malalt, Coneguda de malalta, Marit de malalta, Exmalalt, Familiar de malalt, Filla de malalta, Metge, Pare/mare de malalt   |
| <b>RECEPTOR</b> | A qui s'adreça la carta       | Autoritats sanitàries, Conseller/a de Salut de la Generalitat, Malalts, Hospitals públics, Lector, Mitjans de comunicació, Organismes oficials d'avaluació de les discapacitats, Poders públics |
| <b>TODISCUR</b> | To discursiu                  | Suport-denúncia, Denúncia-compromès, Informatiu-neutral, Petició-denúncia, Petició-informatiu, Reivindicació, To positiu  |
| <b>SALUT</b>    | Malalties del remitent        | Diversos  |
| <b>ANYSMALA</b> | Anys de malaltia              | 2-5, 6-8, 9-12, 13-17, 18   |

Taula 3. Variables addicionals en l'anàlisi de contingut.

L'anàlisi clàssica de contingut quantitativa esmentada anteriorment ha consistit en una descripció univariada dels temes que s'ha complementat posteriorment amb una Anàlisi de Correspondències Múltiples combinada amb una Anàlisi Jeràrquica de Conglomerats (Benzécri, 1992; Greenacre, 2008; Hjellbrekke, 2019; López-Roldán & Fachelli, 2015) que han permès explorar la relació dels diversos mecanismes de violència simbòlica entre si i amb algunes de les variables addicionals per tal d'aprofundir en la dialèctica que s'estableix entre el capital simbòlic i el capital simbòlic negatiu, desvetllar les estructures de violència simbòlica latents, les estratègies dels agents al respecte, i construir una possible tipologia preliminar dels seus *habitus*. Els resultats d'aquestes anàlisis es presenten al proper apartat.

\*\*\*

Quant a la qualitat de les dades i la seva pertinència per a les anàlisis efectuades, ressenyar que d'un total de 108 documents obtinguts, en foren analitzats 77 (71%). En la següent taula s'assenyalen les incidències explicatives dels documents descartats:

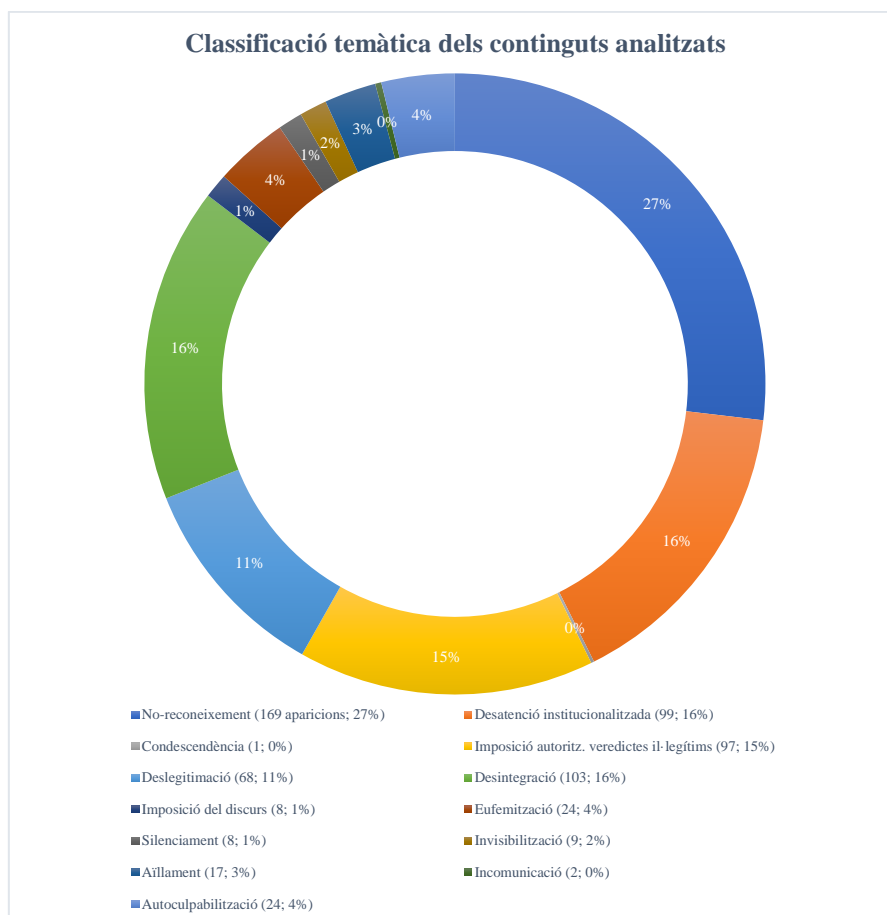
| <b>Incidència</b>                                    | <b>Freq. absoluta</b> | <b>%</b>   |
|--|-----------------------|------------|
| <i>Continguts repetits</i>                           | 7                     | 23         |
| <i>La SFC no era el tema del document</i>            | 14                    | 45         |
| <i>El document no era una carta o una entrevista</i> | 6                     | 19         |
| <i>Faltava informació per analitzar el document</i>  | 3                     | 10         |
| <i>Document reiteratiu</i>                           | 1                     | 3          |
| <b>TOTAL</b>   | <b>31</b>             | <b>100</b> |

Taula 4. Incidències explicatives dels documents descartats.

Per últim, afegir només que la taxa total de classificació, que es refereix al percentatge de paraules classificades pel model sobre el total, és del 73%. Aquest indicador dona una idea força clara del poder del model per abastar tots els temes que apareixen en els materials analitzats.

#### 4. Resultats i anàlisi

##### 4.1. Descripció univariada de la freqüència dels mecanismes



Gràfic 1. Classificació temàtica dels continguts analitzats.

Com era d'esperar, la centralitat del mecanisme explicatiu que gira al voltant de la dialèctica que s'estableix entre la destitució del capital simbòlic i l'ocultació del capital simbòlic negatiu es posa clarament de manifest a l'interpretar el gràfic 1. Es pot apreciar fàcilment que es divideix en dues franges ben diferenciades. La primera està formada per sis mecanismes de violència simbòlica que apleguen el 85% de les observacions: el no-reconeixement, que és el majoritari, la desatenció institucionalitzada, la condescendència, la imposició autoritzada de veredictes il·legítims, la deslegitimació, i la desintegració. Una ullada a la figura 1 servirà per comprovar que precisament es tracta dels sis mecanismes de destitució del reconeixement, un capital simbòlic, que, com a malalts primer i persones després, se'ls nega sistemàticament, i és per això que denuncien aquest fet, i el reivindiquen insistentment mitjançant les cartes que escriuen i les entrevistes que contesten. Perquè no cal oblidar que es tracta de documents publicats en diaris l'objectiu dels quals és ser vistos públicament. I aquest és un tret fonamental que acabarà de donar sentit plenament a la funció que compleixen pels afectats. De fet, no sorprèn gens adonar-se que d'entre tots els possibles "tons discursius" del continguts analitzats ("Suport-denúncia" 2 documents [3%]; "Denúncia-compromès" 47 [61%]; "Informatiu-neutral" 20 [25%]; "Petició-denúncia" 2 [3%]; "Petició-informatiu" 3 [4%]; "Reivindicació" 2 [3%]; "To positiu" 1 [1%]), els de tipus "reivindicatiu" representen el 70%. És a dir, s'estableix una clara correspondència entre el mecanisme explicatiu de la destitució del capital simbòlic, que dona compte del 85% dels continguts analitzats, i el to dels documents, predominantment reivindicatiu, el que acaba per donar llum a unes determinades conductes socials dels malalts de SFC al voltant de la violència simbòlica que pateixen.

De la mateixa manera, la segona franja està formada per la resta de mecanismes. En aquest cas, es tracta de les estratègies d'ocultació del capital simbòlic negatiu que, com no pot ser d'una

altra manera, són del tot minoritàries. Evidentment, ningú s'arriscaria a mostrar en un diari, és a dir, *a la vista de tothom*, públicament, el que posa tan zel en ocultar. Aquest és el motiu que els mecanismes d'imposició del discurs, eufemització, silenciament, invisibilització, aïllament, comunicació i autoculpabilització només abastin el 15% dels continguts examinats.

Aquests tretze mecanismes constitueixen les principals condicions de socialització dels malalts com a tals en la vivència de la SFC (és a dir, de construcció de la identitat de "malalt de SFC") fins a tal punt que conformen un *habitus* (Bourdieu, 1999c), el de "malalt de SFC." Aquest *habitus*, amb les seves disposicions ben definides i relativament estables, és el que explica les regularitats que mostren les dades pel que fa a la centralitat del mecanisme explicatiu entorn de la dinàmica de la destitució del capital simbòlic i l'ocultació del capital simbòlic negatiu que es reflecteix tan bé en el contingut dels documents, vistos com a conductes de reivindicació-denúncia o d'ocultació d'una violència simbòlica que governa cada aspecte de les conductes i la vida dels malalts, normalment sense tenir-ne plena consciència, també quan es tracta d'una conducta com és ara escriure una carta o contestar una entrevista que tothom veurà, que està a la vista de tothom. En això rau l'incalculable valor d'aquests documents per a aquest estudi.

#### 4.2. Anàlisis multivariades

La directriu que ha regit en l'anàlisi multivariada ha estat la màxima obertura de mires per tal de no limitar ni definir en cap sentit (especialment, erròniament) l'orientació d'un estudi preliminar que, per la pròpia indeterminació d'un fenomen del que ens queda tot per saber-ho, ha de permetre obtenir una imatge panoràmica el més àmplia possible de l'objecte d'estudi. A efectes pràctics, això ha comportat decisions de recerca inaudites com ara retenir un nombre considerable de factors en l'Anàlisi de Correspondències Múltiples (ACM) a causa principalment d'incloure-hi variables que, per l'insignificant nombre de casos que apleguen, no tindrien cap justificació estadística; o també com efectuar una Anàlisi Jeràrquica de Conglomerats (AJC) amb més grups dels que serien recomanables i molt més reduïts del que el bon criteri classificatori ens dictaria; i que només s'expliquen per la intuïció que, de vegades, els preceptes tècnics convé saltar-se'ls per no violentar i fer desaparèixer uns objectes d'estudi que des del primer moment estan condemnats a no existir per l'acció d'ocultament, indefinició i insignificança que ells mateixos exerceixen, i que sol portar aparellades anomalies com la insignificança estadística.

Per tant, les anàlisis multivariades practicades han consistit en una ACM combinada amb una AJC. Per realitzar-les s'ha emprat el programari estadístic XLSTAT (Addinsoft, 2021). S'ha optat per l'estratègia de la combinació de tècniques perquè els resultats de les anàlisis han servit per validar-los mútuament. D'aquesta manera, el nombre de factors a considerar en l'ACM i el nombre de grups en l'AJC s'han escollit a partir de cinc criteris. El primer, el percentatge acumulat d'inèrcia corregida de cadascun dels factors. El segon, el percentatge acumulat d'inèrcia no corregida de la resta de factors; un criteri que ha entrat en joc quan s'ha comprovat que els factors amb un valor propi superior a l'invers del nombre total de variables no eren suficients per explicar el 80% de la inèrcia total corregida. El tercer, els diversos coeficients cofenètics de totes les AJC efectuades a les diverses solucions de l'ACM entre els 2 i el total dels 24 factors. El quart, la variància total, intraclasse i interclasses d'aquestes diverses solucions. El cinquè, el nombre de grups resultants de les diverses AJC.

La combinació d'ambdues tècniques no només ha facilitat el "control creuat" de les seves respectives valideses. També ha possibilitat una de les tasques fonamentals després de la interpretació dels factors obtinguts en l'ACM: la caracterització de les observacions. Alhora que l'ACM ha proporcionat una descripció precisa i rigorosa dels eixos de violència simbòlica i les estratègies simbòliques dels agents, l'AJC ha brindat una tipologia preliminar dels seus *habitus*.

\*\*\*

El principal requisit de l'ACM és que totes les variables sotmeses a estudi han de ser nominals múltiples. Com que algunes de les variables de la base de dades (l'edat, l'any de publicació del document, i els anys de malaltia; que finalment no s'empraren) es recolliren originalment en un nivell de mesura molt diferent del nominal/categòric (eren variables discretes), foren sotmeses a transformacions per tal de convertir-les en variables nominals múltiples. Així es va emprar el mòdul de discretització de variables del programari per transformar aquestes variables discretes

en variables d'interval assimilables a nominals múltiples. Aquest mòdul automatitza aquest procés partint de diverses opcions a escollir per l'usuari. En el nostre cas, el procediment es va basar en l'algoritme de classificació de Fisher, que és una tècnica basada en l'anàlisi discriminant lineal de Fisher. Es va optar per aquesta alternativa per dues raons. La primera perquè el procediment és especialment indicat en mostres de menys de 1.000 casos. La segona perquè, si bé cal fixar prèviament el nombre d'interval que es crearan, el mètode és capaç de combinar automàticament en una mateixa classe les observacions similars, de manera que finalment el nombre total d'interval acaba essent menor de l'estipulat inicialment, la qual cosa és molt recomanable quan s'efectua una ACM. Per altra banda, les 13 dimensions de cadascun dels mecanismes de violència simbòlica, que per l'anàlisi univariada també eren discretes, també foren transformades en variables d'interval com a condició indispensable per efectuar l'ACM, però en aquest cas la recodificació no es va basar en l'algoritme de Fisher. Aquestes variables foren sotmeses a diverses ACM per veure com es comportava la inèrcia dels factors obtinguts, i posteriorment es recodificaren. El principal criteri d'aquesta recodificació ha estat sempre respectar al màxim el nombre de categories original, però quan ha estat superior a 3, no hi ha hagut altre remei que limitar-lo a 3. El segon criteri que s'ha procurat seguir ha estat distingir l'absència d'aquests mecanismes en els discursos (0 aparicions) de la seva presència (a partir d'una aparició), més enllà de la seva intensitat. El tercer, intentar preservar en el possible els valors extrems, mantenint-los separats de la resta. Com s'ha comentat abans, la vigilància epistemològica ha aconsellat salvaguardar aquests casos excepcionals (que no sempre són els menys abundants), veritables dipositaris de la violència simbòlica més suprema, no confonent-los deliberadament amb tots els altres mitjançant l'artifici estadístic de la recodificació de les categories menys freqüents. A continuació, s'ha portat a terme l'ACM inclosa aquí. Algunes variables com la professió, l'edat, els anys de malaltia, o les malalties patides, que eren fonamentals en l'ACM, no foren incloses perquè contenien un nombre tal de valors perduts que reduïen dràsticament el volum de casos analitzats. Possiblement, de cara a caracteritzar la població millor, s'hauria pogut salvar aquest obstacle considerant totes aquestes variables com a variables suplementàries. Aquesta alternativa va ser desestimada ja que això podria induir a error a l'interpretar que determinades categories s'associaven amb altres categories de variables amb altes taxes de valors perduts, quan en realitat el que s'estaria observant seria la sobrerrepresentació de les categories presents de les variables amb altes taxes de valors perduts enfront de les absents per a les quals no es disposaria de la pertinent informació.

\*\*\*

El nombre de casos vàlids fou de 71 d'un total de 77. La inèrcia total explicada pels tretze eixos retinguts fou del 82,78%. Tal nombre de factors no només acumula gairebé la pràctica totalitat de la inèrcia, sinó que també es correspon amb el nombre d'eixos que, donant compte de la major part de la variabilitat de les dades, maximitza la variància interclasses de la classificació òptima en l'AJC, que és del 74% i s'associa a un coeficient de correlació cofenètica de 0,72. El primer paràmetre estadístic és indicatiu de l'agrupació d'elements dissemblants dels dels altres grups i semblants entre si (variància intraclasse: 26%), i el segon que no s'han produït grans salts en la variabilitat dels successius parells de conglomerats que s'han anat agrupant. En resum, garanteixen que estem ajuntant pomes amb pomes i peres amb peres.

La descomposició dels diferents factors pel que fa a la contribució de les variables i les oposicions entre les seves categories es la següent. F1 és l'eix del to discursiu: subordinació simbòlica contra denúncia. Identifica el discurs d'exmalalts que parlen a malalts adoptant molt fortament estratègies d'ocultament del capital simbòlic negatiu com l'autoculpabilització, l'eufemització, la imposició dòxica (Imposició Autoritzada de Veredictes II·legítims IAVI-5-12 cops), el to informatiu-neutral, i la deslegitimació; i s'oposa als discursos de denúncia del desemparament de l'Estat envers els afectats no centrats en la deslegitimació. F2 tracta dels efectes socials de la SFC segons emissor, receptor, i sexe del portaveu del discurs: homes exmalalts-familiars homes-dones. És el discurs d'homes exmalalts dirigit a malalts emprant estratègies simbòliques com l'autoculpabilització i la imposició dòxica (IAVI-5-12 cops); i també el d'homes familiars de pacients que critiquen l'Estat sense esmentar la desintegració. Aquesta retòrica s'oposa al discurs de dones majoritàriament malaltes (però no sempre, com en el cas de

la metgessa) que també actuen com a portaveus dels malalts i que descriuen un dels principals mecanismes de destitució del capital simbòlic que experimenten els malalts, la seva forta desintegració i les seves formes d'enfrontar-s'hi, com la incomunicació, el silenciament (per evitar una major desintegració), o l'aïllament en un to informatiu-neutral per conscienciar la societat sobre la SFC. F3 és l'eix de les estratègies simbòliques associades al to positiu com a forma de busca de la legitimitat social. Es centren en la imposició del discurs i l'eufemització i no es menciona el no-reconeixement. F4 és clarament l'eix de les estratègies simbòliques segons el sexe del tipus d'emissor: dones malaltes contra homes familiars de malalts. Distingeix a dones malaltes que afronten la desintegració amb la imposició del discurs, i que s'oposen a homes familiars de pacients que parlen sobre l'extrema invisibilització social i la forta desintegració dels seus malalts que els condueix a un intens aïllament. Només aquests quatre eixos acumulen el 69,72% de la inèrcia total corregida.

F5 és l'eix de la violència simbòlica generada en l'àmbit socio-sanitari i la relació metge-pacient: desemparament socio-sanitari contra invisibilització mèdica. Es tracta de discursos centrats en la incomunicació, una forta desintegració i secundàriament en la condescendència i la desatenció institucionalitzada on no s'esmenta el no-reconeixement. S'oposen a declaracions fortament impregnades d'una imposició del discurs que donen compte de la forta invisibilització, la moderada desintegració, i la IAVI dels malalts, i on la desatenció institucionalitzada ni es menciona. F6 és l'eix que descriu la situació dels malalts segons les presidentes de les seves associacions: percepcions de presidentes metgesses (que probablement no pateixen la malaltia) contra percepcions de presidentes/portaveus no-metgesses (que probablement sí la pateixen). El discurs de les presidentes metgesses incideix en unes relativament altes desintegració i desatenció institucionalitzada i un nul silenciament amb un elevat aïllament que semblen captar l'aspecte més socio-sanitari-estructural de la desintegració social i el desemparament mèdic, i s'oposa al de les presidentes/portaveus no-metgesses, que dota d'un caire més simbòlic a la desintegració centrant-se en la invisibilització social, on el silenciament apareix un cop, la desintegració és molt alta, la desatenció ni s'esmenta, i en lloc seu ho fan la incomunicació, l'eufemització, i la invisibilització.

F7 és l'eix de les estratègies dels malalts davant la violència simbòlica provocada per les dues principals formes de negació social de la SFC: el no-reconeixement estatal contra la invisibilització social. Així, destaca la imposició del discurs, la condescendència, i els agents que s'adrecen a l'Estat, com una coneguda de malalta, relacionada també amb un fort no-reconeixement i una nul·la invisibilització, que, naturalment, s'oposen a una molt alta invisibilització i a receptors com els lectors, que representen la societat, sense que s'esmenti el no-reconeixement. F8 és l'eix dels mecanismes de violència simbòlica que condueixen a la mort social dels malalts: desintegració, desemparament mèdic i invisibilització social contra deslegitimació. La potent invisibilització, la imposició del discurs, i el silenciament conformen la invisibilització social i els aspectes simbòlics, mentre que la desatenció institucionalitzada (àmbit socio-sanitari) i la desintegració constitueixen la vessant estructural, on no apareix ni rastre de deslegitimació; i que s'oposen a dos representants prototípics de l'espai social més ampli: els mitjans de comunicació i el cercle social (una coneguda de malalta), representants de la gran deslegitimació social dels malalts, i sense cap relació amb la desatenció institucionalitzada. F9 és l'eix de la percepció de la SFC segons la distància social amb la malaltia: afectats (llunyans) contra malalts (i, en última instància, no-malalts contra malalts). Centrat sobretot en els que estan més allunyats de la malaltia (com una coneguda de malalta), també identifica, però molt menys, les impressions de presidentes d'associacions de malalts o de familiars, destacant-se la desintegració moderada o extrema, i secundàriament el seu aspecte simbòlic mitjançant una baixa invisibilització social; que s'oposen a les percepcions dels malalts (un emissor que es dirigeix als mitjans també ho és), que es concentren exclusivament en les facetes simbòliques de la violència que pateixen: la condescendència (un aspecte de la invisibilització mèdica), una alta invisibilització, i la imposició del discurs, sense esmentar mai la desintegració.

F10 és l'eix dels efectes relacionals i simbòlics del refús social sobre el malalt: autoexclusió contra autocensura de la seva situació. La interiorització per part dels malalts del refús generat des de l'espai social, no des de les instàncies oficials (el no-reconeixement no hi juga cap paper en aquest cas), dona lloc al seu aïllament i incomunicació, i així contribueixen a la seva pròpia

invisibilització. La pacient citada per una coneguda de malalta pot ser representativa d'aquests fenòmens. Aquesta autoexclusió dels malalts és la contrapart d'estratègies simbòliques d'autocensura de la seva situació com l'eufemització, relacionada naturalment amb una desintegració extrema, i amb figures com la metgessa que presideix una associació de malalts. F11 és l'eix del mecanisme de la condescendència, fortament relacionat amb la invisibilització (mèdica) com a part de la violència simbòlica generada en la relació metge-pacient. S'associa amb la pacient esmentada per una coneguda de malalta. Molt secundàriament, s'oposa al no-reconeixement i a formes d'autocensura i ocultament del capital simbòlic negatiu com la imposició del discurs. F12 és l'eix dels discursos modificadors de les imatges socials de la SFC: discursos legitimadors i de conscienciació contra discursos testimonials. Distingeix les retòriques de les associacions de malalts dirigides als mitjans de comunicació que busquen legitimar la malaltia o conscienciar la societat sobre el terrible aïllament dels malalts, així com també les dels propis malalts que ofereixen i s'ofereixen autoimatges positives de legitimitat social de la SFC fortament influïdes per una imposició del discurs inherent a la violència simbòlica que pateixen; que s'oposen als discursos testimonials de persones malaltes i no-malaltes (com una coneguda de malalta) que s'adrecen als lectors en general (societat), i on destaca l'eufemització d'un contingut emparentat amb una condescendència i el to informatiu-neutral de qui explica el que ha vist o viscut sobre la SFC. F13 és l'eix de les percepcions dels familiars contra les dels malalts. En la constitució d'aquest eix han estat decisives les impressions del pare d'una persona malalta que va enviar moltes cartes als diaris. Però els resultats obtinguts semblen indicar que són representatius de les percepcions dels familiars en el seu conjunt, més enllà d'aquest cas en concret, per molt de pes que hagi tingut en l'anàlisi. Efectivament, aquests discursos es caracteritzen pel seu èmfasi en aspectes com la incomunicació, la deslegitimació, o la imposició del discurs, encara que molt menys, i el seu to informatiu-neutral. Naturalment són discursos dels familiars, i el fet que s'associïn al sexe masculí és conseqüència del protagonisme d'aquest pare. I semblen ser extrapolables a les percepcions dels familiars com a categoria perquè justament s'oposen marcadament a les percepcions dels malalts que, a diferència dels primers, el que solen destacar és la vessant més purament simbòlica de la violència que pateixen. Si bé aquesta faceta ja apareix als discursos dels familiars, aquí es remarca especialment, sobretot pel que fa a la invisibilització social i mèdica en què viuen els malalts: la gran invisibilització, l'aïllament, el silenciament, i la imposició autoritzada de veredictes il·legítims (un component de la invisibilització mèdica), que s'oposen a la deslegitimació i el no-reconeixement estatal, així ho posen de manifest. Aquest resultat sembla ser del tot compatible amb les anàlisis anteriors, que han palesat reiteradament el gran sofriment simbòlic dels malalts, que l'assenyalen per damunt dels altres afectats precisament perquè ells són els únics que realment el viuen, el senten, i el sofreixen. Desgraciadament, per molt que aquesta violència afecti a tots els "afectats," són només els malalts els que diàriament viuen una mort social que per ells és una autèntica mort en vida.

\*\*\*

A continuació, es va efectuar una AJC a partir de la matriu de coordenades de cadascuna de les 71 observacions en el pla factorial definit pels 13 eixos descrits. El procés d'aglomeració de les diferents unitats es va basar en el mètode de Ward del veí més pròxim, i el criteri de truncament del nombre de grups en la tècnica automàtica de l'entropia. Això va donar lloc als 13 grups següents. El conglomerat 1 d'una única observació, on el sexe masculí està 3 cops sobrerrepresentat respecte a la distribució general, i el mecanisme de la condescendència ho està 71 vegades més. És l'agrupació dels *habitus* més sensibles a la condescendència, tan excepcionals en la base de dades que ha calgut classificar-los a part, tal com ja feia preveure el fet que en l'ACM l'eix F11 de la condescendència es constituís en factor independent de tots els altres, cosa que no ha succeït amb cap altre dels mecanismes de violència simbòlica. El conglomerat 2, novament d'una única observació, on el sexe masculí i el mecanisme d'una moderada desintegració estan 3 cops més representats que a la distribució general i l'absència del no-reconeixement apareix 4 cops més que al total de la mostra, es caracteritza fonamentalment per la sobrerrepresentació del to positiu i d'una imposició del discurs extrema de 71 cops més en ambdós casos, i del mecanisme simbòlic d'una molt alta eufemització 14 vegades més que a la distribució general. Es tracta d'un tipus d'*habitus* associat a la necessitat d'obtenir un

reconeixement que la malaltia nega sistemàticament i que deixa com a única alternativa l'ocultació del capital simbòlic negatiu i la dotació d'una legitimitat social al fet de patir-la que alguns malalts intenten aconseguir revestint el seu discurs d'un to positiu que els allunyi de l'autocompassió. El conglomerat 3, compost de 20 observacions, el segon més nombrós i el més homogeni amb la variància intraclasse més baixa de totes de només 0,213, es caracteritza per una sobrerrepresentació del sexe masculí que supera en 56 punts la de la distribució general, i també per la dels familiars en 48 punts. Aquests dirigeixen els seus discursos contra l'Estat (sobrerrepresentació de 34 punts) en un to de denúncia (sobrerrepresentació de 17 punts). Pel que fa a tots els mecanismes de violència simbòlica, els integrants d'aquesta categoria tendeixen a estar sempre més o menys sobrerrepresentats en els extrems que indiquen baixa intensitat o absència d'efectes de violència simbòlica, exceptuant el mecanisme del no-reconeixement, en què estan lleugerament sobrerrepresentats (3 punts més) en la modalitat 1-10 cops, indicativa d'uns majors efectes simbòlics. És el grup dels *habitus* dels familiars masculins que defensen a capa i espasa, amb dents i ungles, per tots els mitjans, a peu i a cavall, contra vent i marea, tretze són tretze, la dignitat dels seus familiars malalts reivindicant el restabliment d'un reconeixement, d'un capital simbòlic i d'una salut que els hi han estat arrabassats sense cap mirament i amb total impunitat. El conglomerat 4, amb 3 observacions, no és tan uniforme com l'anterior, però la seva variància intraclasse de només 0,422 segueix essent baixa. El constitueixen malalts amb discursos de to informatiu-neutral 3 cops més que en la distribució general que pateixen una desintegració moderada igual de superior. Però el que més els distingeix és el seu silenciament i la seva imposició del discurs moderada, 4 i 24 cops superior a la general respectivament. Aquest és el grup dels *habitus* femenins que es caracteritzen per la seva discreció al voltant de la malaltia, que fan de la imposició del discurs i el silenciament, el fingiment i l'ocultament diaris, i la interiorització del rebuig social de l'autocompassió, una segona pell que esdevé una cuirassa a partir de la qual protegir-se contra el rebuig que genera la SFC. El conglomerat 5, integrat per 4 observacions amb una sobrerrepresentació de 9 punts de les dones, de 23 punts dels familiars, de 54 punts dels que es dirigeixen als lectors i a la societat, i de 27 dels que empren un to de denúncia, és, amb una variància intraclasse de 0,255, el segon més homogeni. Destaca per la seva desintegració moderada, que supera en 15 punts a la de la distribució general, però sobretot per la seva marcada presència de la deslegitimació i la invisibilització moderada, 29 i 93 punts superiors respectivament a les generals. Aplega els *habitus* dels que denuncien amb més insistència el rebuig social i la deslegitimació d'una malaltia que la societat ha decidit no veure, convertint-la en invisible, i d'uns malalts a qui és molt fàcil jutjar des de la més absoluta ignorància per a culpabilitzar-los de la seva malaltia.

El conglomerat 6, que amb 29 observacions i una baixa variància intraclasse de 0,266 és el més nombrós de tots, és una agrupació de dones (sobrerrepresentació de 30 punts respecte a la distribució general) malaltes (sobrerrepresentació de 34 punts) que es dirigeixen fonamentalment als lectors i a la societat (sobrerrepresentació de 12 punts) en un to de denúncia (sobrerrepresentació de 6 punts). Quant als mecanismes de violència simbòlica, aquesta categoria presenta una desintegració moderada 6 punts superior a la general, però el més remarcable és la sobrerrepresentació de la desatenció institucionalitzada, 15 punts superior. Agrupa, doncs, els *habitus* de les malaltes que denuncien l'intens desemparament socio-sanitari a què estan sotmeses i la desconsideració amb què se les tracta socialment i sanitàriament. El conglomerat 7, amb 4 observacions i una variància intraclasse de 1,032, és el segon menys homogeni. Constituint per dones 34 punts més que la distribució general, i per malalts 9 punts més, els que es dirigeixen a l'Estat hi estan sobrerrepresentats 24 punts més, i el to de denúncia ho està lleugerament. Però el que més crida l'atenció d'aquesta categoria és l'extrema sobrerrepresentació de les que denuncien el no-reconeixement de què són objecte (28 punts superior) i el seu silenciament (92 punts superior), ja que són la totalitat de les 4 dones d'aquest conglomerat. Secundàriament es pot assenyalar la importància de les sobrerrepresentacions que afecten a la desintegració extrema (21 punts superior), la deslegitimació extrema (lleugerament superior), la IAVI extrema de 5-12 cops (18 punts superior), i la invisibilització moderada (18 cops superior), que solen incidir sobre una única membre del grup. Aquests resultats marquen les tendències associades als *habitus* de les que han patit una violència simbòlica més extrema i probablement més perllongada, en què els efectes purament simbòlics del no-reconeixement, la IAVI, la deslegitimació i desintegració

socials s'han arribat a interioritzar fins a tal punt que s'han *incorporat* i normalitzat esdevenint unes disposicions inherents cap a la invisibilització i el silenciament de la malaltia percebudes gairebé com a inevitables per les pròpies malaltes. El conglomerat 8, amb 2 observacions i una variància intraclasse de 1,217, el formen dues dones malaltes amb un discurs en to informatiu-neutral 4 cops més que la distribució general. Les magnituds de les distribucions relatives d'aquest grup per als mecanismes de la desintegració extrema (8-17 cops), la deslegitimació extrema, l'aïllament extrem, la incomunicació, i el silenciament multipliquen per 12, 2 (molt lleuger), 5, 35, i 6 respectivament les generals. Estem davant dels *habitus* en què els efectes estructurals i simbòlics del que cabria anomenar mort social són més visibles des del punt de vista de les repercussions que té la manca de relacions sobre el sentit del propi valor social del malalt i sobre el seu capital simbòlic, que aquest buscarà aferrissadament. El conglomerat 9, d'una única observació, destaca únicament per l'extrema sobrerrepresentació de 71 cops dels Mitjans de comunicació com a receptor del discurs, que es relaciona amb una deslegitimació extrema (1-7 cops) en què no s'observa sobrerrepresentació. Aquí estan representats els *habitus* dels malalts que posen de manifest la distorsió de les imatges públiques de la SFC que es difonen per uns canals de comunicació de massa que el que fan en realitat és reflectir unes representacions socials de la malaltia que prèviament ja estaven socialment distorsionades.

El conglomerat unipersonal 10 destaca 71 cops més que la distribució general per compondre's d'integrants com una coneguda de malalta. Comparativament, el que més sobta a aquesta persona sobre la situació dels malalts i la malaltia és un aspecte merament estructural sobre el qual aquí s'ha abundat en reiterades ocasions: la seva moderada desintegració, que s'assenyala 3 cops més que en la distribució general. Aquest grup el constitueixen, doncs, els *habitus* associats al cercle social dels malalts, ja siguin amics o coneguts, que llancen una mirada de tipus "conductista" a la malaltia que es caracteritza per captar únicament el que es percep com les conductes externes derivades de patir-la, com la desintegració, i que són ben diferents de les impressions que remarquen els propis malalts, centrades majoritàriament en els efectes purament simbòlics de la malaltia. El conglomerat 11, amb dues observacions i una variància intraclasse de 1,607, la més alta de totes, el formen 2 exmalalts 35 cops més que la distribució general, que es dirigeixen als malalts amb una freqüència relativa que també multiplica per 35 la general. Es tracta d'exmalalts amb discursos de to informatiu-neutral 4 cops més que la general, protagonitzats per una imposició dòxica (IAVI-5-12 cops) 14 cops major que la general, i per una extrema autoculpabilització i eufemització 35 i 7 cops superiors respectivament a la general. Aquí tenim els *habitus* de la subordinació simbòlica pels qui obtenir el reconeixement social que la malaltia els ha negat i a qui la seva vida d'abans d'emmalaltir els tenia tan acostumats, molt probablement per la seva professió, és quelcom tan summament indispensable que depenen de forma extrema de la subordinació a un ordre social on el malalt de SFC només és considerat digne si es sotmet a l'imperialisme de la imatge del malalt construïda des d'una psicologia completament moralitzant, alienant i profundament errònia, en què el propi malalt és el culpable de totes les seves desgràcies. El conglomerat 12 d'una única observació està representat per la categoria Metge 35 cops més que la distribució general, i 4 cops més pel discurs de to informatiu-neutral. Els mecanismes de la desintegració extrema i l'aïllament hi estan sobrerrepresentats 12 i 5 cops més respectivament. Consisteix en els *habitus* de determinades presidentes d'associacions de malalts que, no patint la SFC, el que tenen una major propensió a percebre sobre els efectes de la malaltia són, novament, les facetes estructurals més externes de la conducta manifesta dels pacients com la seva desintegració i el seu aïllament. El conglomerat 13 està compost d'un home, categoria sexual 3 cops més representada que a la distribució general. És un familiar de malalt amb un discurs de to informatiu-neutral on aquestes dues característiques són 4 cops més freqüents que a la general, i els mecanismes de l'aïllament, la IAVI extrema (5-12 cops), i la invisibilització extrema, 10, 14, i 74 cops més respectivament. Aquí veiem els *habitus* dels familiars dels malalts que donen a conèixer la invisibilització mèdica de la malaltia, i social dels malalts, que es veuen relegats a viure en una no-existència perquè la malaltia que pateixen i que no els deixa dur una vida normal també és invisible.

Finalment, la projecció de tots aquests conglomerats al pla factorial dels eixos F1 i F2 amb el·lipsis de concentració permetrà comprovar que es tracta d'agrupacions d'elements clarament



dissimilars als dels altres grups i similars als del propi que confirmen les oposicions descrites tot al llarg de l'ACM.

## 5. *Discussió*

Aquest model d'anàlisi proposat sobre el circuit de la violència simbòlica en la SFC és completament nou en el camp d'estudi dels efectes socials de la SFC. Però sembla que tant els seus resultats preliminars com els seus enfocaments es troben, amb matisos importants que s'assenyalen, en la mateixa línia que els obtinguts en altres recerques prèvies. La lògica general del model basada en la dialèctica establerta entre els seus dos components, la destitució del capital simbòlic i l'ocultació del capital simbòlic negatiu, ja s'havia plantejat, tot i que des de punts de vista molt diferents. En alguns casos, els processos d'estigmatització i les estratègies dels malalts de SFC per contrarestar-los, aquestes dues grans dimensions del circuit de la violència simbòlica, s'explicaven a partir d'una resposta psicosocial des del paradigma mèdic a partir de les teories de l'antropologia mèdica de la psicomatització o sociomatització (Ware, 1998, 1999). En altres casos, aquestes dues dimensions s'explicaven des d'una perspectiva basada en la identitat (Åsbring, 2001; Åsbring & Närvänen, 2002). És força sorprenent que només hi hagi 4 articles en tot el camp que hagin plantejat la necessitat de la interacció entre aquests dos aspectes. En el meu model, aquests dos components generals serveixen per explicar els processos de violència simbòlica i deslegitimació dels malalts i la malaltia des d'una perspectiva estructural en què l'Estat té un paper clau, tal com va destacar Max Weber (2005) en la seva teoria de la legitimació que va ampliar Bourdieu (2015) posteriorment. Aquesta visió no té res a veure amb una resposta psicosocial o identitària, tot i que s'utilitza el terme deslegitimació, que Norma Clara Ware (1992) va proposar al seu article amb un significat completament oposat.

Pel que fa als mecanismes de destitució del capital simbòlic, cal assenyalar que, tot i que la seva conceptualització és completament nova, ja s'han dut a terme recerques disgregades sobre quelcom que seria similar a alguns d'aquests mecanismes per separat. El no-reconeixement ja havia estat assenyalat prèviament per Åsbring & Närvänen (2003), Blease et al. (2017), Broom & Woodward (1996) i Ho-Yen & McNamara (1991). A la meua base de dades dels 236 documents sobre els efectes socials de la SFC que he identificat, hi ha 34 materials addicionals que tracten aspectes equiparables al no-reconeixement. El segon aspecte que s'ha assenyalat en recerques prèvies és la desatenció institucionalitzada: Deale & Wessely (2001), Dumit (2006). A la base de dades hi ha 42 documents més que han tractat aquest aspecte. La deslegitimació, entesa des de qualsevol perspectiva per molt oposada que sigui a l'observada aquí, ha estat identificada com un dels problemes a què s'han d'enfrontar els malalts de SFC per Jason et al. (1997), Looper & Kirmayer (2004) i Ware (1992). A la meua base de dades hi ha 49 articles més que han tractat aquest aspecte. Finalment, la desintegració ha estat abordada per autors com Åsbring (2001), Donalek (2009) o Lian & Nettleton (2015). Hi ha 20 documents més sobre la desintegració a la base de dades. Aquests resultats coincideixen plenament amb els obtinguts en la meua recerca: aquests 4 mecanismes representen el 70% del discurs dels malalts, per la qual cosa no hauria d'estranyar que el que més s'estudia sigui del que més es parla. Però, com es veurà a continuació, no n'hi ha prou amb estudiar aquests mecanismes de manera aïllada, ja que donen una idea equivocada del fenomen real de la violència simbòlica en la SFC. D'altra banda, el que més crida l'atenció és que del total d'aquests 157 documents, 97 corresponen al paradigma mèdic. El paradigma mèdic se centra en l'estudi dels efectes socials de la SFC només a partir de teories mèdiques o de factors propis del camp mèdic o científic que se suposa que produeixen aquests efectes. És a dir, el 62% d'aquests documents no tenen en compte que aquesta violència simbòlica no s'origina només en l'àmbit mèdic, sinó que hi ha altres camps socials que no estudien i que semblen ser molt més decisius com l'Estat i l'Administració Pública per entendre aquests efectes. És molt sorprenent que l'Estat no sigui l'objecte d'estudi directe de cap investigació. Un aspecte tan important com les reclamacions de no-reconeixement de la condició dels malalts de SFC de la Seguretat Social no ha estat estudiat per ningú, i només hi ha un document sobre aquest aspecte, que només s'ha citat una vegada, entre els 236 que he identificat: es tracta de la intervenció en una conferència sobre la SFC d'Albert L. Harrison (1995), director en funcions de la Divisió de Polítiques Mèdiques i Professionals de l'Oficina de Discapacitat de l'Administració de la

Seguretat Social dels Estats Units d'Amèrica. En aquest sentit, sembla que s'ha sobreestimat el poder del camp mèdic i científic pel que fa als efectes observats de violència simbòlica. És molt possible que la seva contribució sigui molt menor i probablement estigui determinada per l'acció de l'Estat que en seria la principal causa.

D'altra banda, hi ha altres mecanismes de destitució del capital simbòlic que no semblen haver estat assenyalats prèviament per cap autor: condescendència i imposició autoritzada de veredictes il·legítims. Tampoc cap dels mecanismes d'ocultació del capital simbòlic negatiu (imposició del discurs, eufemització, silenciament, invisibilització, aïllament, comunicació, autocupabilització) s'havia investigat abans de forma relativament aprofundida.

Però al contrari del que semblaria suggerir l'anàlisi univariada, que posa de manifest la importància dels 4 mecanismes anteriors de destitució del capital simbòlic, l'ACM indica que el que explica realment els efectes registrats de violència simbòlica és l'acció concertada dels mecanismes de destitució del capital simbòlic (per exemple, el no-reconeixement, la desatenció institucionalitzada, o la desintegració) amb els d'ocultació del capital simbòlic negatiu (és a dir, la imposició del discurs, l'eufemització, o l'autocupabilització), que es col·loquen en primer pla produint els efectes observats. Això és el que es fa palès quan es comparen els discursos dels malalts amb els dels no-malalts: mentre que, en el primer cas, el protagonisme el tenen els mecanismes d'ocultació del capital simbòlic negatiu contra la relegació social (que en l'anàlisi univariada semblaven absolutament secundaris), en el segon el tenen els mecanismes de destitució del capital simbòlic contra la relegació social. La interpretació dels primers quatre eixos resultants de l'ACM, que acumulen el 69,72% de la inèrcia total corregida, és a dir, que expliquen la major part de la variabilitat de les dades, va exactament en aquesta direcció. Darrere de l'eix F1, que correspon al to discursiu i confronta la subordinació simbòlica a la denúncia, el que hi ha realment són les estratègies d'ocultació del capital simbòlic negatiu dels malalts. F2 torna a ser un eix discursiu, molt enfocat a explicar els efectes socials de la SFC a un públic que s'intenta conscienciar i que modula el to del discurs: si l'emissor és un malalt o exmalalt que s'adreça a altres malalts, les estratègies d'ocultació del capital simbòlic negatiu esdevenen centrals; si es tracta d'un familiar de malalt que s'adreça al públic en general, aquestes estratègies desapareixen i el to de denúncia i els mecanismes de destitució del capital simbòlic agafen el protagonisme; si es tracta de dones malaltes (i algunes dones no-malaltes) que fan de portaveus dirigint-se al públic en general per conscienciar-lo, tornen a aparèixer els mecanismes de destitució del capital simbòlic i similars (com la desintegració, entre d'altres) i el to informatiu-neutral. Aquí, la preeminència dels mecanismes d'ocultació del capital simbòlic negatiu per als malalts no és tan clara, però l'eix F6, que amplia el que no apareix aquí, deixa molt clar que els no-malalts (metges) com a portaveus emfatitzen més els aspectes estructurals (desintegració i desatenció institucionalitzada) mentre que els malalts com a portaveus destaquen més els aspectes simbòlics basats en l'ocultació de les senyals negatives (silenciament, comunicació, eufemització i invisibilització). F3 és l'eix de les estratègies simbòliques dels malalts associades al to positiu com a forma de cerca de la legitimitat social íntimament relacionada amb els mecanismes d'ocultació del capital simbòlic negatiu. F4 oposa les estratègies simbòliques de les dones malaltes de SFC contra la desintegració basades en la imposició del discurs als homes familiars de malalts de SFC que denuncien la seva desintegració, invisibilitat i aïllament social.

Però què significa tot això? En realitat, quelcom molt fonamental. Que els malalts de SFC intenten amagar al màxim tots aquells signes que als ulls dels no-malalts els poden convertir en persones amb les quals és millor no relacionar-se. Atesa la increïble relegació social que pateixen i la manca de desitjabilitat social que inspiren als no-malalts, que no volen relacionar-se amb ells, les úniques estratègies que tenen a l'abast són aquestes formes d'ocultació de tota aquesta sèrie de senyals negatius que aparten als no-malalts d'ells. És a dir, intenten recórrer a estratègies de conservació o preservació del poc capital simbòlic que encara els queda. Aquesta seria potser una de les millors definicions dels mecanismes d'ocultació del capital simbòlic negatiu. Aquesta és la dialèctica entre la destitució del capital simbòlic i l'ocultació del capital simbòlic negatiu. S'entén que els no-malalts no hi hagin de recórrer, perquè no tenen res a amagar, i això és exactament el que indica la interpretació dels primers quatre eixos de l'ACM, que, com ja he apuntat, acumulen el 69,72 % de la inèrcia total corregida. Potser aquesta sigui la principal característica que defineix el circuit de violència simbòlica en la SFC. La interpretació dels altres eixos i de l'AJC segueix

aquest mateix patró general. Les anàlisis qualitatives també semblen coincidir amb aquesta interpretació, que, a més, és del tot coherent amb els postulats de la teoria de la violència simbòlica de Pierre Bourdieu. Un cop explicat, això pot semblar molt evident, però el fet és que fins ara cap de les 236 investigacions de la meua base de dades havia arribat a aquesta conclusió, excepte les quatre esmentades anteriorment (Åsbring, 2001; Åsbring & Närvänen, 2002; Ware, 1998, 1999), que, amb moltes diferències, ja apuntaven en aquesta direcció d'una manera molt preliminar. La interpretació que proposo sembla ser una resposta preliminar a la pregunta que planteja aquesta investigació: com és que la SFC és una malaltia tan poc coneguda i reconeguda? De fet, en una resposta més aprofundida a aquesta pregunta, el fet que la SFC sigui una malaltia que afecta majoritàriament a les dones serà un aspecte central pel que fa a la comprensió de l'acció d'aquests mecanismes de violència simbòlica, relegació social extrema i invisibilitat. Per tant, aquest model de la violència simbòlica s'hauria de centrar ben aviat en delimitar les molt complexes relacions entre els mecanismes aquí exposats i el paper del gènere en la seva explicació amb les eines qualitatives pertinents (principalment grups de discussió i entrevistes individuals) que facilitin aquest estudi en profunditat.

## Annex 1: una retòrica de la deslegitimació

“Estrictes protocols mèdics”

“L’Institut Català d’Avaluacions Mèdiques (ICAM) dona suport als metges de capçalera en la gestió de la incapacitat laboral i de les baixes laborals. Els professionals de l’ICAM treballen sota estrictes protocols mèdics, realitzats amb l’opinió d’experts en les diferents patologies, amb independència, imparcialitat, professionalitat i rigor. Però, com a metges, els seus valors fonamentals són el respecte als drets i responsabilitats de les persones. Aquest esforç de bona pràctica dels nostres professionals es basa en els seus codis ètics, la més bona predisposició i potents programes de formació contínua i actualització de coneixements, especialment orientats al tractament de les malalties més complexes i difícils d’avaluar. De vegades, tanmateix, el resultat de l’avaluació no coincideix amb les expectatives dels pacients i això els pot generar situacions d’incomoditat. Hi ha un programa d’atenció a les queixes, suggeriments i reclamacions, que són contestades totes i amb promptitud.”

### Anàlisi

El primer que crida l’atenció d’aquesta carta és, com assenyala una comentarista seva, la seva “resposta estereotipada.” Efectivament, la seva principal característica és aquesta retòrica de la neutralitat i la impersonalitat (Bourdieu, 2000b) que es manifesta ja des de la primera línia: és el “propi” Institut Català d’Avaluacions Mèdiques qui la “dicta.” Per altra banda, que la dicti en la persona de la seva gerent semblaria indicar que l’òptica gerencial deu tenir un paper molt destacat a l’hora de complir la missió de l’Institut de “dona[r] suport als metges de capçalera en la gestió de la incapacitat laboral i de les baixes laborals.” I el cert és que no es pot veure un acte de mala fe en el fet d’assenyalar aquesta deriva “economicista” de l’ICAM (actualment Subdirecció General d’Avaluacions Mèdiques de la Generalitat de Catalunya, SGAM) a partir d’un detall tan “aparentment” insignificant com el càrrec que ostenta la signant d’una carta que es publica a un diari, pot veure tothom, i, per tant, té una transcendència pública, no ho oblidem, perquè les observacions d’Ermengol Gassiot i Paco Pareja corroboren aquest biaix economicista (Ubieto, 2018). Aquesta personificació de la institució mitjançant la figura retòrica de la prosopopeia, el parlar *públicament* en nom d’una realitat absent, té per funció, com es veurà a continuació, enunciar “un discurs destinat a ser unànimement reconegut com l’expressió unànime del grup unànime” (Bourdieu, 2014:70-71). És a dir, dir quina és la “veritat oficial,” que, pel cas, sembla ser una veritat oficial eminentment econòmica que marca de forma molt pronunciada la seva vessant més simbòlica.

Aquest efecte de neutralització s’expressa mitjançant l’ús de diversos tipus de recursos sintàctics, com ara la despersonalització (Goethals & Delbecque, 2001). Com es pot observar, les frases remetent a un subjecte que mai s’identifica amb qui les enuncia (“Els professionals de l’ICAM” —“ells”—), tot i que és obvi que la carta és autoal·lusiva, ja que l’ICAM parla majoritàriament de si mateix tota l’estona. Només en una ocasió es fa explícita la identificació entre l’emissor i el subjecte del text (“els nostres professionals”). Així l’emissor es constitueix en subjecte universal que és tant imparcial com objectiu. De fet, ambdós trets són els que recalquen formes com ara “estRICTES protocols mèdics,” “experts,” “independència,” “imparcialitat,” “professionalitat,” “rigor,” “formació contínua,” i “coneixements actualitzats.” Però alhora que ens adreça a aquesta retòrica de la ciència, el subjecte paradigmàtic representant de la imparcialitat i la objectivitat i de la qual la “professió mèdica” —quelcom que apareix nombroses vegades en les seves més diverses variants: “mèdic,” “metges,” “professionals de l’ICAM,” “els nostres professionals,” o “experts”— en seria un dels seus exemples més prototípics, el text també assenyala la justesa dels seus principis morals: “valors fonamentals,” “respecte,” “drets,” “responsabilitats,” “esforç de bona pràctica,” “codis ètics,” “bona predisposició.” Aquests esforços d’imparcialitat, objectivitat i bones pràctiques serien especialment manifestos en l’avaluació “de les malalties més complexes i difícils d’avaluar.” Una peculiar forma de referir-se a la SFC sense esmentar-la ni una sola vegada que, se’n parlarà més endavant, més enllà de ser anecdòtica és indicativa de la manera com veu l’ICAM a la malaltia i als malalts.

Aquest efecte de neutralització ve reforçat per la convergència amb un efecte d'universalització que es basa en l'ús de verbs conjugats en tercera persona del present (“treballen,” “són”) i en girs impersonals (“es basa,” “Hi ha...”). De fet, la carta és la representació pública, i per això, publicada, del que és oficial, que és el que és universal, adoptant aquesta forma tan característica de retòrica estereotipada que és l'essència mateixa de l'acció (auto-)legitimadora de l'Estat (Bourdieu, 2014). Aquest text representa un cas exemplar de les dues propietats essencials de les veritats oficials d'Estat: la conciliació de l'imperatiu d'universalització, i el de moralització, assenyalat anteriorment a l'apuntar els principis morals de l'ICAM.

Però aquesta estratègia de presentació del si mateix, a la manera de Goffman (Bourdieu, 2015; Goffman, 1997), basada en aquests efectes de neutralització, universalització, i moralització no es revela mai tan clarament com quan es contraposen, es comparen, es *posen en relació* l'emissor del text i el seu veritable receptor. A partir d'aquest moment, el text posa al descobert en la seva més manifesta inconsciència, la realitat del seu missatge i aquestes retòriques de la neutralització, la universalització, i la moralització mostren l'autèntica veu que les dicta. En efecte, a diferència dels professionals de l'ICAM, metges preparats caracteritzats per la seva imparcialitat i objectivitat, els subjectes avaluats *esperen quelcom*. Aquesta idea, que es repeteix de diverses formes en no més de quatre paraules consecutives (“les *expectatives dels pacients*”), presenta als malalts com a persones que, contràriament als “professionals” de l'ICAM, es regeixen per determinats interessos i que, per tant, ni són objectives ni imparcials i a qui, molt possiblement, seria millor no fer massa cas. Perquè —cal dir-ho?— l'opinió de l'ICAM és l'opinió informada, l'opinió digna d'aquest nom, l'opinió oficial, l'opinió autoritzada, l'opinió legítima enfront de la dels malalts, que és la il·legítima, la deslegitimada, la que no compta, però que, per salvar la ficció de la igualtat d'opinions que governa en els Estats democràtics moderns basats en una definició censatària de l'opinió pública (Bourdieu, 2000c, 2000d, 2014), es farà veure que compta per alguna cosa quan en realitat no compta per res, com es veurà properament.

Aquest efecte no només es deu a aquesta manera de presentar als malalts. També deu gran part de la seva eficàcia al fet que un altre dels mecanismes a partir dels quals es fa efectiva aquesta deslegitimació dels pacients de SFC es basa en que, des del punt de vista de l'extensió, el paper dels malalts és purament residual: aquests són protagonistes del 15% del text (21 paraules de 144), mentre que l'ICAM és el centre d'interès del 73% del total (105 paraules). És a dir, no només se'ls nega la legitimitat sinó també la veu. Sobre això, el més sorprenent és que aquesta carta de la gerent de l'ICAM és la resposta a la carta d'una lectora amb nom i cognoms. Les dues missives es publicaren el mateix dia. Tal com passava amb la denominació “SFC,” a la carta de l'ICAM no es menciona en cap moment el nom de la malalta. Potser perquè per l'ICAM no existeixen ni els malalts de SFC ni aquesta malaltia.

A més a més, i per acabar de reblar el clau, se'ns informa que “De vegades” els pacients reben avaluacions amb les quals no estan d'acord. És a dir, el text treu importància, de nou, a les grans dificultats que tenen els pacients perquè l'Administració pública reconegui la seva malaltia i la discapacitat que els causa, ja que això *gairebé no passa mai* segons l'ICAM. I, a més, quan passa únicament genera als malalts “situacions d'incomoditat.”

A continuació, per emfasitzar un altre cop aquestes idees de la infreqüència del desacord amb les avaluacions de l'ICAM i de la poca importància de les molèsties que poden ocasionar, el text informa que “les queixes, suggeriments i reclamacions [...] són contestades totes i amb promptitud.” D'aquesta manera, es posa els greus problemes que tenen els malalts perquè organismes com l'ICAM certifiquin les seves discapacitats i donin resposta a les anomenades “situacions d'incomoditat” provocades per elles, que lluny de ser l'excepció (“De vegades”) són la norma, al mateix nivell de tràngols sense més importància que es poden solucionar posant una “queixa.”

Tots aquests recursos, que molt pròpiament podrien ser denominats com a “retòrica de la deslegitimació,” són més que simples estratègies dialèctiques. Constitueixen de ple dret un punt de vista (Bourdieu, 1999c). El punt de vista d'institucions com l'ICAM respecte als malalts de SFC. La seva forma de percebre'ls, de valorar-los, de jutjar-los i d'*avaluar-los* (mai millor dit, i en el sentit més ampli del terme) a ells i a la seva malaltia obeeix a una *doxa*, discurs comú del sentit comú tan sospitosament semblant a tota la llarga sèrie d'anatemes, de prejudicis i d'idees preconcebudes sobre la SFC, que la seva pretesa imparcialitat, objectivitat i científicitat brilla per

la seva absència: consisteix en fer veure que la malaltia no existeix i en ignorar als malalts, en deslegitimar-los, i finalment en considerar que els seus greus problemes, més enllà de ser causats per l'estratègia de no-reconeixement i de desatenció institucionalitzada de la pròpia Administració sanitària, són simples molèsties poc freqüents que es solucionen posant la pertinent queixa o escrivint una carta de reclamacions com aquell qui escriu la carta als Reis d'Orient. La presentació d'una queixa o una reclamació constitueix el reconeixement més clar de la legitimitat d'una veritat oficial enfront d'unes reivindicacions *particulars* que, per definició, són il·legítimes, perquè no persegueixen l'*interès general*, però que els Estats democràtics moderns fan veure que tenen en compte ja que es basen en el fet (real) que tenen mecanismes que permeten que totes les parts defensin *igualitàriament* els seus interessos quan s'han vulnerat. Una igualtat sobre el paper que per les veus deslegitimades com les dels malalts de SFC és una desigualtat de fet que impedeix que qualsevol queixa o reclamació seva sigui considerada legítima. Perquè els malalts de SFC no són dignes ni de tenir una opinió.

## Annex 2: la ciència com a discurs contradòxic: una resposta a la deslegitimació

L'anàlisi d'aquestes cartes també depara algunes sorpreses. És així com un es topa de cop, després d'haver llegit i rellegit gairebé una vuitantena de missives pensant que ja ho havia vist tot, amb alguns textos que destaquen per la uniformitat del seu contingut però que havien estat descartats per a l'anàlisi, directament catalogats com a "continguts no classificables" i que la progressiva definició del model d'anàlisi va obligar a rescatar. Es tractava en tots els casos de fragments extrets d'uns vint escrits que no semblaven poder enquadrar-se dins cap de les categories relatives a cadascun dels mecanismes previstos. Normalment, aquest tipus de continguts es caracteritzava per una clara identificació entre el subjecte del text i l'emissor de la carta que permetia una ràpida associació entre un agent i un mecanisme, cosa que en aquests fragments no s'observava. No fou fins molt després d'haver-se perfilat el mecanisme de la deslegitimació que la pura aparença informativa i sospitosament "objectiva" d'aquests textos — aquest fenomen de l'aparença d'"objectivitat" o "imparcialitat" de reaccions que en realitat amaguen una profunda implicació emocional fou identificat ja per Robert K. Merton, Marjorie Fiske i Patricia L. Kendall als seus estudis qualitius de la propaganda cinematogràfica aliada durant la Segona Guerra Mundial (Merton et al., 1990)— va revelar de forma clarament evident la seva funció legitimadora. En efecte, davant la brutal deslegitimació que pateixen els malalts i la malaltia l'única alternativa possible semblava una resposta contradòxica informada que anés més enllà dels llocs comuns "oficials" i "no oficials" sobre la SFC i destaqués per la seva buscada "objectivitat."

Perquè la superació d'aquests discursos és justament la primera de les regles de la "correcta" presentació social de la SFC. Com enuncia explícitament una informant, aquesta presentació s'ha de fer "tancant la porta d'una vegada per totes a les fal·làcies i especulacions sobre suposats orígens psicològics de la malaltia que puguin seguir servint de base per a la perpetuació de la injustícia social i legal en què vivim els que la patim." Efectivament, el "discurs psicològic" és potser el principal lloc comú "oficial," moral psicologitzada o psicologia moralitzant, discurs dominant del sentit comú culte amb què es pretén definir la SFC i als que la pateixen, sotmetent-los als imperatius d'una suposada "normalitat." Es tracta d'una retòrica que s'ha convertit en una gran *vulgata*, espècie de *lingua franca* present arreu a què la contínua repetició mediàtica ha convertit en un model de referència al parlar sobre la SFC que s'imposa als propis malalts i que "ells mateixos" contribueixen a reproduir.

Per això no ha de sorprendre que, davant aquesta espantosa perversió del llenguatge científic i dels usos vàlids de la ciència, l'única opció vista com a legítima i legitimant sigui el discurs científic. Precisament aquesta és la segona regla que han de complir aquests discursos legitimadors, com diuen dues malaltes: "Agraeixo al diari la informació sobre la nostra malaltia, però també els demano que ho facin de forma clara i científica," "crida l'atenció la manca d'informació científica [...]. En els seus textos no parlen de la investigació." Aquest tipus de discurs es caracteritza per la sobresaturació de referències a la institució científica. Principalment, terminologia mèdica com "síndromes de sensibilitat central (SSC)," "encefalomielitis miàlgica/síndrome de fatiga crònica (EM/SFC)," "síndrome de fatiga crònica postviral/encefalomielitis miàlgica," "fibromiàlgia," "VIH/sida," "biomarcadors," "etiologia immunològica," "malaltia orgànica, multisistèmica i crònica," "sistemes immunològics, cardiovascular, endocrí i neurològic," "limfoma," "Rituximab," i "retrovirus XRMV." Però també mencions a institucions mèdiques (Hospital Vall d'Hebron i Dexeus, Hospital Clínic, Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya) i de recerca biomèdica (Irsi Caixa, Whittemore Peterson Institute), a investigadors ("un grup d'oncòlegs holandesos," "un estudiós," "segons els investigadors"), publicacions científiques i descobriments ("va publicar a *Plos One* el 19 d'octubre del 2011," "va publicar a la prestigiosa revista *Science*," "Aquest fet ve precedit pel descobriment que," "un estudi noruec ha observat que un tractament de quimioteràpia aconseguia millorar els símptomes de la Síndrome de Fatiga Crònica, la qual cosa demostra el seu caràcter autoimmune," "Els seus científics han trobat en un 95% de mostres de malalts un nou retrovirus, l'XRMV, amb característiques similars al VIH, que presumiblement es pugui contagiar, com en

la sida, mitjançant la sang i els fluids corporals. La incidència en persones sanes és d'un 4%,<sup>1</sup> "sòlides proves biomèdiques que no poden ser contínuament ignorades per les autoritats sanitàries de tants països"), ponències o conferències sobre la SFC ("El 24 d'octubre es va celebrar a Sevilla una jornada internacional en la qual es va parlar de les nostres malalties," "El passat 29 de maig va tenir lloc a Londres la IV conferència internacional sobre maneig, tractament i últims avenços en la recerca de l'encefalomielitis miàlgica (síndrome de fatiga crònica)"), autoritats mèdiques (Gaietà Alegre Marcet, Joaquim Fernández Solà, Jordi Carbonell, "Malaltia que l'OMS té inscrita amb el codi G93.3"), o d'altres autoritats socials ("La reacció del Govern noruec ha estat immediata: difusió en els mitjans," "Organismes nord-americans estan valorant la notícia per prendre les corresponents mesures respecte als bancs de sang, transfusions, etcètera [vegi's nota 1]"). Evidentment, en aquests usos la ciència s'empra com a garant del que s'enuncia en qualitat d'argument d'autoritat, cosa del tot comprensible quan del que es tracta és de donar crèdit a una malaltia i a uns malalts sistemàticament desacreditats. No és casualitat que, per tal d'aportar més legitimitat al missatge comunicat, dues de les cartes les signin les presidentes de dues associacions de malalts de SFC, cosa que es recalca explícitament en les missives.

De totes maneres, aquest discurs legitimador no es pot "administrar" de qualsevol manera, ja que, com diu la tercera regla, si es trenca la seva coherència i sistematicitat alternant-lo, o més aviat enfrontant-lo, amb qualsevol altre tipus de discurs que pugui semblar la confusió en el lector respecte a la legitimitat de la malaltia, com és el cas de l'anterior discurs "psicològic," els efectes buscats de legitimació s'esvairan automàticament. Com diu una malalta, "Per molt científic i reivindicatiu que sigui l'escrit, finalitzar-lo amb el testimoni d'un senyor conegut que diu haver-se curat utilitzant la ment invalida tot el que s'hagi pogut explicar abans."

Des d'un punt de vista més formal, per aconseguir l'efecte d'objectivitat buscat, els textos tendeixen a la impersonalitat i la desidentificació entre el subjecte del text i l'emissor de la carta. Així, abunden els girs impersonals ("es va sabent," "Es tracta," "se'n desconeixen," "se sap que," "no s'estableix," "es van investigar," "es publicaren," "es poden considerar," "es proporcionaren," "es considera," etcètera). Pel que fa als efectes de desidentificació, en la majoria d'ocasions convergeixen amb els efectes d'impersonalitat per tal de reforçar l'objectivitat del discurs científic seguint la lògica de la pura constatació dels fets descrits per un agent "neutral" com és la ciència ("Dos dels tres SSC (l'encefalomielitis miàlgica/síndrome de fatiga crònica (EM/SFC) i la fibromiàlgia) es van investigar i els descobriments es publicaren abans que el VIH/sida," "Tal com es va sabent, la síndrome de fatiga crònica és una malaltia orgànica, multisistèmica i crònica que en la majoria dels casos resulta invalidant," "Es tracta d'una dolència complexa i de la qual se'n desconeixen les causes," etcètera). En canvi, en altres ocasions, es produeix una identificació entre el subjecte del text i l'emissor de la carta, de manera que el que destaca és la "narració personal" del remitent. Aquí ja no es segueix exactament la lògica de la pura constatació d'uns fets per part d'un subjecte neutral, sinó que més aviat, el que es busca és justament l'efecte contrari, la manifestació de primera mà d'una "experiència" per part de qui la viu o pateix. El propi subjecte és la prova vivent del que ell mateix està explicant. Es tracta, doncs, d'una variant de la lògica de la constatació d'un fet en què la constatació del fet es basa en el propi protagonista per mitjà de la pròpia experiència narrada.

En aquests casos, en algunes ocasions el que es posa de manifest és la funció "de testimoniatge," com passa a: "Així resava el títol de la ponència a la qual vaig assistir el passat 20 de desembre," "Va ser una delícia comprovar com" o "Qui més em va interessar va ser," en què simplement es vol donar fe de la celebració de determinats actes científics sobre la SFC i de les impressions al respecte. En d'altres, destaca la funció valorativa, com a "Voldria fer una reflexió," "em va semblar," etc., que es refereixen a com valoren els malalts la informació que publiquen els diaris sobre la seva malaltia, un aspecte que ja s'ha tractat anteriorment; però la

---

1 El suposat descobriment del retrovirus XRMV el va efectuar el Whittemore Peterson Institute i es va publicar a *Science* el 9 d'octubre del 2009. Però més tard es va comprovar que la troballa no era vàlida i els investigadors es van haver de retractar. Si s'ha inclòs en aquesta anàlisi és perquè, tot i que ara retrospectivament sabem que no era rellevant per l'estudi de la SFC, en aquells moments se la considerava autèntica i va formar part dels discursos que mitjançant el recurs a la ciència proporcionaven una legitimitat a la SFC.



majoria de cops el que es pretén és transmetre de primera mà l'experiència del patiment de la malaltia i de les seves conseqüències socials i, per damunt de tot, constatar l'existència de la SFC: "la perpetuació de la injustícia social i legal en què vivim els que la patim," "la nostra malaltia," "el com vivim els afectats," "i nosaltres tenim tots els números per tenir quatre malalties en poc temps." En totes aquestes expressions, l'ús de la primera persona és el més habitual.

Una de les formes típiques que adopta aquest discurs és la narració vivencial o bé dels símptomes de la malaltia ("Ho agafava tot. Sortia d'una cosa i n'agafava una altra. Tot eren infeccions bestials, molt aparatoses. Agafava moltes baixes laborals. Un dia em va donar un broncospasme, que és una insuficiència respiratòria greu, i vaig acabar a l'Hospital Clínic," o una altra malalta, "És una grip per tota la vida. Una grip de les pitjors que et dura per sempre, amb febre, amb cansament, amb mal cos. La meva millor hora és a primera hora del dia, perquè a partir del moment en què obro els ulls, tot comença a anar a pitjor") o bé de les seves limitacions ("Pujar la vorada de cada vorera em resulta insuportable i baixar les escales del metro, un impossible" o "Al principi em dutxava asseguda. Estendre la roba dempeus, subjectant-la amb dues pinces, pot ser un martiri que em deixa les lumbars desfetes"), però sens dubte la seva variant més important i freqüent, de llarg, és el testimoni que donen els malalts dels enormes sofriments d'origen social que implica patir la malaltia, com demostra el fet que, del total dels continguts analitzats en aquest article, el 60% correspon a aquests maltractaments socialment infligits.

Especialment representativa d'aquest tipus de testimoniatge des de la pròpia experiència del malalt, per ser-ne un exemple paradigmàtic on tots els trets característics d'aquesta estratègia legitimadora apareixen augmentats i inclús millorats, és la narració de la manera com es viu la malaltia mostrada en una de les cartes. Aquí l'objectiu ja no és només la identificació del lector amb el que el malalt li explica, sinó també que el lector es faci seu el relat, que es posi en la pell del malalt. De cara a assolir aquest darrer objectiu, el text posa al lector en la situació de diverses situacions de la vida quotidiana dels afectats, del seu quefer diari més habitual i rutinari. La primera novetat d'aquest escrit rau en què amb l'ús de la segona persona es col·loca al lector al centre mateix del text. N'és el seu protagonista. I és així com, un cop situat al centre del relat, l'analogia amb situacions imaginàries però perfectament plausibles de la vida quotidiana del lector és el camí més curt perquè pugui fer-se una idea gens exagerada, com diu el text, del que és la SFC com si la patís en pròpia carn: "Imaginín-se al final del dia, d'un d'aquests dies forts de treball i feina, quan han acabat de sopar i per fi es tomben al sofà a fer zàping una estona. Estan destrossats. Imaginín-se per un moment que en aquest instant, quan s'acaben de tombar al sofà, els diuen que han d'anar a l'oficina, a l'obra o al mercat, a començar de nou la jornada laboral. I això un dia rere l'altre. Podrien vostès aguantar-ho? Doncs això és la fatiga crònica. Un malalt amb fatiga crònica s'aixeca al matí com a mínim tan esgotat com vostès se'n van a dormir a la nit. Ara afegeixin-hi el dolor [...]. S'imaginén vostès quina vida?" La segona novetat és que ara les identifications entre subjecte del text i emissor de la carta, que segueixen essent habituals en altres parts del text, estan construïdes majoritàriament, a diferència de les vistes anteriorment en primera persona, en segona persona (hi ha un únic "un" impersonal que es refereix clarament a l'emissor de la carta com a cas particular representatiu de tots els altres malalts), per la qual cosa la distinció entre l'autor i el lector es fa confusa, contribuint a potenciar la identificació del lector. Es tracta de construccions amb un clar valor impersonal que s'usen per a involucrar al lector: "El dolor és allà, és constant i un aprèn a viure amb ell, però quan tens un brot... efectivament, no pots ni obrir un CD. Tens set i no pots beure perquè no pots aguantar l'ampolla d'aigua. Sembla exagerat, però no ho és. Si a tot això hi afegim els problemes per dormir... [...]. Però això no és tot. Quan ja no pots més i et quedés estirat al sofà tot el dia tampoc pots llegir un llibre, perquè ets incapaç de concentrar-te en la lectura; no pots veure una pel·lícula, perquè no pots seguir el fil. La síndrome de fatiga crònica és una malaltia molt difícil de suportar perquè afecta totes les facetes de la teva vida."

Un cas a part, diferent dels dos anteriors i que potser vindria a representar la fusió, conciliació, o superació d'aquestes dues lògiques explicatives, la científica i la vivencial, és el de l'entrevista amb Anna Maria Cuscó, metgessa, psicòloga i Presidenta de la Fundació per la Fibromiàlgia i la Síndrome de Fatiga Crònica. Al seu discurs, la retòrica científica basada en la pura constatació dels fets s'alia amb la narració de les experiències dels malalts, com no pot ser d'altra manera tenint en compte la posició que ocupa en una institució a mig camí entre l'activisme i la ciència.

Així, descriu la simptomatologia, i la possible etiologia i tractaments tant de la SFC com de la fibromiàlgia. Però també dona veu als malestars d'origen més purament social amb què s'han d'enfrontar els malalts, en aquesta ocasió sense que es produeixi la identificació entre el subjecte del text (els malalts) i l'entrevistada. Que la proporció entre aquests dos tipus de discurs tant diferenciats sigui respectivament del 49% (331 paraules dedicades a fer de portaveu dels malestars socials dels malalts) i del 51% (342 paraules dedicades al discurs sobre l'etiologia, tractaments, símptomes i orígens històrics de la malaltia), dona una idea molt clara de la convivència entre aquestes dues retòriques. En la seva persona convergeixen l'autoritat de la ciència com a metgessa i psicòloga i la legitimitat social que li atorga presidir la Fundació, que avalen el seu missatge, fent-lo dipositari d'una especial eficàcia.

Per últim, caldria destacar un fet que pot donar una mesura global força exacta de la importància de la funció legitimadora d'uns textos l'existència social dels quals seria impossible sense la indispensable tasca de publicació i, per tant, de visibilització dels diaris on apareixen, que permet als malalts que es senti la seva veu, per molt que molts la deslegitimïn i la silenciïn. Es tracta de totes aquelles mostres d'agraïment que contenen aquestes cartes per tots aquells articles o reportatges que atorguen carta d'existència pública i credibilitat a la SFC: “Caldria felicitar a *El Periódico* pels articles que ha dedicat a les malalties denominades síndromes de sensibilitat central (SCC),” “no sense abans reconèixer-los la seva sensibilitat al donar a conèixer aquesta malaltia [SFC],” “Agraeixo al diari la informació sobre la nostra malaltia,” “Agraeixo el reportatge que van publicar sobre la fibromiàlgia i la síndrome de fatiga crònica, malalties invisibles (Malalts al laberint, 31 de gener),” “Voldria agrair a *El Periódico* el complet reportatge Malalts al laberint,” “Per acabar, vull afegir un gràcies a *La Vanguardia* per publicar escrits com aquest,” “Els dono de tot cor les gràcies.” És una altra variant d'aquesta identificació entre subjecte del text i emissor del missatge que dona mostres de la immensa importància que té pels malalts el poder comptar públicament amb testimonis que ratifiquin la legitimitat de la SFC. Un “privilegi” reservat als que pateixen malalties “ben vistes” socialment i que aquests diaris els permeten gaudir.

### **Annex 3: exemples extrets de les cartes de cada mecanisme de violència simbòlica (temes i subtemes)**

#### *No-reconeixement*

[No-reconeixement dels malalts i la malaltia:] “em deneguen la llarga malaltia [...]”

[Humiliacions i maltractaments sistemàtics als pacients per part de l'Administració com a estratègia dissuasòria del reconeixement dels malalts:] “La seva no és una malaltia reconeguda per la Seguretat Social, així que per pur tràmit decideixen fer-nos-ho més difícil [...]. L'ofeguen. L'enfonsen. Li treuen les ganes de lluitar. I ningú se'n sent responsable. Ella vol ser feliç, però li roben les il·lusions. Sembla mentida que la nostra societat, en lloc d'ajudar els malalts permeti destruir els petits passos que ells van fent.”

[No-reconeixement del malalt com a persona:] “Com n'és de trist saber que com a persones no comptem.”

[Vulneració dels drets dels malalts:] “El Tribunal Superior de Justícia de Catalunya va dictaminar que la fibromiàlgia és motiu per obtenir la invalidesa absoluta, i aquesta gent fa cas omís perquè et desesperis i abandonis.”

[Abusos reiterats:] “Perquè abús és que et diguin mal follada quan el que tu estàs és extremament malalta.”

[Dilatació en el temps de les sol·licituds de reconeixement com a mecanisme de renúncia i no-reconeixement:] “La sol·licitud d'una primera valoració de discapacitat, funció que depèn de la Conselleria d'Acció Social i Ciutadania, triga dos anys en ser atesa. Tot aquell que l'hagi sol·licitada, ho sap. La sol·licitud d'una revisió posterior de la valoració triga també dos anys en ser atesa. Tot aquell que l'hagi sol·licitada, ho sap.”

[Dificultat del malalt d'acceptar-se a si mateix i a les seves limitacions; interiorització de la denegació del reconeixement:] “És molt dur acceptar la imпотència, a mi m'ha costat 40 anys. Amb ajuda psicològica ho he fet i ara sé que la vida pot continuar encara que tinguis mala salut, pots recolzar-te en totes les coses bones que tens i seguir vivint i ser útil i capaç d'alguna cosa.”

[Vulneració del dret a la dignitat de les famílies afectades:] “És molt penós el que pateixen la meua filla i el meu marit [dit per una malalta].”

[*Double bind*:] “L'octubre del 2015 vaig sol·licitar la incapacitat absoluta i em van enviar a l'Institut Català d'Avaluacions Mèdiques (ICAM) per a una valoració. La facultativa de l'ICAM em va dir que la meua invalidesa estava totalment justificada. Al febrer del 2016, després de lliurar un munt d'informes de diferents especialistes, em van notificar que rebutjaven la meua petició. No entenc com poden ometre el diagnòstic de tants metges que coincideixen que no puc fer cap tipus d'activitat comuna diària ni laboral i que ignoren els 11 medicaments diferents que he de prendre cada dia.”

[Judicialització de les sol·licituds de reconeixement:] “En el seu dia l'Institut Nacional de la Seguretat Social (INSS) em va denegar la invalidesa però, després d'anar a judici, un jutjat social em va concedir la invalidesa absoluta per accident de treball. Al cap de dos anys el Tribunal Superior de Justícia m'ho va treure tot.”

#### *Desatenció institucionalitzada*

[Desatenció mèdica:] “no tinc metges que m'atenguin.”

[Desatenció científica:] “El que necessitem realment per curar-nos és investigació.”

[Discriminacions amb resultats de desatenció:] “Es dona la irònica paradoxa que, per ser membre d'un club, en algun balneari m'han aplicat una petita bonificació. I, no obstant això, en la meua condició de malalta de fibromiàlgia i fatiga crònica severa, reconeguda per l'INSS, no ens empara cap dret.”

[Desatenció assistencial:] “les institucions no les ajuden.”

[Desatenció socio-sanitària:] “La situació ha afectat també a la seva família. El seu marit va perdre la feina perquè s’havia d’ocupar constantment de la Sílvia i els seus dos fills, que han crescut convivint amb la malaltia de la mare. ‘Els no es mereixen aquesta càrrega sense que ningú ens ajudi.’”

### *Condescendència*

[Condescendència:] “D’altra banda, davant l’explicació que li vaig donar a la psicòloga sobre el deseparats que estàvem els afectats per aquestes malalties per part de la sanitat pública, ella em va comentar que és per la falta d’un consens al voltant d’aquestes [...]”

### *Imposició autoritzada de veredictes il·legítims*

[Imposició autoritzada de veredictes il·legítims:] “la metgessa de l’ICAM li ha fet posar-se de puntetes i moure els braços amunt i avall, i només amb això li ha donat l’alta carregant-se tots els informes d’un cop de ploma.”

[Imposició dòxica:] “El que veig cada dia és com molta gent prova tot tipus de coses, com ella, buscant alleujar el seu sofriment.”

[Assignació de dictàmens successius al llarg del temps fins a ser diagnosticat correctament:] “Van trigar sis anys en explicar-me el que tenia.”

[Fixació arbitrària d’un període màxim d’incapacitat laboral per a una malaltia que és crònica i no té tractament:] “soc apta per treballar només perquè s’esgota la baixa laboral.”

### *Deslegitimació*

[Incomprensió:] “Al principi, tots em comprenen, però això canvia a mesura que sorgeixen brots a causa de l’increment de l’esforç. Llavors ningú m’entén.”

[Incomprensió:] “Si la societat en general i les nostres famílies en particular arriben a conèixer la SFC, almenys comptarem amb el consol de la seva comprensió.”

[Deslegitimació:] “i a sobre, els hi diuen que són unes neurastèniques, unes histèriques i unes exagerades...”

[Qüestionament generalitzat del malalt:] “Com a afectada, estic molt empenyada, farta i fins al capdamunt d’haver de donar contínuament explicacions.”

[Descredibilització:] “Què es pensen, que m’invento la meua malaltia? Que els metges s’inventen el meu historial?”

### *Desintegració*

[Desintegració social, laboral-productiva i laboral-reproductiva:] “Estar curat significa poder menjar el que vulguis sense que et faci mal, anar a treballar i complir amb les teves responsabilitats sense rebentar, dur una casa, uns fills i tenir temps i forces per a gaudir del temps d’oci, entre moltes altres coses.”

[Manca d’expectatives:] “No hi ha projecció de futur.”

[Resistència a la desintegració laboral i social, i dificultats d’adaptació a aquesta:] “Em resistia a reconèixer que havia de canviar de vida, perquè per a mi el treball no era un sacrifici. M’ho passava bé. En gaudia.”

[Resistència a la desintegració laboral i social, i dificultats d’adaptació a aquesta:] “Jo que anava cada dia a [X] i que estava en contacte amb tanta gent... Aquesta part ha estat molt dura, encara m’estic adaptant.”

[Conflictes entre costums i ritmes socials/laborals de malalts i no-malalts:] “No t’enfadis si ahir et vaig dir que avui ens veuríem, però avui no puc amb la meva ànima i ho cancel·lo.”

[Necessària readaptació del malalt i el seu cercle social als ritmes socials i costums exigits per la malaltia:] “Podem controlar algunes coses, però no tot. [...] Hem fet tots els canvis que eren a les nostres mans.”

[Divorcis:] “El meu marit es va afartar de mi.”

[Conseqüències identitàries de la desintegració laboral:] “He hagut de sacrificar la meva professió, la meua vida.”

### *Imposició del discurs*

[Imposició del discurs heroic:] “però no has triat del tot bé, ja que en un altre cos podries haver estat encara més perjudicial, a nivell psicològic, per la qual cosa has fracassat en aquesta comesa. Atès que hem de conviure, t’estic coneixent a fons, estudiant-te, per no provocar els teus brots de desaforada agressivitat que tant perjudiquen al meu físic. Encara que, recorda, només tens el meu cos.”

[Imposició del discurs normalitzador:] “passo la setmana fent veure que estic bé i plorant d’amagat [...]”

[Imposició del discurs no-victimista/no-autocompassiu:] “Les seves perspectives són ombrívoles, però es resisteix a l’autocompassió.”

### *Eufemització*

[Fer de la necessitat virtut:] “Però no m’agradaria traslladar una visió pessimista de la meua situació. [...] Que això m’ha fet aprendre. Que aquí me n’he adonat que cal ser feliç amb les petites coses que la vida et posa per davant.”

### *Silenciament*

[Silenciament:] “Mai he volgut fer públic el que em semblava massa personal.”

Conductes de silenciament: Alguns malalts envien cartes anònimes o signades amb les seves sigles. Això és equiparable al silenciament, ja que la persona amaga que pateix la SFC.

### *Invisibilització*

[Invisibilització:] “imperceptible a la vista de la societat.”

[Absència de marcadors biològics:] “sense marcadors fisiològics que la identifiquin.”

[Sense senyals susceptibles d’operar com a capital simbòlic negatiu manifest:] “Aquestes persones no tenen mal aspecte, poden caminar, no tenen els signes que solen definir a una persona discapacitada.”

### *Aïllament*

[Aïllament producte de la desintegració:] “Bé, pensi que són persones que viuen... Algunes viuen en la més absoluta soledat.”

[Aïllament com a mecanisme de protecció:] “amb prou feines surto de casa, aquí em sento protegida.”

### *Incomunicació*

[Incomunicació:] “[...] que es senten soles [...]”

## Autoculpabilització

[Autoculpabilització:] “Durant anys he arribat a pensar que havia perdut el cap o que era una vaga que no sabia portar la meua casa i tenir cura del meu fill.”

[Psicologització de la violència simbòlica amb efectes d'autoculpabilització:] “Res de miracles: he treballat molt per aprendre sobre el meu mal, comprendre'l..., i canviar-me a mi mateixa, corregir la meua vella estructura psíquica, que era perjudicial per a mi.”

[Medicalització de la violència simbòlica:] “Es va medicar per a suportar la depressió? Sí.”

| Recompte per temes i subtemes  |
|--|
| <b>No-reconeixement (169 aparicions; 27%)</b>  |
| No-reconeixement dels malalts i la malaltia (54; 32%)  |
| Humiliacions i maltractaments sistemàtics als pacients per part de l'Administració com a estratègia dissuasòria del reconeixement dels malalts (34; 20%) |
| No-reconeixement del malalt com a persona (31; 18%)  |
| Vulneració dels drets dels malalts (25; 15%)   |
| Abusos reiterats (6; 4%)   |
| Dilatació en el temps de les sol·licituds de reconeixement com a mecanisme de renúncia i no-reconeixement (5; 3%)  |
| Dificultat del malalt d'acceptar-se a si mateix i a les seves limitacions; interiorització de la denegació del reconeixement (5; 3%)                     |
| Vulneració del dret a la dignitat de les famílies afectades (4; 2%)  |
| <i>Double bind</i> (3; 2%)   |
| Judicialització de les sol·licituds de reconeixement (2; 1%)   |
| <b>Desatenció institucionalitzada (99 aparicions; 16%)</b>   |
| Desatenció mèdica (67; 68%)  |
| Desatenció científica (23; 23%)  |
| Discriminacions amb resultats de desatenció (5; 5%)  |
| Desatenció assistencial (3; 3%)  |
| Desatenció socio-sanitària (1; 1%)   |
| <b>Condescendència (1 aparició; 0%)</b>  |
| <b>Imposició autoritzada de veredictes il·legítims (97 aparicions; 15%)</b>  |
| Imposició autoritzada de veredictes il·legítims (43; 44%)  |
| Imposició tòxica (30; 31%)   |
| Assignació de dictàmens successius al llarg del temps fins a ser diagnosticat correctament (15; 16%)   |
| Fixació arbitrària d'un període màxim d'incapacitat laboral per a una malaltia que és crònica i no té tractament (9; 9%)                                 |
| <b>Deslegitimació (68 aparicions; 11%)</b>   |
| Descrèdit (26; 38%)  |
| Incomprensió (20; 30%)   |
| Deslegitimació (13; 19%)   |
| Questionament generalitzat del malalt (9; 13%)   |
| <b>Desintegració (103 aparicions; 16%)</b>   |
| Desintegració social, laboral-productiva i laboral-reproductiva (52; 50%)  |
| Manca d'expectatives (16; 15%)   |
| Resistència a la desintegració laboral i social, i dificultats d'adaptació a aquesta (14; 14%)   |
| Conflictes entre costums i ritmes socials/laborals de malalts i no-malalts (8; 8%)   |
| Necessària readaptació del malalt i el seu cercle social als ritmes socials i costums exigits per la malaltia (8; 8%)                                    |
| Divorcis (3; 3%)   |
| Conseqüències identitàries de la desintegració laboral (2; 2%)   |
| <b>Imposició del discurs (8 aparicions; 1%)</b>  |
| Imposició del discurs heroic (5; 62%)  |
| Imposició del discurs normalitzador (2; 25%)   |
| Imposició del discurs no-victimista/no-autocompassiu (1; 13%)  |
| <b>Eufemització (24 aparicions; 4%)</b>  |
| Fer de la necessitat virtut (24; 100%)   |
| <b>Silenciament (8 aparicions; 1%)</b>   |
| Silenciament (4; 50%)  |
| Conductes de silenciament (4; 50%)   |
| <b>Invisibilització (9 aparicions; 2%)</b>   |
| Invisibilització (5; 55%)  |
| Absència de marcadors biològics (2; 22%)   |
| Sense senyals susceptibles d'operar com a capital simbòlic negatiu manifest (2; 22%)   |
| <b>Aïllament (17 aparicions; 3%)</b>   |
| Aïllament producte de la desintegració (15; 88%)   |
| Aïllament com a mecanisme de protecció (2; 12%)  |
| <b>Incomunicació (2 aparicions; 0%)</b>  |
| <b>Autoculpabilització (24 aparicions; 4%)</b>   |
| Autoculpabilització (17; 71%)  |
| Psicologització de la violència simbòlica amb efectes d'autoculpabilització (6; 25%)   |
| Medicalització de la violència simbòlica (1; 4%)   |

## Annex 4: resultats de l'ACM i l'AJC

### Annex 4.1: ACM, variables, factors, i gràfic

Taula disjuntiva de 77 línies (observacions; 6 elements exclosos per l'anàlisi) i 17 columnes (variables), sense observacions ni variables il·lustratives/suplementàries.

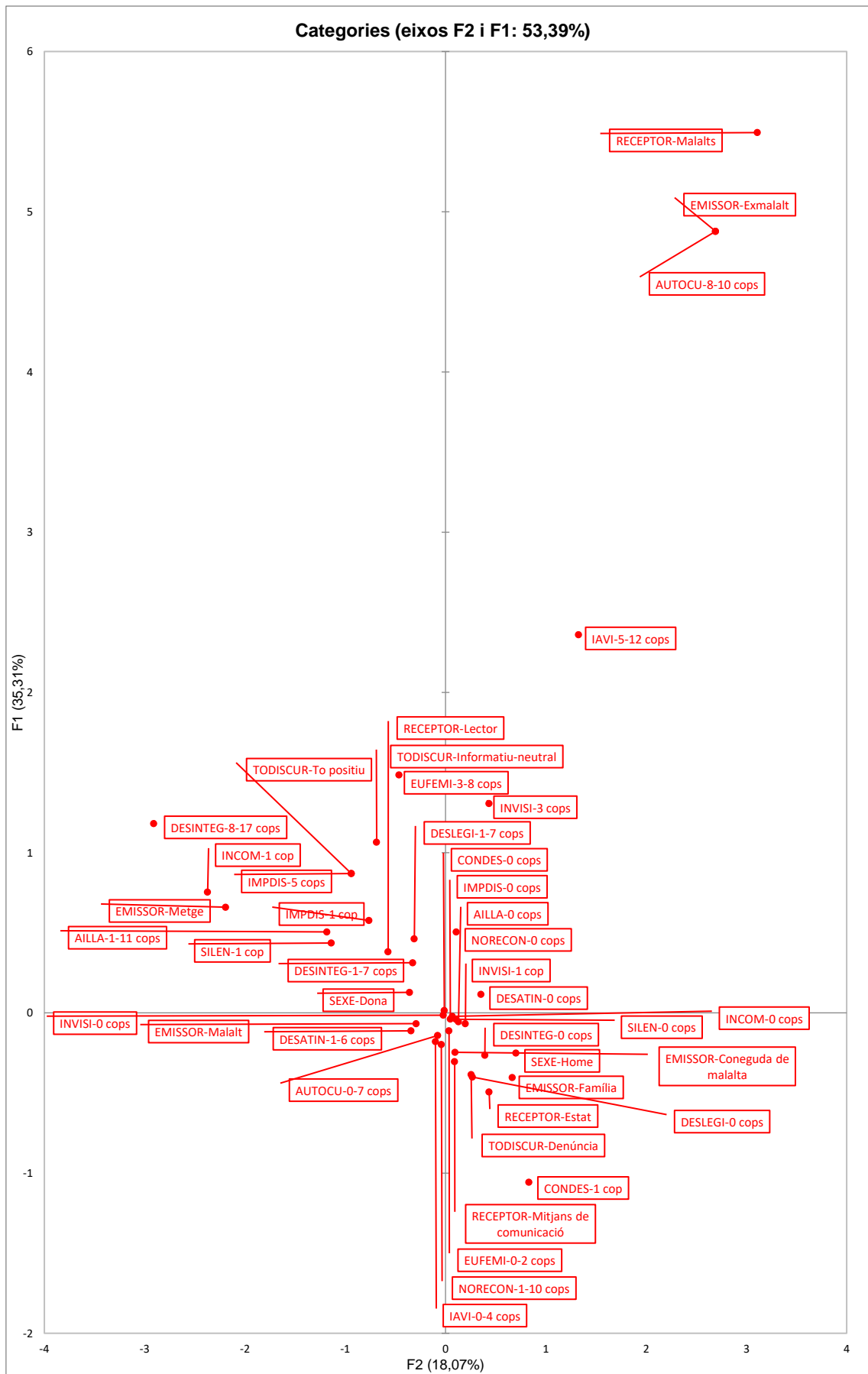
Variabes: sexe 2 [modalitats]; emissor 5; receptor 4; todiscur 3; desinteg 3; deslegi 2; ailla 2; incom 2; silen 2; norecon 2; condes 2; desatin 2; impdis 3; invisí 3; iavi 2; autocu 2; eufemi 2.

Tres d'aquestes variables adoptaren una codificació diferent de la que tenien quan es recolliren les dades originalment, que és la que figura a l'apartat 3 "Dades i metodologia." Així, la recodificació de la variable "emissor" és la següent: Malalt (si no s'indica res, la categoria no s'ha recodificat), Coneguda de malalta, Exmalalt, Metge, Família (inclou les següents categories originals: Marit de malalta, Familiar de malalt, Filla de malalta, Pare/mare de malalt); la de la variable "receptor": Malalts, Lector, Mitjans de comunicació, Estat (inclou: Autoritats sanitàries, Conseller/a de Salut de la Generalitat, Hospitals públics, Organismes oficials d'avaluació de les discapacitats, Poders públics); i la de la variable "todiscur": Informatiu-neutral, To positiu, Denúncia (inclou: Suport-denúncia, Denúncia-compromès, Petició-denúncia, Petició-informatiu, Reivindicació). En general, s'ha procurat respectar els criteris assenyalats per Hjellbrekke (2019). Així, s'ha intentat que no hi hagués cap variable que predominés sobre les altres, de manera que totes tinguessin el mateix número de categories, encara que no sempre ha estat possible, tal com mostren les variables emissor i receptor. Per altra banda, tampoc s'ha considerat pertinent tractar com a passives o fusionar amb altres categories les que apleguessin freqüències relatives inferiors al 5%, com il·lustren categories com Coneguda de malalta, Exmalalt, Metge, Mitjans de comunicació o To positiu.

La inèrcia total és de 1,529, i la inèrcia total corregida de 0,076. La suma dels valors propis dels 13 factors considerats és de 1,266. La suma dels valors propis corregits dels 10 factors amb un valor propi no corregit > 1/nombre total de variables actives (17) [0,0588] és de 0,055.

| Factors:<br>Valors propis | % inèrcia | % acumulat | Factors:<br>V. p. corregits | % inèrcia<br>corregida | % acumulat<br>corregit |
|---------------------------|-----------|------------|-----------------------------|------------------------|------------------------|
| <b>F1: 0,213</b>          | 13,952    | 13,952     | <b>F1: 0,027</b>            | 35,311                 | 35,311                 |
| <b>F2: 0,169</b>          | 11,076    | 25,027     | <b>F2: 0,014</b>            | 18,073                 | 53,385                 |
| <b>F3: 0,149</b>          | 9,740     | 34,768     | <b>F3: 0,009</b>            | 12,012                 | 65,397                 |
| <b>F4: 0,113</b>          | 7,381     | 42,149     | <b>F4: 0,003</b>            | 4,322                  | 69,719                 |
| <b>F5: 0,093</b>          | 6,089     | 48,238     | <b>F5: 0,001</b>            | 1,739                  | 71,458                 |
| <b>F6: 0,084</b>          | 5,519     | 53,757     | <b>F6: 0,001</b>            | 0,968                  | 72,426                 |
| <b>F7: 0,076</b>          | 4,985     | 58,742     | <b>F7: 0,000</b>            | 0,448                  | 72,874                 |
| <b>F8: 0,073</b>          | 4,743     | 63,485     | <b>F8: 0,000</b>            | 0,278                  | 73,152                 |
| <b>F9: 0,067</b>          | 4,405     | 67,889     | <b>F9: 0,000</b>            | 0,108                  | 73,260                 |
| <b>F10: 0,065</b>         | 4,255     | 72,145     | <b>F10: 0,000</b>           | 0,058                  | 73,318                 |
| <b>F11: 0,058</b>         | 3,799     | 75,944     | <b>X</b>                    | <b>X</b>               | <b>X</b>               |
| <b>F12: 0,056</b>         | 3,650     | 79,593     | <b>X</b>                    | <b>X</b>               | <b>X</b>               |
| <b>F13: 0,049</b>         | 3,183     | 82,777     | <b>X</b>                    | <b>X</b>               | <b>X</b>               |

S'han calculat els diferents paràmetres corregits només pels factors amb valors propis no corregits > 0,0588.





Annex 4.2: ACM, variables-categories explicatives dels factors F1-F13

| Variable-categoria           | F1%    | F2%    | F3%    | F4%    | F5%    | F6%    | F7%    | F8%    | F9%    | F10%   | F11%   | F12%   | F13%   |
|------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| SEXE-Dona                    | 0,298  | 2,958  | 0,737  | 6,768  | 0,053  | 0,001  | 0,595  | 0,001  | 0,039  | 0,160  | 0,109  | 0,156  | 1,755  |
| SEXE-Home                    | 0,584  | 5,792  | 1,444  | 13,253 | 0,103  | 0,001  | 1,166  | 0,002  | 0,077  | 0,313  | 0,214  | 0,306  | 3,436  |
| EMISSOR-Coneguada de malalta | 0,024  | 0,005  | 0,180  | 1,493  | 2,253  | 0,250  | 3,849  | 8,488  | 34,295 | 5,510  | 3,411  | 12,218 | 1,052  |
| EMISSOR-Exmalalt             | 18,477 | 7,095  | 0,008  | 0,363  | 2,292  | 0,147  | 0,093  | 0,001  | 0,137  | 0,190  | 0,055  | 0,003  | 0,096  |
| EMISSOR-Família              | 1,199  | 4,122  | 0,253  | 12,699 | 1,580  | 0,162  | 1,106  | 1,532  | 3,115  | 1,015  | 0,343  | 0,288  | 11,403 |
| EMISSOR-Malalt               | 0,083  | 1,968  | 0,288  | 5,137  | 0,261  | 0,466  | 0,056  | 0,171  | 6,115  | 1,842  | 0,014  | 0,072  | 3,045  |
| EMISSOR-Metge                | 0,338  | 4,704  | 0,442  | 2,161  | 0,896  | 14,529 | 0,163  | 0,050  | 4,152  | 22,070 | 0,694  | 4,283  | 2,350  |
| RECEPTOR-Estat               | 3,402  | 3,336  | 0,172  | 0,109  | 1,677  | 1,042  | 6,668  | 0,067  | 1,540  | 1,309  | 0,064  | 0,350  | 0,285  |
| RECEPTOR-Lector              | 1,859  | 5,278  | 0,369  | 0,004  | 2,222  | 1,063  | 7,222  | 0,348  | 1,291  | 1,334  | 0,001  | 4,246  | 0,192  |
| RECEPTOR-Malalts             | 11,720 | 4,730  | 0,295  | 1,425  | 1,382  | 1,419  | 0,628  | 0,442  | 1,202  | 1,107  | 0,050  | 7,743  | 0,016  |
| RECEPTOR-Mitjans comunicació | 0,036  | 0,004  | 0,210  | 1,295  | 0,146  | 0,977  | 0,719  | 31,485 | 4,055  | 1,645  | 2,277  | 30,301 | 0,311  |
| TODISCUR-Denúncia            | 2,999  | 1,662  | 0,043  | 0,744  | 0,035  | 0,021  | 0,211  | 0,037  | 0,372  | 0,599  | 0,461  | 0,718  | 1,815  |
| TODISCUR-Informatiu-neutral  | 7,930  | 4,148  | 0,966  | 1,580  | 0,002  | 0,180  | 0,347  | 0,022  | 1,443  | 2,149  | 1,660  | 3,461  | 4,835  |
| TODISCUR-To positiu          | 0,293  | 0,431  | 32,139 | 0,790  | 1,408  | 0,568  | 0,666  | 0,581  | 0,491  | 0,408  | 0,327  | 3,174  | 0,148  |
| DESINTEG-0 cops              | 1,166  | 3,237  | 0,103  | 0,564  | 2,137  | 2,040  | 1,243  | 1,476  | 3,011  | 0,432  | 0,032  | 0,727  | 0,004  |
| DESINTEG-1-7 cops            | 0,950  | 1,298  | 0,561  | 3,030  | 8,135  | 6,256  | 1,770  | 2,890  | 2,415  | 2,150  | 0,001  | 0,918  | 0,240  |
| DESINTEG-8-17 cops           | 1,626  | 12,407 | 0,893  | 4,754  | 7,285  | 3,284  | 0,144  | 0,095  | 4,341  | 3,048  | 0,599  | 0,214  | 1,399  |
| DESLEGI-0 cops               | 2,373  | 1,354  | 1,623  | 0,222  | 1,573  | 0,034  | 0,562  | 5,360  | 0,019  | 0,961  | 1,180  | 0,616  | 6,091  |
| DESLEGI-1-7 cops             | 2,733  | 1,559  | 1,869  | 0,256  | 1,812  | 0,039  | 0,648  | 6,172  | 0,022  | 1,106  | 1,359  | 0,709  | 7,014  |
| AILLA-0 cops                 | 0,076  | 0,524  | 0,149  | 1,587  | 0,002  | 0,407  | 0,035  | 0,012  | 0,006  | 0,880  | 0,005  | 0,362  | 0,593  |
| AILLA-1-11 cops              | 0,694  | 4,789  | 1,362  | 14,506 | 0,020  | 3,718  | 0,316  | 0,107  | 0,055  | 8,043  | 0,043  | 3,311  | 5,418  |
| INCOM-0 cops                 | 0,013  | 0,159  | 0,025  | 0,043  | 0,300  | 0,184  | 0,006  | 0,001  | 0,001  | 0,501  | 0,009  | 0,015  | 0,486  |
| INCOM-1 cop                  | 0,442  | 5,503  | 0,869  | 1,493  | 10,336 | 6,345  | 0,200  | 0,017  | 0,018  | 17,270 | 0,321  | 0,510  | 16,761 |
| SILEN-0 cops                 | 0,041  | 0,351  | 0,091  | 0,002  | 0,007  | 2,827  | 0,189  | 0,572  | 0,151  | 0,043  | 0,056  | 0,113  | 0,417  |
| SILEN-1 cop                  | 0,442  | 3,799  | 0,985  | 0,027  | 0,072  | 30,627 | 2,046  | 6,199  | 1,634  | 0,469  | 0,602  | 1,221  | 4,512  |
| NORECON-0 cops               | 1,976  | 0,112  | 3,268  | 0,167  | 4,213  | 0,001  | 8,490  | 0,874  | 0,154  | 5,515  | 3,561  | 0,444  | 4,652  |
| NORECON-1-10 cops            | 0,775  | 0,044  | 1,282  | 0,066  | 1,652  | 0,000  | 3,329  | 0,343  | 0,060  | 2,163  | 1,396  | 0,174  | 1,824  |
| CONDES-0 cops                | 0,006  | 0,005  | 0,001  | 0,002  | 0,049  | 0,007  | 0,101  | 0,012  | 0,125  | 0,000  | 0,794  | 0,052  | 0,000  |
| CONDES-1 cop                 | 0,433  | 0,338  | 0,060  | 0,124  | 3,423  | 0,502  | 7,045  | 0,822  | 8,780  | 0,008  | 55,603 | 3,656  | 0,020  |
| DESATIN-0 cops               | 0,181  | 2,140  | 0,971  | 0,005  | 2,460  | 6,087  | 0,006  | 3,713  | 1,041  | 1,974  | 1,330  | 0,375  | 1,812  |
| DESATIN-1-6 cops             | 0,176  | 2,081  | 0,944  | 0,005  | 2,392  | 5,918  | 0,006  | 3,610  | 1,012  | 1,920  | 1,293  | 0,364  | 1,762  |
| IAVI-0-4 cops                | 0,820  | 0,327  | 0,077  | 0,141  | 0,327  | 0,098  | 0,040  | 0,124  | 0,090  | 0,052  | 0,129  | 0,071  | 0,192  |
| IAVI-5-12 cops               | 10,818 | 4,312  | 1,010  | 1,867  | 4,311  | 1,290  | 0,531  | 1,632  | 1,192  | 0,689  | 1,704  | 0,941  | 2,529  |
| IMPDIS-0 cops                | 0,039  | 0,076  | 0,308  | 0,069  | 0,838  | 0,132  | 0,872  | 0,253  | 0,148  | 0,013  | 0,075  | 0,112  | 0,148  |
| IMPDIS-1 cop                 | 0,388  | 0,856  | 0,421  | 3,087  | 13,260 | 1,652  | 15,532 | 7,929  | 4,948  | 0,826  | 2,642  | 0,308  | 2,550  |
| IMPDIS-5 cops                | 0,293  | 0,431  | 32,139 | 0,790  | 1,408  | 0,568  | 0,666  | 0,581  | 0,491  | 0,408  | 0,327  | 3,174  | 0,148  |
| INVISI-0 cops                | 0,006  | 0,015  | 0,059  | 0,240  | 1,039  | 0,192  | 2,400  | 0,480  | 0,033  | 0,105  | 1,260  | 0,049  | 0,017  |
| INVISI-1 cop                 | 0,009  | 0,096  | 0,161  | 0,027  | 4,697  | 2,812  | 30,112 | 10,005 | 3,682  | 0,030  | 15,524 | 1,593  | 0,827  |
| INVISI-3 cops                | 0,663  | 0,092  | 1,125  | 18,618 | 11,382 | 0,049  | 0,048  | 2,218  | 8,031  | 4,959  | 0,058  | 1,083  | 9,432  |
| AUTOUCU-0-7 cops             | 0,536  | 0,206  | 0,000  | 0,011  | 0,066  | 0,004  | 0,003  | 0,000  | 0,004  | 0,005  | 0,002  | 0,000  | 0,003  |
| AUTOUCU-8-10 cops            | 18,477 | 7,095  | 0,008  | 0,363  | 2,292  | 0,147  | 0,093  | 0,001  | 0,137  | 0,190  | 0,055  | 0,003  | 0,096  |
| EUFEMI-0-2 cops              | 0,324  | 0,040  | 0,851  | 0,008  | 0,014  | 0,279  | 0,006  | 0,090  | 0,005  | 0,464  | 0,025  | 0,815  | 0,022  |
| EUFEMI-3-8 cops              | 4,282  | 0,522  | 11,238 | 0,105  | 0,191  | 3,679  | 0,074  | 1,188  | 0,071  | 6,125  | 0,333  | 10,754 | 0,292  |

En negreta, les categories explicatives: 1/nombre total de categories (43)  $\geq 2,326\%$ . Variables explicatives: 1/nombre total de variables (17)  $> 5,882\%$ . En vermell, les categories amb coordenades positives a l'eix, en blau amb coordenades negatives. La informació sobre les coordenades s'ha obtingut de la taula de coordenades principals de les variables, que no s'inclou.

Annex 4.3: ACM, variables-categories explicatives de cada factor segons coordenades i importància

| F1                                 |                          |
|------------------------------------|--------------------------|
| Coordenades positives              | Coordenades negatives    |
| EMISSOR-Exmalalt: 18,48%           | RECEPTOR-Estat: 3,40%    |
| AUTOUCU-8-10 cops: 18,48%          | TODISCUR-Denúncia: 3,00% |
| RECEPTOR-Malalts: 11,72%           | DESLEGI-0 cops: 2,37%    |
| IAVI-5-12 cops: 10,82%             | Total: 8,77%             |
| TODISCUR-Informatiu-neutral: 7,93% |                          |
| EUFEMI-3-8 cops: 4,28%             |                          |
| DESLEGI-1-7 cops: 2,73%            |                          |
| Total: 74,44%                      |                          |

| F2                       |                                    |
|--------------------------|------------------------------------|
| Coordenades positives    | Coordenades negatives              |
| EMISSOR-Exmalalt: 7,10%  | DESINTEG-8-17 cops: 12,41%         |
| AUTOUCU-8-10 cops: 7,10% | INCOM-1 cop: 5,50%                 |
| SEXE-Home: 5,79%         | RECEPTOR-Lector: 5,28%             |
| RECEPTOR-Malalts: 4,73%  | AILLA-1-11 cops: 4,79%             |
| IAVI-5-12 cops: 4,31%    | EMISSOR-Metge: 4,70%               |
| EMISSOR-Família: 4,12%   | TODISCUR-Informatiu-neutral: 4,15% |
| RECEPTOR-Estat: 3,34%    | SILEN-1 cop: 3,80%                 |
| DESINTEG-0 cops: 3,24%   | SEXE-Dona: 2,96%                   |
| Total: 39,73%            | Total: 43,59%                      |

| <b>F3</b>                    |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| <i>Coordenades positives</i> | <i>Coordenades negatives</i> |
|                              | TODISCUR-To positiu: 32,14%  |
|                              | IMPDIS-5 cops: 32,14%        |
|                              | EUFEMI-3-8 cops: 11,24%      |
|                              | NORECON-0 cops: 3,27%        |
|                              | Total: 78,79%                |

| <b>F4</b>                    |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| <i>Coordenades positives</i> | <i>Coordenades negatives</i> |
| SEXE-Dona: 6,77%             | INVISI-3 cops: 18,62%        |
| EMISSOR-Malalt: 5,14%        | AILLA-1-11 cops: 14,51%      |
| IMPDIS-1 cop: 3,09%          | SEXE-Home: 13,25%            |
| DESINTEG-1-7 cops: 3,03%     | EMISSOR-Família: 12,70%      |
| Total: 18,03%                | DESINTEG-8-17 cops: 4,75%    |
|                              | Total: 63,83%                |

| <b>F5</b>                    |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| <i>Coordenades positives</i> | <i>Coordenades negatives</i> |
| INCOM-1 cop: 10,34%          | IMPDIS-1 cop: 13,26%         |
| DESINTEG-8-17 cops: 7,29%    | INVISI-3 cops: 11,38%        |
| NORECON-0 cops: 4,21%        | DESINTEG-1-7 cops: 8,14%     |
| CONDES-1 cop: 3,42%          | INVISI-1 cop: 4,70%          |
| DESATIN-1-6 cops: 2,39%      | IAVI-5-12 cops: 4,31%        |
| Total: 27,65%                | DESATIN-0 cops: 2,46%        |
|                              | Total: 44,25%                |

| <b>F6</b>                    |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| <i>Coordenades positives</i> | <i>Coordenades negatives</i> |
| EMISSOR-Metge: 14,53%        | SILEN-1 cop: 30,63%          |
| DESINTEG-1-7 cops: 6,26%     | INCOM-1 cop: 6,35%           |
| DESATIN-1-6 cops: 5,92%      | DESATIN-0 cops: 6,09%        |
| AILLA-1-11 cops: 3,72%       | EUFEMI-3-8 cops: 3,68%       |
| SILEN-0 cops: 2,83%          | DESINTEG-8-17 cops: 3,28%    |
| Total: 33,26%                | INVISI-1 cop: 2,81%          |
|                              | Total: 52,84%                |

| <b>F7</b>                       |                              |
|---------------------------------|------------------------------|
| <i>Coordenades positives</i>    | <i>Coordenades negatives</i> |
| IMPDIS-1 cop: 15,53%            | INVISI-1 cop: 30,11%         |
| CONDES-1 cop: 7,05%             | NORECON-0 cops: 8,49%        |
| RECEPTOR-Estat: 6,67%           | RECEPTOR-Lector: 7,22%       |
| EMISSOR-Coneguda malalta: 3,85% | Total: 45,82%                |
| NORECON-1-10 cops: 3,33%        |                              |
| INVISI-0 cops: 2,40%            |                              |
| Total: 38,83%                   |                              |

| <b>F8</b>                    |                                 |
|------------------------------|---------------------------------|
| <i>Coordenades positives</i> | <i>Coordenades negatives</i>    |
| INVISI-1 cop: 10,01%         | RECEPTOR-Mitjans: 31,49%        |
| IMPDIS-1 cop: 7,93%          | EMISSOR-Coneguda malalta: 8,49% |
| SILEN-1 cop: 6,20%           | DESLEGI-1-7 cops: 6,17%         |
| DESLEGI-0 cops: 5,36%        | DESATIN-0 cops: 3,71%           |
| DESATIN-1-6 cops: 3,61%      | Total: 49,86%                   |
| DESINTEG-1-7 cops: 2,89%     |                                 |
| Total: 36%                   |                                 |

| <b>F9</b>                        |                              |
|----------------------------------|------------------------------|
| <i>Coordenades positives</i>     | <i>Coordenades negatives</i> |
| EMISSOR-Coneguda malalta: 34,30% | CONDES-1 cop: 8,78%          |
| DESINTEG-8-17 cops: 4,34%        | INVISI-3 cops: 8,03%         |
| EMISSOR-Metge: 4,15%             | EMISSOR-Malalt: 6,12%        |
| INVISI-1 cop: 3,68%              | IMPDIS-1 cop: 4,95%          |
| EMISSOR-Família: 3,12%           | RECEPTOR-Mitjans: 4,06%      |
| DESINTEG-1-7 cops: 2,42%         | DESINTEG-0 cops: 3,01%       |
| Total: 52,01%                    | Total: 34,95%                |

| <b>F10</b>                      |                              |
|---------------------------------|------------------------------|
| <i>Coordenades positives</i>    | <i>Coordenades negatives</i> |
| INCOM-1 cop: 17,27%             | EMISSOR-Metge: 22,07%        |
| AILLA-1-11 cops: 8,04%          | EUFEMI-3-8 cops: 6,13%       |
| NORECON-0 cops: 5,52%           | DESINTEG-8-17 cops: 3,05%    |
| EMISSOR-Coneguda malalta: 5,51% | Total: 31,25%                |
| INVISI-3 cops: 4,96%            |                              |
| Total: 41,3%                    |                              |

| <b>F11</b>                      |                              |
|---------------------------------|------------------------------|
| <i>Coordenades positives</i>    | <i>Coordenades negatives</i> |
| CONDES-1 cop: 55,60%            | NORECON-0 cops: 3,56%        |
| INVISI-1 cop: 15,52%            | IMPDIS-1 cop: 2,64%          |
| EMISSOR-Coneguda malalta: 3,41% | Total: 6,2%                  |
| Total: 74,53%                   |                              |

| <b>F12</b>                   |                                    |
|------------------------------|------------------------------------|
| <i>Coordenades positives</i> | <i>Coordenades negatives</i>       |
| RECEPTOR-Mitjans: 30,30%     | EMISSOR-Coneguda malalta: 12,22%   |
| RECEPTOR-Malalts: 7,74%      | EUFEMI-3-8 cops: 10,75%            |
| EMISSOR-Metge: 4,28%         | RECEPTOR-Lector: 4,25%             |
| AILLA-1-11 cops: 3,31%       | CONDES-1 cop: 3,66%                |
| TODISCUR-To positiu: 3,17%   | TODISCUR-Informatiu-neutral: 3,46% |
| IMPDIS-5 cops: 3,17%         | Total: 34,34%                      |
| Total: 51,97%                |                                    |

| <b>F13</b>                         |                              |
|------------------------------------|------------------------------|
| <i>Coordenades positives</i>       | <i>Coordenades negatives</i> |
| INCOM-1 cop: 16,76%                | INVISI-3 cops: 9,43%         |
| EMISSOR-Família: 11,40%            | DESLEGI-0 cops: 6,09%        |
| DESLEGI-1-7 cops: 7,01%            | AILLA-1-11 cops: 5,42%       |
| TODISCUR-Informatiu-neutral: 4,84% | NORECON-0 cops: 4,65%        |
| SEXE-Home: 3,44%                   | SILEN-1 cop: 4,51%           |
| IMPDIS-1 cop: 2,55%                | EMISSOR-Malalt: 3,05%        |
| Total: 46%                         | IAMI-5-12 cops: 2,53%        |
|                                    | EMISSOR-Metge: 2,35%         |
|                                    | Total: 38,03%                |

Annex 4.4: ACM, observacions amb majors contribucions a cada factor

- **F1:** DB1-76 (42,51%), DB1-88 (25,58%)
- **F2:** DB1-20 (17,62%), DB1-76 (13,62%), DB1-80 (12,42%), DB1-88 (7,3%), DB2-12 (6,92%)
- **F3:** DB1-2 (81,39%)
- **F4:** DB1-83 (35,73%), DB1-80 (6,44%), DB1-20 (4,63%), DB1-8 (3,75%)
- **F5:** DB1-83 (18,02%), DB1-20 (12,11%), DB1-6 (10,18%), DB1-25 (5,70%), DB2-15 (5,56%), DB1-1 (5,42%), DB1-79 (5,02%)
- **F6:** DB2-12 (13,18%), DB2-8 (12,70%), DB1-20 (9,14%), DB1-19 (8,66%), DB1-80 (8,37%), DB1-16(14) (6,29%)
- **F7:** DB1-72 (14,08%), DB1-10 (11,35%), DB1-1 (9,13%), DB1-13 (8,95%), DB1-6 (8,69%), DB2-15 (7,94%)
- **F8:** DB1-44 (38,82%), DB1-19 (11,44%), DB1-64 (10,47%), DB2-15 (6,65%)
- **F9:** DB1-64 (39,28%), DB1-1 (10,06%), DB1-83 (9,20%), DB1-44 (4,64%)
- **F10:** DB2-8 (12,98%), DB1-80 (11,46%), DB1-20 (10,50%), DB2-12 (9,22%), DB1-79 (8,65%), DB1-64 (6,10%)
- **F11:** DB1-1 (54,92%), DB1-19 (7,40%)
- **F12:** DB1-44 (28,75%), DB1-64 (11,59%), DB1-76 (7,35%), DB1-88 (6,96%), DB3-3 (5,01%), DB1-29 (4,27%)
- **F13:** DB1-79 (18,83%), DB1-83 (7,81%), DB1-25 (5,90%), DB2-3 (5,22%), DB1-16(14) (4,80%), DB1-15 (4,43%), DB1-73 (4,20%), DB1-70 (2,96%)

Annex 4.5: AJC

| Tests de validació dels grups (2-24 eixos). Truncament: automàtic-entropia |       |                       |                                      |                |       |  |
|--|-------|-----------------------|--------------------------------------|----------------|-------|--|
| Eixos  | Grups | Correlació cofenètica | Variància de la classificació òptima |                |       |  |
|  |       |                       | Intraclasse                          | Interclasses   | Total |  |
| 2  | 4     | 0,743                 | 0,063 (16,34%)                       | 0,325 (83,66%) | 0,388 |  |
| 3  | 5     | 0,739                 | 0,084 (15,56%)                       | 0,455 (84,44%) | 0,539 |  |
| 4  | 6     | 0,722                 | 0,118 (18,09%)                       | 0,536 (81,91%) | 0,654 |  |
| 5  | 5     | 0,596                 | 0,236 (31,50%)                       | 0,513 (68,50%) | 0,748 |  |
| 6  | 6     | 0,65                  | 0,289 (34,60%)                       | 0,545 (65,40%) | 0,834 |  |
| 7  | 5     | 0,573                 | 0,421 (46,19%)                       | 0,490 (53,81%) | 0,911 |  |
| 8  | 6     | 0,633                 | 0,418 (42,43%)                       | 0,567 (57,57%) | 0,985 |  |
| 9  | 7     | 0,659                 | 0,462 (43,86%)                       | 0,591 (56,14%) | 1,053 |  |
| 10   | 8     | 0,651                 | 0,451 (40,27%)                       | 0,669 (59,73%) | 1,119 |  |
| 11   | 10    | 0,667                 | 0,424 (36,01%)                       | 0,754 (63,99%) | 1,178 |  |
| 12   | 12    | 0,703                 | 0,379 (30,70%)                       | 0,856 (69,30%) | 1,235 |  |
| 13   | 13    | 0,72                  | 0,339 (26,42%)                       | 0,945 (73,58%) | 1,284 |  |
| 14   | 13    | 0,761                 | 0,408 (30,69%)                       | 0,922 (69,31%) | 1,330 |  |
| 15   | 13    | 0,752                 | 0,453 (33,01%)                       | 0,919 (66,99%) | 1,372 |  |
| 16   | 13    | 0,712                 | 0,526 (37,27%)                       | 0,885 (62,73%) | 1,411 |  |
| 17   | 13    | 0,749                 | 0,481 (33,29%)                       | 0,964 (66,71%) | 1,445 |  |
| 18   | 13    | 0,706                 | 0,556 (37,80%)                       | 0,914 (62,20%) | 1,470 |  |
| 19   | 14    | 0,747                 | 0,518 (34,75%)                       | 0,972 (65,25%) | 1,490 |  |
| 20   | 12    | 0,703                 | 0,655 (43,46%)                       | 0,853 (56,54%) | 1,508 |  |
| 21   | 15    | 0,745                 | 0,527 (34,58%)                       | 0,996 (65,42%) | 1,523 |  |
| 22   | 17    | 0,779                 | 0,451 (29,40%)                       | 1,084 (70,60%) | 1,536 |  |
| 23   | 7     | 0,744                 | 1,123 (72,71%)                       | 0,422 (27,29%) | 1,545 |  |
| 24   | 16    | 0,692                 | 0,511 (32,97%)                       | 1,040 (67,03%) | 1,551 |  |

Annex 4.6: AJC, observacions per conglomerat de pertinença

| Classe | Elements | Observacions  | Var. intraclasse |
|--------|----------|---|------------------|
| 1      | 1        | DB1-1   | 0,000            |
| 2      | 1        | DB1-2   | 0,000            |
| 3      | 20       | DB1-3, DB1-7, DB1-8, DB1-11(9), DB1-11(10), DB1-12, DB1-24, DB1-26, DB1-38, DB1-45, DB1-51, DB1-53, DB1-54, DB1-57, DB1-58, DB1-67, DB1-68, DB1-70, DB1-73, DB1-78  | 0,213            |
| 4      | 3        | DB1-6, DB1-25, DB2-15   | 0,422            |
| 5      | 4        | DB1-10, DB1-13, DB1-72, DB2-3   | 0,255            |
| 6      | 29       | DB1-15, DB1-16(15), DB1-17(16), DB1-17(17), DB1-21, DB1-27, DB1-29, DB1-30, DB1-31, DB1-32, DB1-33, DB1-34, DB1-39, DB1-40, DB1-41, DB1-43, DB1-61-62, DB1-71, DB1-75, DB1-77, DB1-82, DB1-84, DB1-85, DB1-86, DB2-1, DB2-5, DB2-9, DB2-16, DB3-3 | 0,266            |
| 7      | 4        | DB1-16(14), DB1-19, DB1-60, DB2-12  | 1,032            |
| 8      | 2        | DB1-20, DB1-79  | 1,217            |
| 9      | 1        | DB1-44  | 0,000            |
| 10     | 1        | DB1-64  | 0,000            |
| 11     | 2        | DB1-76, DB1-88  | 1,607            |
| 12     | 2        | DB1-80, DB2-8   | 0,668            |
| 13     | 1        | DB1-83  | 0,000            |
| N/C    | 6        | DB1-36, DB1-37, DB1-65-66, DB1-74, DB1-81, DB1-87   | X                |

Annex 4.7: AJC, distribució general de les variables-categorïes

| Variable-categoria (n = 71*)    | Freqüència absoluta | %  |
|---------------------------------|---------------------|----|
| SEXE-Dona (Mo)                  | 47                  | 66 |
| SEXE-Home                       | 24                  | 34 |
| EMISSOR-Coneguda de malalta     | 1                   | 1  |
| EMISSOR-Exmalalt                | 2                   | 3  |
| EMISSOR-Família                 | 19                  | 27 |
| EMISSOR-Malalt (Mo)             | 47                  | 66 |
| EMISSOR-Metge                   | 2                   | 3  |
| RECEPTOR-Estat (Mo)             | 36                  | 51 |
| RECEPTOR-Lector                 | 33                  | 46 |
| RECEPTOR-Malalts                | 1                   | 1  |
| RECEPTOR-Mitjans de comunicació | 1                   | 1  |
| TODISCUR-Denúncia (Mo)          | 52                  | 73 |
| TODISCUR-Informatiu-neutral     | 18                  | 25 |
| TODISCUR-To positiu             | 1                   | 1  |
| DESINTEG-0 cops (Mo, Me)        | 43                  | 61 |
| DESINTEG-1-7 cops               | 25                  | 35 |
| DESINTEG-8-17 cops              | 3                   | 4  |
| DESLEGI-0 cops (Mo, Me)         | 38                  | 54 |
| DESLEGI-1-7 cops                | 33                  | 46 |
| AILLA-0 cops (Mo, Me)           | 64                  | 90 |
| AILLA-1-11 cops                 | 7                   | 10 |
| INCOM-0 cops (Mo, Me)           | 69                  | 97 |
| INCOM-1 cop                     | 2                   | 3  |
| SILEN-0 cops (Mo, Me)           | 65                  | 92 |
| SILEN-1 cop                     | 6                   | 8  |
| NORECON-0 cops                  | 20                  | 28 |
| NORECON-1-10 cops (Mo, Me)      | 51                  | 72 |
| CONDES-0 cops (Mo, Me)          | 70                  | 99 |
| CONDES-1 cop                    | 1                   | 1  |
| DESATIN-0 cops                  | 35                  | 49 |
| DESATIN-1-6 cops (Mo, Me)       | 36                  | 51 |
| IAVI-0-4 cops (Mo, Me)          | 66                  | 93 |
| IAVI-5-12 cops                  | 5                   | 7  |
| IMPDIS-0 cops (Mo, Me)          | 67                  | 94 |
| IMPDIS-1 cop                    | 3                   | 4  |
| IMPDIS-5 cops                   | 1                   | 1  |
| INVISI-0 cops (Mo, Me)          | 65                  | 92 |
| INVISI-1 cop                    | 5                   | 7  |
| INVISI-3 cops                   | 1                   | 1  |
| AUTOUCU-0-7 cops (Mo, Me)       | 69                  | 97 |
| AUTOUCU-8-10 cops               | 2                   | 3  |
| EUFEMI-0-2 cops (Mo, Me)        | 66                  | 93 |
| EUFEMI-3-8 cops                 | 5                   | 7  |

\* S'han considerat només les 71 observacions incloses a l'ACM/AJC.  
Mo: moda; Me: mediana.

La distribució de la variable IAVI per aquests 71 casos és la següent: 0 cops → 37 observacions (obs.); 1 cop → 15 obs.; 2 cops → 6 obs.; 3 cops → 7 obs.; 4 cops → 1 obs.; 5 cops → 1 obs.; 6 cops → 1 obs.; 7 cops → 1 obs.; 8 cops → 1 obs.; 12 cops → 1 observació.

La distribució de la variable AUTOUCU: 0 cops → 66 obs.; 1 cop → 1 obs.; 2 cops → 1 obs.; 3 cops → 1 obs.; 8 cops → 1 obs.; 10 cops → 1 observació.

La distribució de la variable EUFEMI: 0 cops → 65 obs.; 1 cop → 1 obs.; 3 cops → 2 obs.; 4 cops → 1 obs.; 5 cops → 1 obs.; 8 cops → 1 observació.

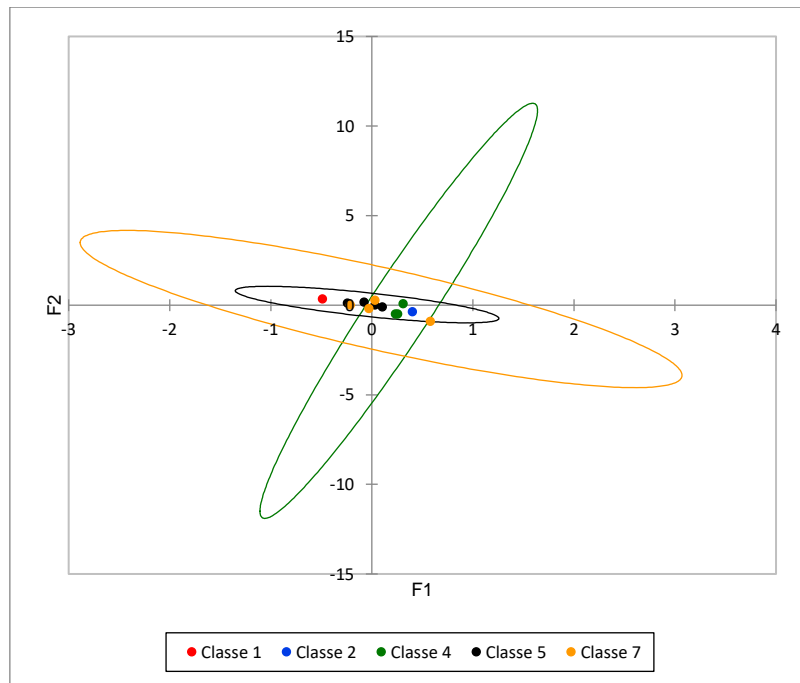
*Annex 4.8: AJC, morfologia de cada classe comparada amb la distribució general*

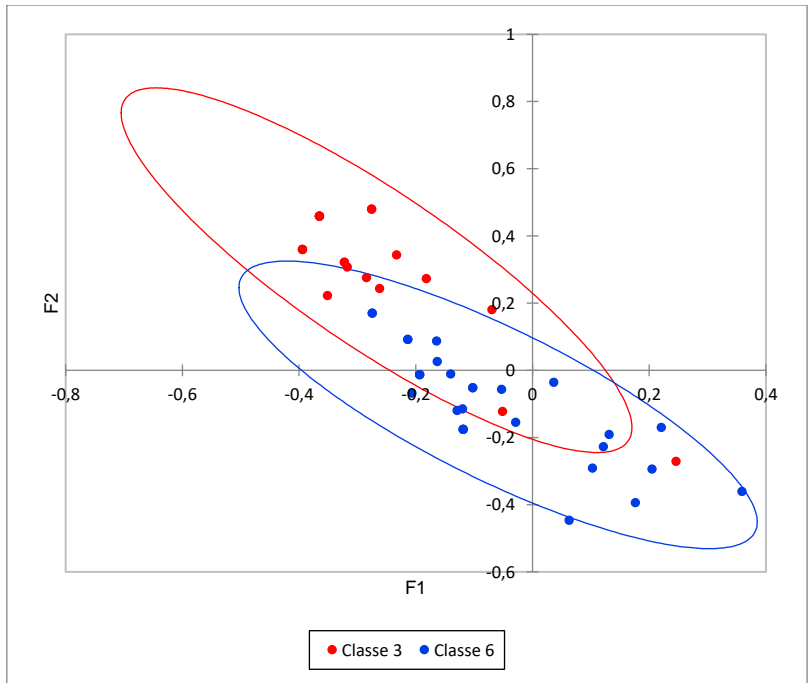
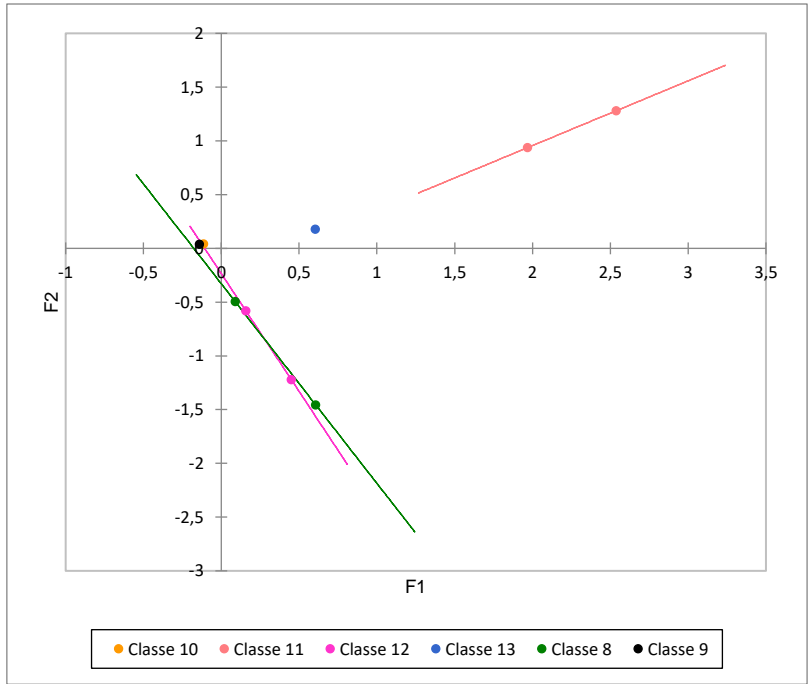
| Variable-categoria        | 1 (n=1; 1%) |     |     | 2 (n=1; 1%) |     |     | 3 (n=20; 28%) |     |     | 4 (n=3; 4%) |     |     | 5 (n=4; 6%) |     |     | 6 (n=29; 41%) |     |     | 7 (n=4; 6%) |     |     |
|---------------------------|-------------|-----|-----|-------------|-----|-----|---------------|-----|-----|-------------|-----|-----|-------------|-----|-----|---------------|-----|-----|-------------|-----|-----|
|                           | F           | %   | p/P | F           | %   | p/P | F             | %   | p-P | F           | %   | p/P | F           | %   | p-P | F             | %   | p-P | F           | %   | p-P |
| SEXE-Dona                 | 0           | 0   | 0   | 0           | 0   | 0   | 2             | 10  | -56 | 3           | 100 | 2   | 3           | 75  | 9   | 28            | 97  | 30  | 4           | 100 | 34  |
| SEXE-Home                 | 1           | 100 | 3   | 1           | 100 | 3   | 18            | 90  | 56  | 0           | 0   | 0   | 1           | 25  | -9  | 1             | 3   | -30 | 0           | 0   | -34 |
| EMISSOR-Coneguda malalta  | 0           | 0   | 0   | 0           | 0   | 0   | 0             | 0   | -1  | 0           | 0   | 0   | 0           | -1  | 0   | 0             | -1  | 0   | 0           | -1  | -1  |
| EMISSOR-Exmalalt          | 0           | 0   | 0   | 0           | 0   | 0   | 0             | 0   | -3  | 0           | 0   | 0   | 0           | -3  | 0   | 0             | -3  | 0   | 0           | -3  | -3  |
| EMISSOR-Familia           | 0           | 0   | 0   | 0           | 0   | 0   | 15            | 75  | 48  | 0           | 0   | 0   | 2           | 50  | 23  | 0             | 0   | -27 | 1           | 25  | -2  |
| EMISSOR-Malalt            | 1           | 100 | 2   | 1           | 100 | 2   | 5             | 25  | -41 | 3           | 100 | 2   | 2           | 50  | -16 | 29            | 100 | 34  | 3           | 75  | 9   |
| EMISSOR-Metge             | 0           | 0   | 0   | 0           | 0   | 0   | 0             | 0   | -3  | 0           | 0   | 0   | 0           | -3  | 0   | 0             | -3  | 0   | 0           | -3  | -3  |
| RECEPTOR-Estat            | 1           | 100 | 2   | 0           | 0   | 0   | 17            | 85  | 34  | 1           | 33  | 1   | 0           | 0   | -51 | 12            | 41  | -9  | 3           | 75  | 24  |
| RECEPTOR-Lector           | 0           | 0   | 0   | 1           | 100 | 2   | 3             | 15  | -31 | 2           | 67  | 1   | 4           | 100 | 54  | 17            | 59  | 12  | 1           | 25  | -21 |
| RECEPTOR-Malalts          | 0           | 0   | 0   | 0           | 0   | 0   | 0             | 0   | -1  | 0           | 0   | 0   | 0           | -1  | 0   | 0             | -1  | 0   | 0           | -1  | -1  |
| RECEPTOR-Mijans           | 0           | 0   | 0   | 0           | 0   | 0   | 0             | 0   | -1  | 0           | 0   | 0   | 0           | -1  | 0   | 0             | -1  | 0   | 0           | -1  | -1  |
| TODISCUR-Denúncia         | 1           | 100 | 1   | 0           | 0   | 0   | 18            | 90  | 17  | 1           | 33  | 0   | 4           | 100 | 27  | 23            | 79  | 6   | 3           | 75  | 2   |
| TODISCUR-Informatiu-neur. | 0           | 0   | 0   | 0           | 0   | 0   | 2             | 10  | -15 | 2           | 67  | 3   | 0           | 0   | -25 | 6             | 21  | -5  | 1           | 25  | 0   |
| TODISCUR-To positiu       | 0           | 0   | 0   | 1           | 100 | 71  | 0             | 0   | -1  | 0           | 0   | 0   | 0           | -1  | 0   | 0             | -1  | 0   | 0           | -1  | -1  |
| DESINTEG-0 cops           | 1           | 100 | 2   | 0           | 0   | 0   | 17            | 85  | 24  | 0           | 0   | 0   | 2           | 50  | -11 | 17            | 59  | -2  | 2           | 50  | -11 |
| DESINTEG-1-7 cops         | 0           | 0   | 0   | 1           | 100 | 3   | 3             | 15  | -20 | 3           | 100 | 3   | 2           | 50  | 15  | 12            | 41  | 6   | 1           | 25  | -10 |
| DESINTEG-8-17 cops        | 0           | 0   | 0   | 0           | 0   | 0   | 0             | 0   | -4  | 0           | 0   | 0   | 0           | -4  | 0   | 0             | -4  | 1   | 25          | 21  | 21  |
| DESLEGI-0 cops            | 1           | 100 | 2   | 1           | 100 | 2   | 16            | 80  | 26  | 1           | 33  | 1   | 1           | 25  | -29 | 15            | 52  | -2  | 2           | 50  | -4  |
| DESLEGI-1-7 cops          | 0           | 0   | 0   | 0           | 0   | 0   | 4             | 20  | -26 | 2           | 67  | 1   | 3           | 75  | 29  | 14            | 48  | 2   | 2           | 50  | 4   |
| AILLA-0 cops              | 1           | 100 | 1   | 1           | 100 | 1   | 19            | 95  | 5   | 3           | 100 | 1   | 4           | 100 | 10  | 26            | 90  | 0   | 4           | 100 | 10  |
| AILLA-1-11 cops           | 0           | 0   | 0   | 0           | 0   | 0   | 1             | 5   | -5  | 0           | 0   | 0   | 0           | -10 | 3   | 10            | 0   | 0   | 0           | -10 | -10 |
| INCOM-0 cops              | 1           | 100 | 1   | 1           | 100 | 1   | 20            | 100 | 3   | 3           | 100 | 1   | 4           | 100 | 3   | 29            | 100 | 3   | 4           | 100 | 3   |
| INCOM-1 cop               | 0           | 0   | 0   | 0           | 0   | 0   | 0             | 0   | -3  | 0           | 0   | 0   | 0           | -3  | 0   | 0             | -3  | 0   | 0           | -3  | -3  |
| SILEN-0 cops              | 1           | 100 | 1   | 1           | 100 | 1   | 20            | 100 | 8   | 2           | 67  | 1   | 4           | 100 | 8   | 29            | 100 | 8   | 0           | 0   | -92 |
| SILEN-1 cop               | 0           | 0   | 0   | 0           | 0   | 0   | 0             | 0   | -8  | 1           | 33  | 4   | 0           | 0   | -8  | 0             | 0   | -8  | 4           | 100 | 92  |
| NORECON-0 cops            | 0           | 0   | 0   | 1           | 100 | 4   | 5             | 25  | -3  | 0           | 0   | 0   | 2           | 50  | 22  | 9             | 31  | 3   | 0           | 0   | -28 |
| NORECON-1-10 cops         | 1           | 100 | 1   | 0           | 0   | 0   | 15            | 75  | 3   | 3           | 100 | 1   | 2           | 50  | -22 | 20            | 69  | -3  | 4           | 100 | 28  |
| CONDES-0 cops             | 0           | 0   | 0   | 1           | 100 | 1   | 20            | 100 | 1   | 3           | 100 | 1   | 4           | 100 | 1   | 29            | 100 | 1   | 4           | 100 | 1   |
| CONDES-1 cop              | 1           | 100 | 71  | 0           | 0   | 0   | 0             | 0   | -1  | 0           | 0   | 0   | 0           | -1  | 0   | 0             | -1  | 0   | 0           | -1  | -1  |
| DESATIN-0 cops            | 0           | 0   | 0   | 0           | 0   | 0   | 12            | 60  | 11  | 2           | 67  | 1   | 3           | 75  | 26  | 10            | 34  | -15 | 3           | 75  | 26  |
| DESATIN-1-6 cops          | 1           | 100 | 2   | 1           | 100 | 2   | 8             | 40  | -11 | 1           | 33  | 1   | 1           | 25  | -26 | 19            | 66  | 15  | 1           | 25  | -26 |
| IAVI-0-4 cops             | 1           | 100 | 1   | 1           | 100 | 1   | 20            | 100 | 7   | 2           | 67  | 1   | 4           | 100 | 7   | 29            | 100 | 7   | 3           | 75  | -18 |
| IAVI-5-12 cops            | 0           | 0   | 0   | 0           | 0   | 0   | 0             | 0   | -7  | 1           | 33  | 5   | 0           | 0   | -7  | 0             | 0   | -7  | 1           | 25  | 18  |
| IMPDIS-0 cops             | 1           | 100 | 1   | 0           | 0   | 0   | 20            | 100 | 6   | 0           | 0   | 0   | 4           | 100 | 6   | 29            | 100 | 6   | 4           | 100 | 6   |
| IMPDIS-1 cop              | 0           | 0   | 0   | 0           | 0   | 0   | 0             | 0   | -4  | 3           | 100 | 24  | 0           | 0   | -4  | 0             | 0   | -4  | 0           | 0   | -4  |
| IMPDIS-5 cops             | 0           | 0   | 0   | 1           | 100 | 71  | 0             | 0   | -1  | 0           | 0   | 0   | 0           | -1  | 0   | 0             | -1  | 0   | 0           | -1  | -1  |
| INVISI-0 cops             | 1           | 100 | 1   | 1           | 100 | 1   | 20            | 100 | 8   | 3           | 100 | 1   | 0           | 0   | -92 | 29            | 100 | 8   | 3           | 75  | -17 |
| INVISI-1 cop              | 0           | 0   | 0   | 0           | 0   | 0   | 0             | 0   | -7  | 0           | 0   | 0   | 4           | 100 | 93  | 0             | 0   | -7  | 1           | 25  | 18  |
| INVISI-3 cops             | 0           | 0   | 0   | 0           | 0   | 0   | 0             | 0   | -1  | 0           | 0   | 0   | 0           | -1  | 0   | 0             | -1  | 0   | 0           | -1  | -1  |
| AUTOUCU-0-7 cops          | 1           | 100 | 1   | 1           | 100 | 1   | 20            | 100 | 3   | 3           | 100 | 1   | 4           | 100 | 3   | 29            | 100 | 3   | 4           | 100 | 3   |
| AUTOUCU-8-10 cops         | 0           | 0   | 0   | 0           | 0   | 0   | 0             | 0   | -3  | 0           | 0   | 0   | 0           | -3  | 0   | 0             | -3  | 0   | 0           | -3  | -3  |
| EUFEMI-0-2 cops           | 1           | 100 | 1   | 0           | 0   | 0   | 20            | 100 | 7   | 3           | 100 | 1   | 4           | 100 | 7   | 27            | 93  | 0   | 3           | 75  | -18 |
| EUFEMI-3-8 cops           | 0           | 0   | 0   | 1           | 100 | 14  | 0             | 0   | -7  | 0           | 0   | 0   | 0           | -7  | 2   | 7             | 0   | 1   | 25          | 18  | 18  |

F = Freqüència absoluta. Si n d'un grup és < 5%, la comparació entre p (freqüència relativa de la categoria en el grup) i P (freqüència relativa de la categoria en la distribució general) s'efectua a partir de p/P i les desviacions destacables són > 2. Si n > 5%, la comparació s'efectua a partir de p-P i les desviacions destacables són > 5% (positives o sobrerrepresentacions; o negatives o infrarepresentacions).

| Variable-categoria          | 8 (n=2; 3%) |     |     | 9 (n=1; 1%) |     |     | 10 (n=1; 1%) |     |     | 11 (n=2; 3%) |     |     | 12 (n=2; 3%) |     |     | 13 (n=1; 1%) |     |     |    |
|-----------------------------|-------------|-----|-----|-------------|-----|-----|--------------|-----|-----|--------------|-----|-----|--------------|-----|-----|--------------|-----|-----|----|
|                             | F           | %   | p/P | F           | %   | p/P | F            | %   | p/P | F            | %   | p/P | F            | %   | p/P | F            | %   | p/P |    |
| SEXE-Dona                   | 2           | 100 | 2   | 1           | 100 | 2   | 1            | 100 | 2   | 1            | 50  | 1   | 2            | 100 | 2   | 0            | 0   | 0   |    |
| SEXE-Home                   | 0           | 0   | 0   | 0           | 0   | 0   | 0            | 0   | 0   | 0            | 1   | 50  | 1            | 0   | 0   | 0            | 1   | 100 | 3  |
| EMISSOR-Coneguda de malalta | 0           | 0   | 0   | 0           | 0   | 0   | 1            | 100 | 71  | 0            | 0   | 0   | 0            | 0   | 0   | 0            | 0   | 0   | 0  |
| EMISSOR-Exmalalt            | 0           | 0   | 0   | 0           | 0   | 0   | 0            | 0   | 0   | 2            | 100 | 35  | 0            | 0   | 0   | 0            | 0   | 0   | 0  |
| EMISSOR-Familia             | 0           | 0   | 0   | 0           | 0   | 0   | 0            | 0   | 0   | 0            | 0   | 0   | 0            | 0   | 0   | 0            | 1   | 100 | 4  |
| EMISSOR-Malalt              | 2           | 100 | 2   | 1           | 100 | 2   | 0            | 0   | 0   | 0            | 0   | 0   | 0            | 0   | 0   | 0            | 0   | 0   | 0  |
| EMISSOR-Metge               | 0           | 0   | 0   | 0           | 0   | 0   | 0            | 0   | 0   | 0            | 0   | 0   | 2            | 100 | 35  | 0            | 0   | 0   | 0  |
| RECEPTOR-Estat              | 1           | 50  | 1   | 0           | 0   | 0   | 1            | 100 | 2   | 0            | 0   | 0   | 0            | 0   | 0   | 0            | 0   | 0   | 0  |
| RECEPTOR-Lector             | 1           | 50  | 1   | 0           | 0   | 0   | 0            | 0   | 0   | 1            | 50  | 1   | 2            | 100 | 2   | 1            | 100 | 2   | 2  |
| RECEPTOR-Malalts            | 0           | 0   | 0   | 0           | 0   | 0   | 0            | 0   | 0   | 1            | 50  | 35  | 0            | 0   | 0   | 0            | 0   | 0   | 0  |
| RECEPTOR-Mitjans            | 0           | 0   | 0   | 1           | 100 | 71  | 0            | 0   | 0   | 0            | 0   | 0   | 0            | 0   | 0   | 0            | 0   | 0   | 0  |
| TODISCUR-Denúncia           | 0           | 0   | 0   | 1           | 100 | 1   | 1            | 100 | 1   | 0            | 0   | 0   | 0            | 0   | 0   | 0            | 0   | 0   | 0  |
| TODISCUR-Informatiu-neutral | 2           | 100 | 4   | 0           | 0   | 0   | 0            | 0   | 0   | 2            | 100 | 4   | 2            | 100 | 4   | 1            | 100 | 4   | 4  |
| TODISCUR-To positiu         | 0           | 0   | 0   | 0           | 0   | 0   | 0            | 0   | 0   | 0            | 0   | 0   | 0            | 0   | 0   | 0            | 0   | 0   | 0  |
| DESINTEG-0 cops             | 1           | 50  | 1   | 1           | 100 | 2   | 0            | 0   | 0   | 1            | 50  | 1   | 0            | 0   | 0   | 1            | 100 | 2   | 2  |
| DESINTEG-1-7 cops           | 0           | 0   | 0   | 0           | 0   | 0   | 1            | 100 | 3   | 1            | 50  | 1   | 1            | 50  | 1   | 0            | 0   | 0   | 0  |
| DESINTEG-8-17 cops          | 1           | 50  | 12  | 0           | 0   | 0   | 0            | 0   | 0   | 0            | 0   | 0   | 1            | 50  | 12  | 0            | 0   | 0   | 0  |
| DESLEGI-0 cops              | 0           | 0   | 0   | 0           | 0   | 0   | 0            | 0   | 0   | 0            | 0   | 0   | 1            | 50  | 0   | 0            | 0   | 0   | 0  |
| DESLEGI-1-7 cops            | 2           | 100 | 2   | 1           | 100 | 2   | 1            | 100 | 2   | 2            | 100 | 2   | 1            | 50  | 1   | 1            | 100 | 2   | 2  |
| AILLA-0 cops                | 1           | 50  | 1   | 1           | 100 | 1   | 1            | 100 | 1   | 2            | 100 | 1   | 1            | 50  | 1   | 0            | 0   | 0   | 0  |
| AILLA-1-11 cops             | 1           | 50  | 5   | 0           | 0   | 0   | 0            | 0   | 0   | 0            | 0   | 0   | 1            | 50  | 5   | 1            | 100 | 10  | 10 |
| INCOM-0 cops                | 0           | 0   | 0   | 1           | 100 | 1   | 1            | 100 | 1   | 2            | 100 | 1   | 2            | 100 | 1   | 1            | 100 | 1   | 1  |
| INCOM-1 cop                 | 2           | 100 | 35  | 0           | 0   | 0   | 0            | 0   | 0   | 0            | 0   | 0   | 0            | 0   | 0   | 0            | 0   | 0   | 0  |
| SILEN-0 cops                | 1           | 50  | 1   | 1           | 100 | 1   | 1            | 100 | 1   | 2            | 100 | 1   | 2            | 100 | 1   | 1            | 100 | 1   | 1  |
| SILEN-1 cop                 | 1           | 50  | 6   | 0           | 0   | 0   | 0            | 0   | 0   | 0            | 0   | 0   | 0            | 0   | 0   | 0            | 0   | 0   | 0  |
| NORECON-0 cops              | 1           | 50  | 2   | 0           | 0   | 0   | 0            | 0   | 0   | 2            | 100 | 4   | 0            | 0   | 0   | 0            | 0   | 0   | 0  |
| NORECON-1-10 cops           | 1           | 50  | 1   | 1           | 100 | 1   | 1            | 100 | 1   | 0            | 0   | 0   | 2            | 100 | 1   | 1            | 100 | 1   | 1  |
| CONDES-0 cops               | 2           | 100 | 1   | 1           | 100 | 1   | 1            | 100 | 1   | 2            | 100 | 1   | 2            | 100 | 1   | 1            | 100 | 1   | 1  |
| CONDES-1 cop                | 0           | 0   | 0   | 0           | 0   | 0   | 0            | 0   | 0   | 0            | 0   | 0   | 0            | 0   | 0   | 0            | 0   | 0   | 0  |
| DESATIN-0 cops              | 0           | 0   | 0   | 1           | 100 | 2   | 1            | 100 | 2   | 2            | 100 | 2   | 0            | 0   | 0   | 1            | 100 | 2   | 2  |
| DESATIN-1-6 cops            | 2           | 100 | 2   | 0           | 0   | 0   | 0            | 0   | 0   | 0            | 0   | 0   | 2            | 100 | 2   | 0            | 0   | 0   | 0  |
| IAVI-0-4 cops               | 2           | 100 | 1   | 1           | 100 | 1   | 1            | 100 | 1   | 0            | 0   | 0   | 2            | 100 | 1   | 0            | 0   | 0   | 0  |
| IAVI-5-12 cops              | 0           | 0   | 0   | 0           | 0   | 0   | 0            | 0   | 0   | 2            | 100 | 14  | 0            | 0   | 0   | 1            | 100 | 14  | 14 |
| IMPDIS-0 cops               | 2           | 100 | 1   | 1           | 100 | 1   | 1            | 100 | 1   | 2            | 100 | 1   | 2            | 100 | 1   | 1            | 100 | 1   | 1  |
| IMPDIS-1 cop                | 0           | 0   | 0   | 0           | 0   | 0   | 0            | 0   | 0   | 0            | 0   | 0   | 0            | 0   | 0   | 0            | 0   | 0   | 0  |
| IMPDIS-5 cops               | 0           | 0   | 0   | 0           | 0   | 0   | 0            | 0   | 0   | 0            | 0   | 0   | 0            | 0   | 0   | 0            | 0   | 0   | 0  |
| INVISI-0 cops               | 2           | 100 | 1   | 1           | 100 | 1   | 1            | 100 | 1   | 2            | 100 | 1   | 2            | 100 | 1   | 0            | 0   | 0   | 0  |
| INVISI-1 cop                | 0           | 0   | 0   | 0           | 0   | 0   | 0            | 0   | 0   | 0            | 0   | 0   | 0            | 0   | 0   | 0            | 0   | 0   | 0  |
| INVISI-3 cops               | 0           | 0   | 0   | 0           | 0   | 0   | 0            | 0   | 0   | 0            | 0   | 0   | 0            | 0   | 0   | 1            | 100 | 71  | 71 |
| AUTOCU-0-7 cops             | 2           | 100 | 1   | 1           | 100 | 1   | 1            | 100 | 1   | 0            | 0   | 0   | 2            | 100 | 1   | 1            | 100 | 1   | 1  |
| AUTOCU-8-10 cops            | 0           | 0   | 0   | 0           | 0   | 0   | 0            | 0   | 0   | 2            | 100 | 35  | 0            | 0   | 0   | 0            | 0   | 0   | 0  |
| EUFEMI-0-2 cops             | 2           | 100 | 1   | 1           | 100 | 1   | 1            | 100 | 1   | 1            | 50  | 1   | 2            | 100 | 1   | 1            | 100 | 1   | 1  |
| EUFEMI-3-8 cops             | 0           | 0   | 0   | 0           | 0   | 0   | 0            | 0   | 0   | 1            | 50  | 7   | 0            | 0   | 0   | 0            | 0   | 0   | 0  |

Annex 4.9: AJC, projecció dels conglomerats al pla factorial (eixos F1 i F2) de l'ACM amb el-lipsis de concentració







## Referències bibliogràfiques

- Abbey, S. E., & Garfinkel, P. E. (1991). Neurasthenia and chronic fatigue syndrome: The role of culture in the making of a diagnosis. *American Journal of Psychiatry*, 148(12), 1638-1646. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.12.1638>.
- Addinsoft. (2021). XLSTAT statistical and data analysis solution [Programari d'anàlisi estadística]. Addinsoft. <https://www.xlstat.com/es/>.
- Åsbring, P. (2001). Chronic illness – A disruption in life: Identity-transformation among women with chronic fatigue syndrome and fibromyalgia. *Journal of advanced nursing*, 34, 312-319. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01767.x>.
- Åsbring, P., & Närvänen, A. L. (2002). Women's experiences of stigma in relation to chronic fatigue syndrome and fibromyalgia. *Qualitative Health Research*, 12(2), 148-160. <https://doi.org/10.1177/104973230201200202>.
- Åsbring, P., & Närvänen, A. L. (2003). Ideal versus reality: Physicians perspectives on patients with chronic fatigue syndrome (CFS) and fibromyalgia. *Social Science and Medicine*, 57(4), 711-720. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(02\)00420-3](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(02)00420-3).
- Bayliss, K., Goodall, M., Chisholm, A., Fordham, B., Chew-Graham, C., Riste, L., Fisher, L., Lovell, K., Peters, S., & Wearden, A. (2014). Overcoming the barriers to the diagnosis and management of chronic fatigue syndrome/ME in primary care: A meta synthesis of qualitative studies. *BioMed Central Family Practice*, 15(44). <https://doi.org/10.1186/1471-2296-15-44>.
- Benzécri, J.-P. (1992). *Correspondence Analysis Handbook*. Marcel Dekker.
- Blease, C., Carel, H., & Geraghty, K. (2017). Epistemic injustice in healthcare encounters: Evidence from chronic fatigue syndrome. *Journal of Medical Ethics*, 43(8), 549-557. <https://doi.org/10.1136/medethics-2016-103691>.
- Bourdieu, P. (1999a). La mà esquerra i la mà dreta de l'Estat. A *Contrafocs: Reflexions útils per resistir a la invasió neoliberal* (pp. 7-17). Edicions 62.
- Bourdieu, P. (1999b). *La miseria del mundo*. Akal.
- Bourdieu, P. (1999c). *Meditaciones pascalianas*. Anagrama.
- Bourdieu, P. (2000a). *La dominació masculina*. Edicions 62.
- Bourdieu, P. (2000b). *Poder, derecho y clases sociales*. Desclée de Brouwer.
- Bourdieu, P. (2000c). La opinión pública no existe. A *Cuestiones de sociología* (pp. 220-232). Istmo.
- Bourdieu, P. (2000d). Cultura y política. A *La distinción: Criterio y bases sociales del gusto* (pp. 405-475). Taurus.
- Bourdieu, P. (2001). *Langage et pouvoir symbolique*. Fayard/Seuil.
- Bourdieu, P. (2002). *Razones prácticas: Sobre la teoría de la acción*. Anagrama.
- Bourdieu, P. (2008). *Esbós d'autoanàlisi*. Publicacions de la Universitat de València.
- Bourdieu, P. (2014). *Sobre el Estado: Cursos en el Collège de France (1989-1992)*. Anagrama.
- Bourdieu, P. (2015). *Sociologie générale, volume I: Cours au Collège de France (1981-1983)*. Raisons d'agir/Seuil.
- Bourdieu, P. (2017). *Anthropologie économique: Cours au Collège de France (1992-1993)*. Raisons d'agir/Seuil.
- Bourdieu, P., & Passeron, J.-C. (2003). *Los herederos: Los estudiantes y la cultura*. Siglo XXI.
- Bourdieu, P., & Wacquant, L. J. D. (1994). *Per a una sociologia reflexiva*. Herder.
- Bowen, J., Pheby, D., Charlett, A., & McNulty, C. (2005). Chronic Fatigue Syndrome: A survey of GPs' attitudes and knowledge. *Family Practice*, 22(4), 389-393. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmi019>.
- Broom, D. H., & Woodward, R. V. (1996). Medicalisation reconsidered: Toward a collaborative approach to care. *Sociology of Health and Illness*, 18(3), 357-378. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep10934730>.
- Bunge, M. (2000). *La relación entre la sociología y la filosofía*. EDAF.
- Cea D'Ancona, M. Á. (1999). El análisis de contenido cuantitativo. A *Metodología cuantitativa* (pp. 351-376). Editorial Síntesis.

- Clarke, J. N., & James, S. (2003). The radicalized self: The impact on the self of the contested nature of the diagnosis of chronic fatigue syndrome. *Social Science and Medicine*, 57(8), 1387-1395. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(02\)00515-4](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(02)00515-4).
- Cooper, L. (1997). Myalgic Encephalomyelitis and the medical encounter. *Sociology of Health and Illness*, 19(2), 186-207. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep10934404>.
- Crawley, E., Hughes, R., Northstone, K., Tilling, K., Emond, A., & Sterne, J. A. (2012). Chronic disabling fatigue at age 13 and association with family adversity. *Pediatrics*, 130(1), e71-e79. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-2587>.
- Deale, A., & Wessely, S. (2001). Patients' perceptions of medical care in chronic fatigue syndrome. *Social Science and Medicine*, 52(12), 1859-1864. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(00\)00302-6](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00302-6).
- Dinos, S., Khoshaba, B., Ashby, D., White, P. D., Nazroo, J., Wessely, S., & Bhui, K. S. (2009). A systematic review of chronic fatigue, its syndromes and ethnicity: Prevalence, severity, comorbidity and coping. *International Journal of Epidemiology*, 38(6), 1554-70. <https://doi.org/10.1093/ije/dyp147>.
- Donalek, J. G. (2009). When a parent is chronically ill: Chronic fatigue syndrome. *Nursing Research*, 58(5), 332-339. <https://doi.org/10.1097/NNR.0b013e3181ac156f>.
- Dumit, J. (2006). Illnesses you have to fight to get: Facts as forces in uncertain, emergent illnesses. *Social Science and Medicine*, 62(3), 577-590. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.06.018>.
- Durkheim, É. (1987). *Les formes elementales de la vida religiosa*. Edicions 62.
- Edwards, C. R., Thompson, A. R., & Blair, A. (2007). An 'overwhelming illness': Women's experiences of learning to live with chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis. *Journal of Health Psychology*, 12(2), 203-214. <https://doi.org/10.1177/1359105307071747>.
- Elias, N. (2002). *Compromiso y distanciamiento*. Ediciones Península.
- Fernández Solà, J. (2002). El síndrome de fatiga crónica. *Medicina Integral*, 40(2), 56-63.
- Goethals, P., & Delbecque, N. (2001). Personas del discurso y despersonalización. A G. Vázquez (Coord.), *Guía didáctica del discurso académico escrito: ¿Cómo se escribe una monografía?* (pp. 67-80). Editorial Edinumen.
- Goffman, E. (1997). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Amorrortu.
- Goffman, E. (2003). *Estigma: La identidad deteriorada*. Amorrortu.
- Goldman, B. (31 de juliol de 2017). *Researchers identify biomarkers associated with chronic fatigue syndrome severity*. Stanford Medicine News Center. <https://med.stanford.edu/news/all-news/2017/07/researchers-id-biomarkers-associated-with-chronic-fatigue-syndrome.html>.
- Gray, M. L., & Fossey, E. M. (2003). Illness experience and occupations of people with chronic fatigue syndrome. *Australian Occupational Therapy Journal*, 50, 127-136. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1630.2003.00336.x>.
- Greenacre, M. J. (2008). *La práctica del análisis de correspondencias*. Fundación BBVA.
- Greenfield, L. (Directora). (2018). *Generation Wealth* (Documental). Evergreen Pictures.
- Harrison, A. L. (1995). Development and Evaluation of Claims Involving Chronic Fatigue Syndrome (CFS) Under the Social Security Disability Provisions. *Journal of Chronic Fatigue Syndrome*, 1(3-4), 131-133. [https://doi.org/10.1300/J092v01n03\\_21](https://doi.org/10.1300/J092v01n03_21).
- Hjellbrekke, J. (2019). *Multiple Correspondence Analysis for the Social Sciences*. Routledge.
- Ho-Yen, D. O., & McNamara, I. (1991). General practitioners' experience of the chronic fatigue syndrome. *British Journal of General Practice*, 41(349), 324-326.
- Jason, L. A. (2012). Small wins matter in advocacy movements: Giving voice to patients. *American Journal of Community Psychology*, 49(3-4), 307-316. <https://doi.org/10.1007/s10464-011-9457-7>.
- Jason, L. A., Richman, J. A., Friedberg, F., Wagner, L., Taylor, R., & Jordan, K. M. (1997). Politics, science, and the emergence of a new disease: The case of chronic fatigue syndrome. *American Psychologist*, 52(9), 973-983. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.52.9.973>.
- Jones, J. F., Maloney, E. M., Boneva, R. S., Jones, A. B., & Reeves, W. C. (2007). Complementary and alternative medical therapy utilization by people with chronic fatiguing

- illnesses in the United States. *BioMed Central Complementary and Alternative Medicine*, 7(12). <https://doi.org/10.1186/1472-6882-7-12>.
- Krippendorff, K. (2004). *Content Analysis: An Introduction to Its Methodology* (2a ed.). Sage.
- Larun, L., & Malterud, K. (2007). Identity and coping experiences in Chronic Fatigue Syndrome: A synthesis of qualitative studies. *Patient Education and Counseling*, 69(1-3), 20-28. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.06.008>.
- Lian, O. S., & Nettleton, S. (2015). 'United We Stand': Framing Myalgic Encephalomyelitis in a Virtual Symbolic Community. *Qualitative Health Research*, 25(10), 1383-1394. <https://doi.org/10.1177/1049732314562893>.
- Lievesley, K., Rimes, K. A., & Chalder, T. (2014). A review of the predisposing, precipitating and perpetuating factors in Chronic Fatigue Syndrome in children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 34(3), 233-248. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.02.002>.
- Looper, K. J., & Kirmayer, L. J. (2004). Perceived stigma in functional somatic syndromes and comparable medical conditions. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(4), 373-378. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2004.03.005>.
- López-Roldán, P., & Fachelli, S. (2015). *Metodología de la Investigación Social Cuantitativa*. Universitat Autònoma de Barcelona.
- Merton, R. K. (1992). La profecía que se cumple a sí misma. A *Teoría y estructura sociales* (pp. 505-520). Fondo de Cultura Económica.
- Merton, R. K., Fiske, M., & Kendall, P. L. (1990). *The Focused Interview: A Manual of Problems and Procedures* (2a ed.). Free Press.
- Moss-Morris, R., Petrie, K. J., & Weinman, J. (1996). Functioning in chronic fatigue syndrome: Do illness perceptions play a regulatory role?. *British Journal of Health Psychology*, 1(1), 15-25. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8287.1996.tb00488.x>.
- Raine, R., Carter, S., Sensky, T., & Black, N. (2004). General practitioners' perceptions of chronic fatigue syndrome and beliefs about its management, compared with irritable bowel syndrome: Qualitative study. *British Medical Journal*, 328(7452), 1354-1357. <https://doi.org/10.1136/bmj.38078.503819.EE>.
- Richman, J. A., Jason, L. A., Taylor, R. R., & Jahn, S. C. (2000). Feminist perspectives on the social construction of chronic fatigue syndrome. *Health Care for Women International*, 21(3), 173-185. <https://doi.org/10.1080/073993300245249>.
- Ruiz Olabuénaga, J. I. (1999). Análisis de contenido. A *Metodología de la investigación cualitativa* (2a ed.) (pp. 191-210). Universidad de Deusto.
- Sabes-Figuera, R., McCrone, P., Hurley, M., King, M., Donaldson, A. N., & Ridsdale, L. (2010). The hidden cost of chronic fatigue to patients and their families. *BioMed Central Health Services Research*, 10, 56. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-56>.
- Taylor, R. R. (2005). Can the social model explain all of disability experience? Perspectives of persons with chronic fatigue syndrome. *American Journal of Occupational Therapy*, 59(5), 497-506. <https://doi.org/10.5014/ajot.59.5.497>.
- Ubieto, G. (2018, 10 de noviembre). Los trabajadores de baja ya pueden entrar acompañados a las revisiones. *El Periódico de Catalunya*. <https://www.elperiodico.com/es/economia/20181110/trabajadores-de-baja-tienen-derecho-a-entrar-acompanados-a-las-revisiones-7138919>.
- Veblen, T. (2004). *Teoría de la clase ociosa*. Alianza Editorial.
- Ware, N. C. (1992). Suffering and the Social Construction of Illness: The Delegitimation of Illness Experience in Chronic Fatigue Syndrome. *Medical Anthropology Quarterly*, 6(4), 347-361. <https://doi.org/10.1525/maq.1992.6.4.02a00030>.
- Ware, N. C. (1998). Sociosomatics and illness in chronic fatigue syndrome. *Psychosomatic Medicine*, 60(4), 394-401. <https://doi.org/10.1097/00006842-199807000-00003>.
- Ware, N. C. (1999). Toward a model of social course in chronic illness: The example of chronic fatigue syndrome. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 23(3), 303-331. <https://doi.org/10.1023/a:1005577823045>.
- Ware, N. C., & Kleinman, A. (1992). Culture and somatic experience: The social course of illness in neurasthenia and chronic fatigue syndrome. *Psychosomatic Medicine*, 54(5), 546-560. <https://doi.org/10.1097/00006842-199209000-00003>.

Weber, M. (2005). *La ciència i la política*. Publicacions de la Universitat de València.