

CONCEPCIONES CULTURALES EN TORNO A LA SALUD Y LA ENFERMEDAD EN POBLACIÓN DE ADULTOS DE JALISCO, MÉXICO

Marcela Serrano Hernández, Teresa M. Torres López y Gabriel Ávalos Alcántara.
Departamento de Salud Pública, Centro Universitario de Ciencias de la Salud.
Universidad de Guadalajara (Guadalajara, Jal., México)
E-mail: ttorres@cucs.udg.mx



Introducción

A lo largo de la historia los conceptos de salud y enfermedad han tenido diversos significados. En la era paleolítica la concepción del proceso salud-enfermedad era “mágica”. En esta época los brujos tenían gran influencia y todo proceso anormal era atribuido a una causa sobrenatural. Otra figura importante en esta concepción era el sacerdote, quien como doctor espantaba los malos espíritus o el demonio que producían la enfermedad(1).

Con la cultura griega se produjo el inicio de una visión racionalista y naturalista del universo y del hombre, alejada de la magia y las supersticiones

místicas y religiosas. La salud era el bien máspreciado en la sociedad griega. Además, sin salud no podía haber belleza. Para los griegos antiguos, la enfermedad era desequilibrio, la desviación de la norma, y su cura pasaba por un retorno a la naturaleza (2).

El acontecimiento más importante de la historia universal de la medicina lo constituye la medicina hipocrática, ya que es el nacimiento de la medicina como un saber técnico. Es por eso que la total elaboración de esta primera medicina científica duró alrededor de trescientos años a partir del siglo VI a.C. Esta hazaña consistió en sustituir en la explicación de la salud y enfermedad todo elemento mágico o sobrenatural por una teoría limitada a la esfera del hombre y la naturaleza. Constituyó así, el origen de una concepción científica de la medicina universal, definitivamente liberada de la religión y la filosofía y establecida como un conocimiento técnico. Durante los siglos XVII y XIX por primera vez se habla de medicina social y se llevan a cabo logros importantes en salud pública y pasa a primer plano la idea de la prevención de enfermedades. Se habla de condiciones sociales como causa de enfermedad.

Actualmente, según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) realizada en su constitución en 1946, la salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. En 1992 se agrega a la definición de la OMS: “y armonía con el medio ambiente”, ampliando así el concepto. De modo contrario, se entiende a la enfermedad como una entidad opuesta a la salud, cuyo efecto negativo es consecuencia de una alteración o desarmonización de un sistema a cualquier nivel (molecular, corporal, mental, emocional, espiritual, etc.) del estado fisiológico y/o morfológico considerados como normales, equilibrados o armónicos. Tomando en cuenta que los fenómenos de salud son dinámicos, cuando se habla a cerca de la definición de salud de la OMS (3), se establece un modelo estático. La salud y la enfermedad constituyen diferentes grados de adaptación del hombre frente al medio, los modos y estilos de vida son influidos y a su vez influyen en la actividad del hombre como ser social. Los fenómenos de salud ocurren dentro de una población cuyos miembros tienen una determinada constitución genética y viven en forma organizada en una sociedad que transforma continuamente el ambiente. Al encontrar estos determinantes el concepto de salud debe incluir dimensiones individuales, sociales y ambientales del ser humano. En este constante cambio y en la búsqueda de un equilibrio entre el hombre y el ambiente giran los conceptos de salud-enfermedad, y como es muy dinámico se puede entender mejor si se le llama: “proceso salud enfermedad”, ya que no hay un punto límite exacto entre ellos. Estos conceptos no se pueden abordar desde la enfermedad o salud solamente, ya que estos van a afectar de manera diferente al individuo.

Ahora bien, en la práctica parece seguir predominando el modelo biomédico sobre el biopsicosocial, el cual está basado en la integración de los hallazgos clínicos con los datos de laboratorio y los datos de anatomía patológica; definiendo la enfermedad como aquella dolencia que el médico puede reconocer, diagnosticar, clasificar y curar; es decir, su objetivo es curar la enfermedad y no pacientes con enfermedad. Es por eso que

este modelo ha entrado en crisis, a partir de la crítica de su deshumanización y su racionalidad exclusivamente técnico-instrumental. En todo caso, sigue predominando un concepto que concede mayor relevancia a los factores biológicos y que se interesa más por la enfermedad y la rehabilitación. Esta racionalidad asume que tanto la salud como la enfermedad intervienen en la realidad objetiva del cuerpo, mientras que se deja de lado la reflexión personal, las mediaciones culturales y sociales que acompañan al sufrimiento humano. Este enfoque deja afuera todo lo relacionado con la esfera psicosocial.

Desde el punto de vista de la antropología y citando estudios previos; Fernando Conde (4) hace referencia de los valores considerados como positivos en cuestión de salud comprendiendo los siguientes elementos: alegría como síntoma de salud, la valoración de "se nace sano" y la valoración de la armonía familiar como algo saludable. En contraparte, la población estudiada señalaba como negativo: vejez, enfermedad mental, valoración del dolor como "no saludable" y la muerte. Es decir que las concepciones y representaciones sociales dominantes sobre la salud en la población activa y masculina estudiada, tienden a unirse con las nociones biomédicas que actualmente predominan en el sector salud: definir la salud como una cuestión fundamentalmente individual, física y centrada en la ausencia de una enfermedad orgánica. En lo que respecta al género femenino, las concepciones sobre la salud se expresaban como nociones más centradas en la búsqueda del "equilibrio personal", en donde la preocupación central era la situación de la salud familiar y más específico, la de los hijos.

En un estudio realizado por Kornblit (5) con jóvenes argentinos entre 15 y 19 años se encontró que "un 34% sustentaba el criterio de la salud "orgánica", el 25% el de la salud "psíquica" y el 41% el de la salud como integración psicofísica. Estos porcentajes variaban según se refería a varones o mujeres. En efecto, los varones mantienen en mayor proporción el criterio de la salud orgánica, privilegiando así el ámbito de "lo corporal" y desencadenando el interés de reflexionar acerca de la perspectiva de género o de lo que se espera socialmente de los varones y mujeres. Es así como se señala que la concepción de salud ideal (6) supone un estado de salud no alcanzable por el ser humano en su realidad diaria, respondiendo a la definición teórica de una situación deseable en salud. Sin embargo, tiene importancia pues esas concepciones son guías que inspiran actos cotidianos, aunque se sepa que nunca se alcanzarán plenamente dichos objetivos. En otra Investigación realizada con familias de la Ciudad de Buenos Aires (7), se observó que éstas conceptualizaban la salud refiriéndose a diversos aspectos de la vida cotidiana tales como alimentación, hábitos de vida, consulta al sistema médico, práctica de deportes, bienestar psíquico e interpersonal, abrigo, higiene, vida al aire libre y prácticas religiosas. Cabe destacar que, según el nivel socioeconómico al que pertenecían, cada uno de estos aspectos fueron definidos de modo diverso.

Varios trabajos interculturales (8) confirman la existencia de ideas populares sobre la enfermedad y señalan diversos modos de pensar las causas de las enfermedades. Estos modos de pensar constituyen "lógicas" que permiten entender la realidad de la enfermedad: una *lógica de degeneración*, en la cual la enfermedad sigue al desgaste del cuerpo; una *lógica mecánica*, en la cual la enfermedad es resultado de bloqueos o de daños a estructuras corporales; una *lógica de equilibrio*, en la cual la enfermedad sigue a la ruptura de la armonía entre las partes o entre el individuo y el medio; y una *lógica de invasión*, que incluye la teoría del germen y otras intrusos materiales de las que resulta la enfermedad.

Todos estos componentes implican las concepciones de enfermedad que responden a la medicina científica en cuanto a centrarse en síntomas, causas y terapias de enfermedades. Otro punto de vista sugiere que los conceptos vinculados con la enfermedad operan como símbolos que se relacionan con una amplia variedad de experiencias propias de una cultura. Los conceptos comunes de enfermedad no sólo nombran entidades en el cuerpo, también son imágenes asociadas con otros órdenes de la vida. Es así como se puede hablar de cuatro aspectos del fenómeno enfermedad para el individuo: *Estar enfermo*, es decir, sufrir alteraciones a causa de enfermedades en el cuerpo y en sus funciones; *sentirse enfermo*, es decir, percibir tales modificaciones en el propio organismo; *identificar la enfermedad* basándose en los conocimientos adquiridos en su época y referidos al tema; *poder estar enfermo*, lo cual depende tanto del tipo de enfermedad como de los roles sociales que desempeña el sujeto.

En el informe Mujer y Salud de Madrid (9) el discurso dominante en 1993 era el de una visión holística; en la cual la concepción de salud constituía una noción global, colectiva y equivalente de vida familiar plena. Su traducción en promoción de salud fue el de ubicar a la mujer como agente de salud, vista como la "responsable de los cuidados familiares". En el año 2000, el discurso dominante en torno a salud cambio de lo holístico al de constituir un equilibrio personal, cambiando también a una noción más personalizada y equivalente del equilibrio personal y como fuente de energía vital, aquí el rol que desempeñaba la mujer en promoción de salud fue el de ser señalada como un sujeto activo de salud, es decir, la responsable para el desarrollo de los auto cuidados.

Canguilhem (10) señala tres concepciones: la ontológica (origen mágico-religiosa-bacteriológica), la dinámica (equilibrio organismo/ambiente) y la social (considera que la enfermedad es un hecho social en el que intervienen: clase social, origen étnico, sexo, etc., en el comportamiento de los enfermos). Su interés entonces no sólo reside en describir o conocer el fenómeno de enfermar, sino en analizar el concepto desde un aspecto más amplio y postular que no existe un hecho normal o patológico en sí mismo: "Las anomalías no son en sí patológicas, son sólo variantes que expresan otras normas de vida; si esas normas son inferiores, en cuanto a estabilidad, fecundidad y variabilidad con respecto a las normas consideradas en forma convencional como normales, entonces se las denominará patológicas". En conclusión, Canguilhem define enfermedad como el estado anormal (patológico) que predispone al organismo a un resultado adverso, dañino y susceptible de ser tratado.

También se relaciona a enfermedad los siguientes términos: padecimiento (*illness*), enfermedad (*disease*) y disfunción social (*sickness*); cada uno de ellos reflejando una óptica o posición distinta de la enfermedad. La primera es la parte subjetiva del estar enfermo, la segunda es la dimensión biológica orgánica de la enfermedad, y por último está la dimensión social de la enfermedad.

Diversos autores como Granda, Good, Llovet (11,12,13) y en particular Laurell (14), mencionan que la enfermedad no puede ser considerada simplemente como un estado biológico ni como la consecuencia mecánica de la pobreza o de otras condiciones sociales, sino como parte de un proceso entre la salud y la enfermedad. No obstante lo anterior, no existe consenso en la conceptualización de la salud. Múltiples autores han insistido en que un primer acercamiento debería consistir en considerar la salud como la ausencia de enfermedad, noción que en la actualidad prevalece en el ámbito popular. Sin embargo, esta postura hace evidente su debilidad al intentar conceptualizar la enfermedad, lo que es tan complejo como conceptualizar la salud. Los esfuerzos por elaborar una definición de enfermedad con frecuencia se han apoyado en los conceptos de normalidad y anormalidad. Viveros (15) señala cómo los individuos se expresan a propósito de la salud y la enfermedad en un lenguaje elaborado a partir de la relación que establecen con la sociedad. Es así como en la actualidad se da inicio a un análisis de la salud y la enfermedad, no como entidades cuya definición es evidente, sino como el resultado de procesos sociales, elaboraciones intelectuales y continuos intercambios de la colectividad. Otros estudios relevantes sobre la salud son los de Castro (16,17), quien ha incursionado en el enfoque cualitativo sobre la subjetividad de los individuos en torno de los padecimientos, la enfermedad y la manera en que la experiencia y los significados se modulan de acuerdo con la estructura social.

Con todos los puntos de vista ya mencionados, el hombre ha elaborado diferentes conceptos sobre salud y enfermedad, formas de aliviarla, acciones para su prevención y fomento de la salud. Por lo tanto, las percepciones de buena y mala salud, junto con las amenazas que pudiesen rodearlas, se encuentran culturalmente construidas, condicionando los significados, la interpretación de sensaciones y la percepción de los cambios y potencialidades corporales que la persona tendrá; las cuales serán referidas a la estructura social, debido a que están marcadas por las condiciones y el contexto en el cual emergen; asimismo, por las funciones que cumplen en la interacción con el mundo y con los demás; así pues, se constituye su subjetividad: sabemos que es más posible que un individuo esté sano cuando se siente de esa manera y así lo refiere, reconociendo que también podría tener lesiones o disfunciones asintomáticas o bien sin manifestaciones evidentes.

El objetivo de este trabajo fue el de describir la visión sobre salud y enfermedad desde las concepciones culturales de la población general, a demás de presentar la visión diferenciada de hombres y mujeres; a fin de identificar elementos para desarrollar programas de prevención y mejorar así el proceso de atención. Su importancia radica en que si no se cuenta con un acercamiento a las conceptualizaciones de la población, esto puede conducir a que los programas educativos en salud no partan de bases fundamentadas en lo que es culturalmente es significativo para ellos.

Metodología

Se realizó un trabajo de recolección sistemática de datos bajo el enfoque de la antropología cognitiva y de la salud, a fin de estudiar cómo los sujetos adquieren información y la procesan para generar decisiones y actuar de acuerdo a los valores normativos de su entorno, constituyendo así, el punto de vista *emic* (18). El diseño del estudio fue transversal exploratorio con niveles de análisis descriptivo y correlacional. El trabajo tuvo dos recolecciones sucesivas de datos, entre Febrero y Mayo de 2009: una con la técnica de listados libres y otra con la técnica de sorteo de montones. Este tipo de técnicas de recolección de datos se orientaron a la descripción de la concepción cultural de salud y enfermedad, todo esto para describir la organización de las distintas dimensiones que los informantes elaboran en torno a ellos.

El estudio se realizó en Jalisco, México, los municipios donde se realizó el trabajo fueron: El municipio de Guadalajara se localiza al centro del estado de Jalisco, cuenta con una población de 1'633,216 habitantes: 784 733 corresponden al sexo masculino y 848 483 al femenino. Los grupos de edad en esta zona se componen de la siguiente manera: De 0-14ª: 507 864hab, de 15-64ª: 1 033 298hab, Mayores de 65ª: 87 483hab, y 4 571 personas corresponden a un grupo de edad no especificado. En el ámbito de salud, este servicio es proporcionado por la Secretaría de Salud del gobierno estatal, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el Hospital Civil, la Cruz Verde, la Cruz Roja y un gran número de clínicas y hospitales particulares (19).

En municipio de Poncitlán se localiza en el sureste del estado, cuenta con una población de 36 893 habitantes, de los cuales 18 131 personas corresponden al sexo masculino y 18 762 al femenino. Los grupos de edad establecidos: De 0 a 14ª: 14 964hab. De 15 a 64ª: 19 876hab. Mayores de 65ª: 1 957hab y 76hab corresponden a un grupo de edad no especificado. La atención a la salud en este municipio está a cargo de la Secretaría de Salud del gobierno estatal, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). De acuerdo con los datos del gobierno del estado, el municipio contaba en febrero de 1997, con 4,053 asegurados al IMSS, es decir, sólo 1 de cada nueve habitantes contaba con adscripción a los servicios de salud en este Instituto. En lo que se refiere a infraestructura, el municipio sólo cuenta con dos unidades médicas, pertenecientes una al IMSS y otra al ISSSTE (20). Lo anterior indica que la cobertura de este servicio es insuficiente.

La estrategia de muestreo para la selección de entrevistados fue no probabilística propositiva (21); orientada a encontrar cierta variación en algunas características de los informantes: género, distintas comunidades, amplio rango de edad y diferentes experiencias en el ámbito de salud y enfermedad. Los criterios de inclusión fueron: mujeres y hombres en edades de 20 a 59 años (38.7 años como promedio en las mujeres y 33.7 años en los hombres), su escolaridad iba desde Ninguna hasta Estudios Superiores. En ambas recolecciones se entrevistó a 40 informantes: 20 del sexo femenino y el resto del sexo masculino para cada uno de los términos en estudio, siendo un total de 80 personas para cada técnica. Al final del trabajo totalizaron 160 participantes. La selección de los contextos de estudio se basó en conjuntar dos visiones culturales (urbana y rural). El tamaño de la muestra en cada contexto se basó en el supuesto del modelo de consenso cultural de Romney, Batchelder y Weller (22) para el estudio de patrones culturales. El supuesto plantea que, en estudios de descripción cultural, el tamaño de muestra no debe ser grande, debido a que la correlación promedio entre informantes tiende a ser alta (0.5, ó más). En ese sentido, Weller y Romney (23) sugieren un tamaño mínimo de informantes para clasificar el 95% de las preguntas correctamente, bajo un promedio de competencia cultural esperada (concordancia entre las respuestas individuales y el patrón estimado de respuestas correctas del grupo) de 0.5 y un nivel de confianza de 0.95.

En Guadalajara, las entrevistas se efectuaron en unidades de medicina familiar (UMF) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y en los Hospitales Civiles del estado, todos con usuarios del turno matutino. En Poncitlán, las entrevistas se realizaron en la plaza principal, debido a que era más sencillo establecer contacto con las personas. Antes de cada entrevista se explicaron los objetivos del estudio y se obtuvo el consentimiento informado verbal, garantizándose a los informantes la confidencialidad y anonimato en la recolección y el análisis de la información. La participación de los entrevistados se sujetó a su aceptación voluntaria.

Las técnicas de recolección de datos se orientaron a la descripción del dominio cultural del concepto de la Salud y de Enfermedad. En la antropología cognitiva se entiende por dominio cultural el conjunto organizado de palabras o frases que, en distintos niveles cognitivos, hacen referencia a una esfera conceptual específica (24). En ese sentido, en la primera fase del estudio se aplicó la técnica de listados libres. Esta técnica consiste en pedir a los informantes un listado escrito de términos o frases relacionados con una esfera conceptual particular. El cuestionario de la entrevista incluyó dos preguntas generales:

1. "Escriba 5 palabras o frases que se le vengan a la mente cuando escuche la palabra: salud/ enfermedad", y
2. "A continuación explique por qué asoció cada una de las palabras o frases anteriores con la palabra salud/ enfermedad".

Las respuestas son registradas en el instrumento por el mismo participante o por el entrevistador. La principal ventaja de este procedimiento es que favorece la expresión más espontánea de los sujetos, y por ello se espera que el contenido evocado este más libre de racionalizaciones, sesgos de defensa o deseabilidad social (25).

En la aplicación de los listados libres se obtuvo un total de 200 términos para el concepto de salud y 200 para enfermedad, las palabras más frecuentes se encuentran en las Tablas 1 y 2. Luego de obtenidas las listas, se tabularon los términos por frecuencia de mención. Esta tabulación permitió escoger 20 términos de cada listado, a fin de generar instrumentos de recolección de sorteo de montones para su aplicación en la segunda fase del estudio. Posteriormente se clasificaron con base a 3 tipos de conceptos: los elementos **descriptivos** (a su vez clasificados en léxico = sinónimos del término; composición = elementos que conforman el concepto; y vecindad = otras palabras relacionadas), las **prácticas** (clasificadas en acciones y funciones) y los **atributos** (adjetivos o calificativos). En la segunda fase se aplicó la técnica de sorteo de montones, la cual consiste en elaborar tarjetas para cada término (20 tarjetas diferentes para cada contexto) y pedir a los informantes que formen grupos de cartas que contengan los términos más parecidos, sin importar el número de grupos que se formen. Después se les pide que etiqueten a cada montón con una palabra o frase que identifique el conjunto de las tarjetas seleccionadas (26)²⁶, todo esto para describir la organización de las distintas dimensiones conceptuales de los informantes sobre las palabras en estudio.

Los datos generados en las dos fases de recolección fueron tabulados en matrices de palabra por palabra y sus valores fueron transformados a proporciones de similitud. Las matrices resultantes fueron analizadas por separado para los valores agregados y los valores individuales. En el caso de los valores agregados, las matrices fueron analizadas mediante conglomerados jerárquicos. Este método asigna palabras a dimensiones conceptuales de acuerdo con la similitud percibida por los y las informantes. El grado de similitud entre palabras se expresó en una gráfica de diagrama de árbol con niveles de correlación. En forma complementaria, se hizo la representación espacial en dos dimensiones de las similitudes de las palabras representadas en los árboles de conglomerados, mediante escalas multidimensionales no métricas. Con esta técnica se calculó el valor de *stress* como medida de bondad de ajuste de la representación de los conglomerados. Esta medida se define como la suma de correspondencias entre pares de objetos dentro de la representación espacial. En el trabajo se siguió la propuesta de Sturrock y Rocha (27), quienes sugieren para una representación de 20 términos un valor de corte de *stress* menor a 0.28.

En el caso de los valores individuales, las matrices fueron analizadas mediante un modelo de consenso cultural ajustado a respuestas ordinales. Este modelo estima la verosimilitud de que un sistema homogéneo de conocimientos predomine en una cultura, a partir de la correspondencia entre los conocimientos del grupo y los del individuo. Para el efecto, se corrieron análisis factoriales de componentes principales que agrupan a los individuos en función de sus respuestas. El criterio de bondad de ajuste para la obtención del consenso en los modelos implica que el primer factor alcance una razón tres veces mayor a la del segundo factor, lo cual significaría que hay una alta concordancia en las respuestas de los informantes y de las informantes. Los distintos análisis se procesaron con el programa computarizado Anthropac v. 4.1.

Resultados

Listados Libres

Salud

Los términos ubicados en léxico o sinónimos de salud en ambos géneros fueron: *Bienestar*, *Estar Bien* y *Sentirse bien*. Otros términos que se señalaron de forma particular en cada género: *Estar Saludable*, *Sano* y *Vivir Bien* para los hombres; *Vida* y *No Enfermarse* para las mujeres. Los ubicados en composición son estados que involucran un proceso permanente de cuidados para la salud no sólo en lo físico sino también en lo mental y emocional: *Buen ánimo*, *tranquilidad*, *paz*, *disfrutar* y *anhelo*. Otras palabras asociadas son las de: *Dios* (los participantes lo indicaron como: “*Hay que creer en él para tener salud*”, “*Es lo primero para tener salud... Nos da la vida... Nos da todo*”), tener *educación* y *dinero* (asociados a saber cómo cuidarse y poder comprar medicamentos y/o atenderse mejor), a la *familia* y *deseos*. En la clasificación de vecindad, se hace referencia a términos que tienen que ver con lo opuesto a salud, los profesionales para su atención, así como formas de prevención y fomento.

En cuanto a las prácticas, la categoría de acciones fue la que contó con el mayor número de palabras, en ella se ubicaron los términos relacionados con formas de cuidado a la salud (*chequeos médicos*, *quitar cosas dañinas*, *ser responsable*, *estar controlado de enfermedades*, *hacer ejercicio*, *alimentación*, *descansar*) otras sobre como lograr un estado de salud mental óptimo (*jugar*, *conviviendo sano*) así como una actividad productiva como lo es *eltrabajar*. En funciones, se ubicaron términos que los participantes señalaron necesarios para lograr un equilibrio y tranquilidad: *higiene*, *salud espiritual*, *objetivos*, *confort*, *descanso*, *trabajo*, *buenas costumbres* y

convivir con las personas. Una mujer indicó en este aspecto: *“Solo Dios sabe, pues es el único que sabe cuando la tenemos”*.

Sobre los atributos asignados a salud, ambos géneros compartieron el referirla como algo universal o global diciendo que es *“lo más importante”*, *“la base para todo”* y *“bienestar total”*. Solo en el género masculino, lo ubica dentro desde el punto de vista orgánico, es decir, fue visto como el poder *hacer todo* y el ser *eficiente*.

P Enfermedad

En los elementos de tipo descriptivo se menciono como léxico o sinónimo de enfermedad para ambos géneros el término *malestar*. Se refirió *muerte* y *problemas* sólo en el género masculino.

En la composición del concepto se mencionaron palabras que tenían que ver con el sentir de las personas cuando se encuentran enfermos, así como algunas de las manifestaciones que indican el estar enfermo: *Dolor de cabeza, tos, cansancio y calentura*. También se da importancia a cómo afecta el trabajo (*“A veces me siento distraída y cansada en mi trabajo”*) y el dinero o los gastos requeridos cuando se está enfermo: *“Necesario para comprar medicamentos”*, *“Muchos medicamentos que no se encuentran se tienen que comprar”* (esto en relación al Instituto Mexicano del Seguro Social). Esta categoría fue la segunda con la mayor cantidad de términos mencionados, tal vez por la infinidad de síntomas conocidos, más comunes y/o frecuentemente presentados, y a su vez por los componentes que se suman al estar enfermo (factor emocional, de atención y económico).

La clasificación de vecindad contó con el mayor número de palabras y engloba las patologías, que al considerar por lo que se dijo, fueron las más conocidas o de mayor importancia para las personas entrevistadas (casos curiosos fueron los de un hombre y una mujer quienes ubicaban también dentro de este apartado: *“Embarazo... Porque mi esposa está embarazada y tiene problemas”*; y *“los partos por que se sufre”*); también se hizo mención de las instituciones y profesionales dedicados a su atención y los medios para evitar o aliviar la enfermedad.

En lo referente a las prácticas, las acciones enunciadas hicieron referencia al tipo de actividades que pueden llevar a padecer una enfermedad: drogadicciones, malos hábitos, el no cuidarse, etc.; y las requeridas para contrarrestar este estado: *“Hay que seguir las indicaciones del Dr. para controlar y aliviar enfermedad”*, *“Tomar medicina para no ir con el doctor”*. Las funciones mencionadas fueron referentes a las consecuencias emocionales y orgánicas al estar enfermo: sufrimiento, tristeza, stress y necesidad de reposo. Finalmente en atributos, solo una mujer dijo que cuando se está enfermo hay que *“Luchar por su vida”* justificando esto con

“Dios da vida y sabe cuando la va a quitar”.

Tabla 1.
Palabras de mayor frecuencia
obtenidas en los Listados Libres para
el concepto Salud en Adultos de 20-
59^a, Guadalajara-Ponciltán, Jalisco,
México, Febrero-Mayo 2009.

	Masculino	Femenino
Descriptivos		
Léxico	Bienestar Estar bien Sentirse bien Estar saludable Sano Vivir Bien	Bienestar Estar bien Vida Sentirse bien No enfermarse
Composición	Alegría Tranquilidad Familia Dios Felicidad Paz Sonreír Deseos Disfrutar Es decir gracias Educación Dinero	Alegría Buen Animo Anhelo Tranquilidad Familia Dinero Limpieza
Vecindad	Hospitales Clínica Doctores Enfermeras Drogas Medicina Vacunas Medio Ambiente Una sola pareja	Seguro/IMSS Consultorio Clínica Médico Doctor Estomodo Diabetes Ver Niños Enfermos Medicina Vitaminas Vacuna Pastilla Inyecciones
Prácticas		
Acciones	Alimentación Cheques Médicos Ser Responsable Cuidarse Ejercicio Jugar Descansar No Drogarse No Malpasadas Uso de Preservativos Lavarse los	Alimentación Checarse con el Doctor Control del Médico Conviviendo Sano Cuidado Auto cuidado Quitar cosas dañinas No tomar Alcohol Estar controlado de enfermedades Cuidar a los demás Visitar al doctor

Tabla 2.
Palabras de mayor frecuencia obtenidas
en los Listados Libres para el concepto
Enfermedad en Adultos de 20-59^a,
Guadalajara-Ponciltán, Jalisco, México,
Febrero-Mayo 2009.

	Masculino	Femenino
Descriptivos		
Léxico	Malestar Muerte Problemas	Malestar Persona Enferma
Composición	Presión Apuros Enfado Fastidio Nervios Impotencia Tensión Llanto Pena Síntomas Dolor Cansancio Calentura Dolor de Cabeza Tos Dinero Virus Exámenes	Llanto Irritable Preocupación Nerviosismo Molestias Herencia Dolor Dolor de Cabeza Tos Calentura Presión Alta Accidentes Trabajo Dinero Gastos
Vecindad	Medicina Anginas Asma Cáncer Cáncer de Mama Diabetes Embarazo Viruela VIH SIDA Gripa Tifoidea Osteoporosis Presión alta y baja Úlcera Hospital Doctor Medicina Pastillas Inyección	Depresión Diabetes Cáncer SIDA Hipertensión Gripa Colitis Partos Diarrea Clínica Centro de Salud Seguro/IMSS Enfermera Doctor Farmacia Medicina Inyecciones
Prácticas		
Acciones	No poder hacer nada Estar acostado Contagio Drogadiciones Complicaciones	Atender la Salud Malos hábitos Descuido No cuidarse Comida Chatarra

Fuente: Listados

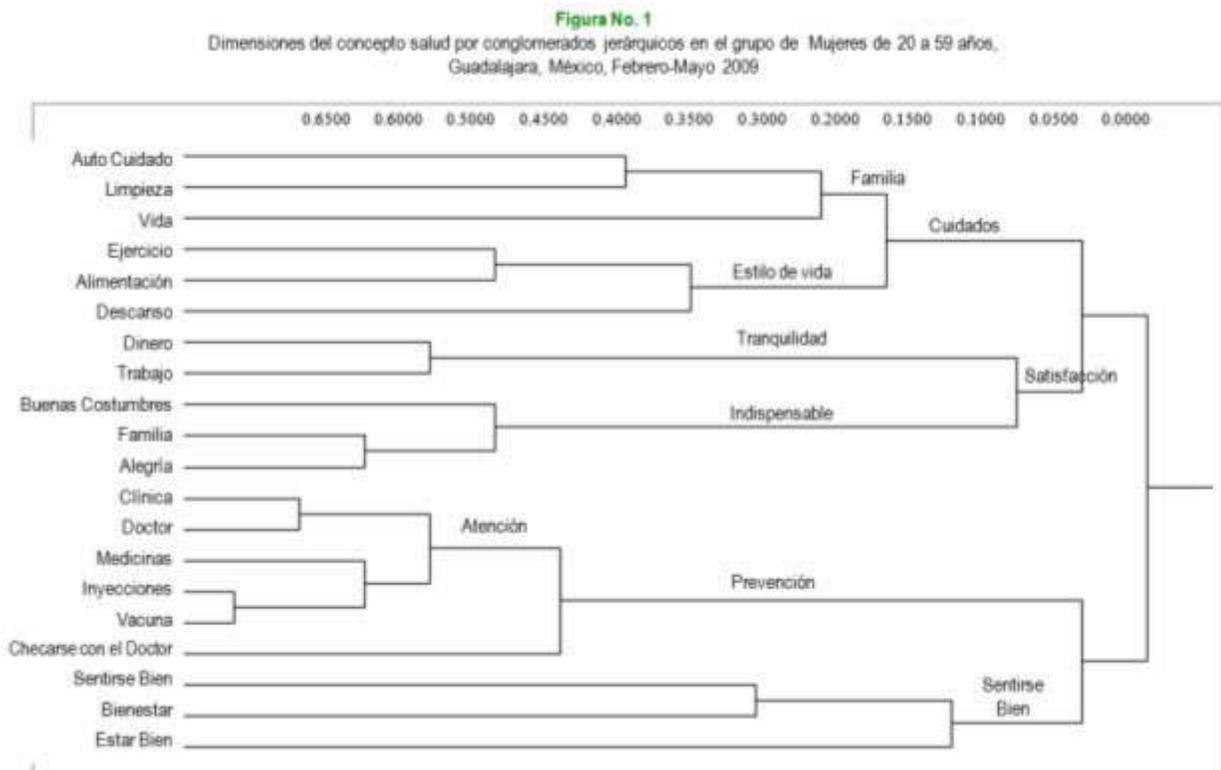
Mujeres

En la Figura 1 se muestran las dimensiones conceptuales encontradas mediante análisis de conglomerados en este género. La dimensión de *cuidados* hizo referencia a la importancia del ámbito familiar; esto fue, las participantes hacían mención a que la base para una “buena salud” resulta de lo enseñado desde el núcleo de una familia, ya que de ahí surgen los hábitos personales en cuestión de higiene, dieta y actividad física, además de la identificación de lo que es necesario para el bien individual, todo esto constituyendo lo que fue llamado como “*estilo de vida*”. Por ejemplo, en relación a lo anterior se dijo: “*La limpieza, está de la mano con la salud... Para tener mejores hábitos*”, “*Una alimentación sana contribuye a una buena salud*”, “*Con el ejercicio te mantienes en buena condición*”, “*Auto cuidado: Para no enfermarse*”).

En lo que respecta a la dimensión de *satisfacción* se aborda la cuestión económica y laboral que si bien no son fundamentales para determinar el estar enfermo o no; fueron vistos como necesarios para solventar los gastos y /o necesidades de determinadas circunstancias y que a su vez brindan un estado de paz y armonía, denominado como “*tranquilidad*” (la mayoría coincidían: “*Si tienes dinero te puedes ayudar a comprar vitaminas, puedes atenderte mejor*”, “*Trabajo: Yo con salud todo lo hago... No se me dificulta nada*”). Fue considerado como “*indispensable*” el contar con “*buenas costumbres*” (definido por una de ellas como: “*No fumar, No drogas, No alcohol*”), el ámbito de la familia y alegría (“*Estoy feliz cuando se que estoy sana en un examen*”, “*Estoy contenta cuando estoy saludable*”) para lograr un estado y/o funcionamiento óptimo.

La dimensión de *prevención* se compone de una categoría y de elementos que en el sector salud constituyen parte de lo llamado “*promoción de la salud*”; sin embargo, las participantes dieron mayor importancia a los profesionales o del personal que son “*responsables*” (según ellas) de preservar, devolver y cuidar la salud (“*el doctor es la persona que nos da salud con lo que sabe*”, “*la enfermeras son igual que el doctor... Nos cuidan y curan*”); además de que gracias a la difusión que actualmente se ha dado a las campañas de vacunación o de chequeos oportunos, esto ya figura dentro del conocimiento o conciencia de la población general (“*las vacunas nos brindan defensas para tener salud*”, “*los chequeos son importantes para detener antes el peligro de la enfermedad*”).

Por último, la dimensión de *Sentirse bien* contiene palabras que solo hacían referencia a sinónimos o a lo que significaba para las participantes el tener salud/ estar sano.

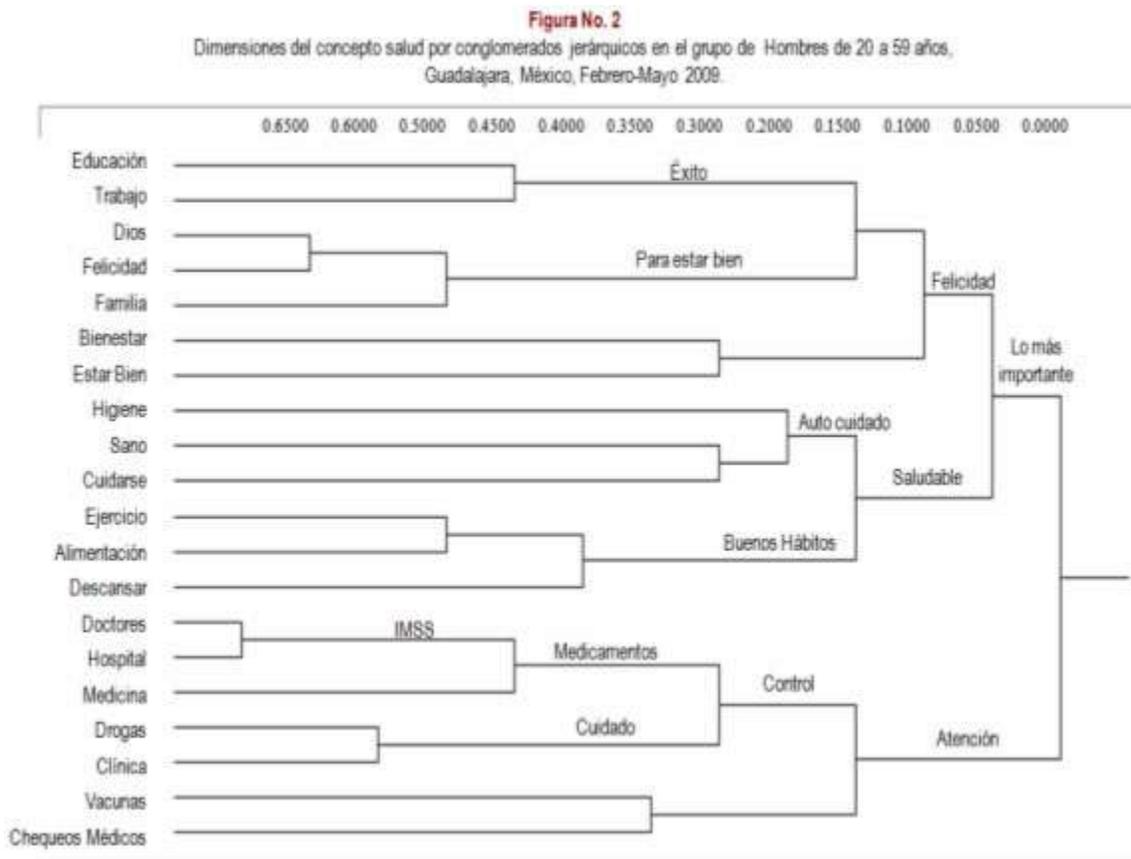


Fuente: Sorteo de Montones

Hombres

En la Figura 2 se muestran las dimensiones conceptuales encontradas mediante análisis de conglomerados, identificándose dos dimensiones. En la dimensión de *lo más importante*, el género masculino incluyó las subdimensiones de *felicidad* y lo que es visto como *saludable*. En la primera, se refirió que el éxito se compone de *deeducación* y *trabajo*, de la misma manera que *“para estar bien se requiere de un Dios, de la felicidad y de familia”*. También se incluyen los términos de *estar bien* y *bienestar*. En la subdimensión de lo que es saludable, se encuentran las categorías del *auto cuidado* y de los *buenos hábitos*. En lo que se refiere al auto cuidado, este se compone de las palabras: *higiene* (uno de ellos dijo: *“Menos microorganismos, menos enfermedades”*), *estar sano* (*“Tienes que estar sano para estar saludable”*) y *cuidarse*. En la categoría de los buenos hábitos, se ubican los términos realizar *ejercicio*, *alimentación* (la mayoría dijo que se debe comer bien) y el *descansar*. Justificaban que la ausencia de estas actividades ocasionaba la aparición de alguna enfermedad.

La dimensión de *atención* solo cuenta con la subdimensión de *control*, ésta a su vez con las categorías de: *medicamentos*, visto como algo *“para el beneficio de la salud”*, (haciendo referencia al *IMSS* como sub categoría debido a que es una institución hospitalaria y con médicos; y la palabra *medicina* debido a que *“Es con lo que se cura uno”*) y *cuidado* (visto como algo para tener salud). En esta última categoría se ubicaron los términos *drogas* (*“Si toma drogas no tiene salud”*) y *clínica*. También se encuentran en esta dimensión las palabras *vacunas* (*“Más vale prevenir que lamentar”*, *“Las vacunas nos dan salud”*) y *chequeos médicos*.



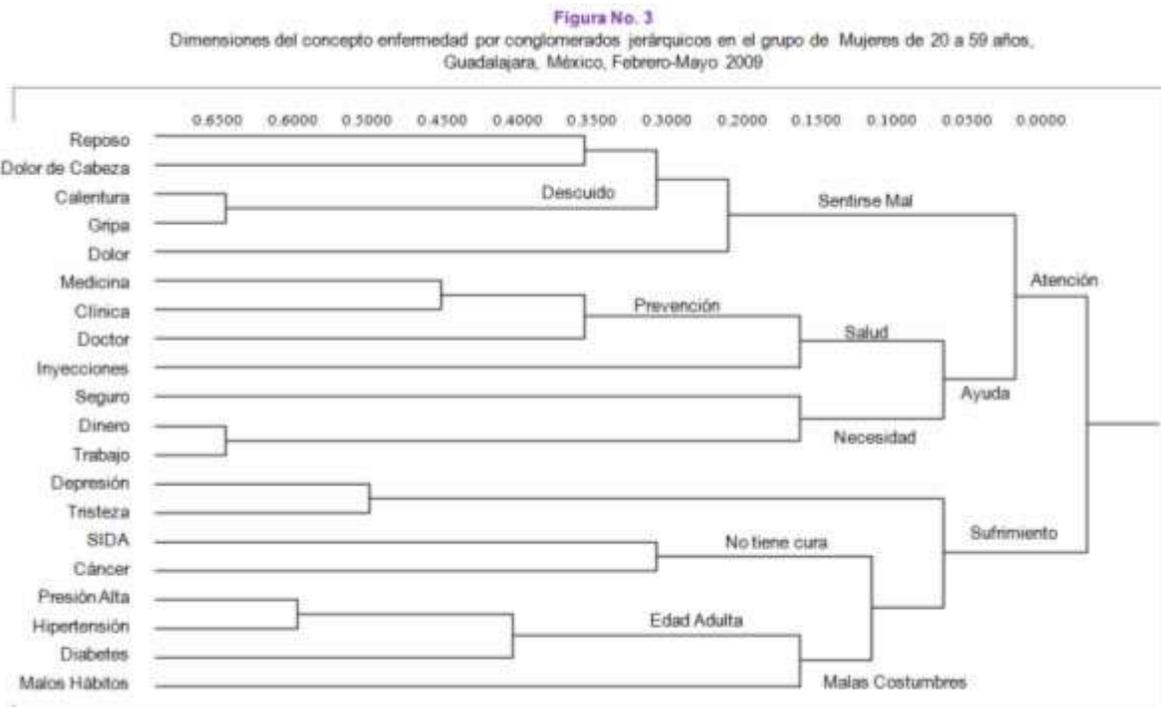
Fuente: Sorteo de Montones

Dimensiones Conceptuales de Enfermedad

Mujeres

La Figura 3 muestra las dimensiones conceptuales que resultó del análisis de conglomerados. La dimensión de *atención* cuenta con las subdimensiones de *sentirse mal*, *salud* y *necesidad*. En la primera de ellas, se encuentran las palabras: *reposo* (ubicado aquí debido a que fue señalado como “*lo necesitas para salir de cualquier enfermedad*”), *dolor de cabeza* y *dolor*. Además, cuenta como única categoría la que fue denominada como “*descuido*”; englobando aquí los términos de *gripa* y *calentura*, ya que fueron vistos como las consecuencias de esto (“*Es el proceso de un descuido*”). En la subdimensión de salud, se encuentran la categoría de la *prevención*, en donde se mencionó lo referente a algunos de los componentes del sector salud: *doctor*, *clínica* y *medicina*, vistos de manera global como: “*Acudes siempre con ellos cuando hay alguna enfermedad*”, “*Es el lugar donde se tiene que ir a consulta*” y “*La que hay que tomar para curarse*” respectivamente. La palabra “*inyecciones*” fue vista como algo que no es el agrado de muchos pero que es un medio para ayudar o llegar a un bien. Los términos de *seguro* (refiriéndose a uno de los componentes del sistema de seguridad social que existe en México), *dinero* y *trabajo* se encuentran dentro de la subdimensión de “*necesidad*”, esto debido a que son considerados importantes para poder contar con los medios para la atención a la salud y/o la asistencia médica y recursos que están en constante interacción: “*Si tienes trabajo, tienes dinero*”, “*Teniendo dinero puedo solucionar muchas cosas*”, “*El trabajo protege dando el seguro*”.

En la dimensión de sufrimiento, la mayoría de las participantes dieron un carácter emocional al padecimiento de una enfermedad, esto debido a que englobaron dentro de esta dimensión los términos “*depresión*” y “*tristeza*”, señalándolos como la forma de expresión del dolor físico-afectivo y/o al no cumplimiento de expectativas o circunstancias difíciles (“*A veces me siento muy triste... Decaída en mi estima*”, “*Siento tristeza nada más de saber que estoy enferma*”). También se encuentra la subdimensión de lo que “*no tiene cura*”, en donde colocaron los padecimientos que a su saber en la actualidad no tienen aun una forma de resolverse favorablemente. En la subdimensión de “*malas costumbres*” se hizo referencia a los padecimientos crónico-degenerativos que hoy en día constituyen un problema de salud pública de gran impacto, y que fueron clasificados como pertenecientes a la edad adulta debido a que son el reflejo de los malos hábitos adquiridos por largo plazo.

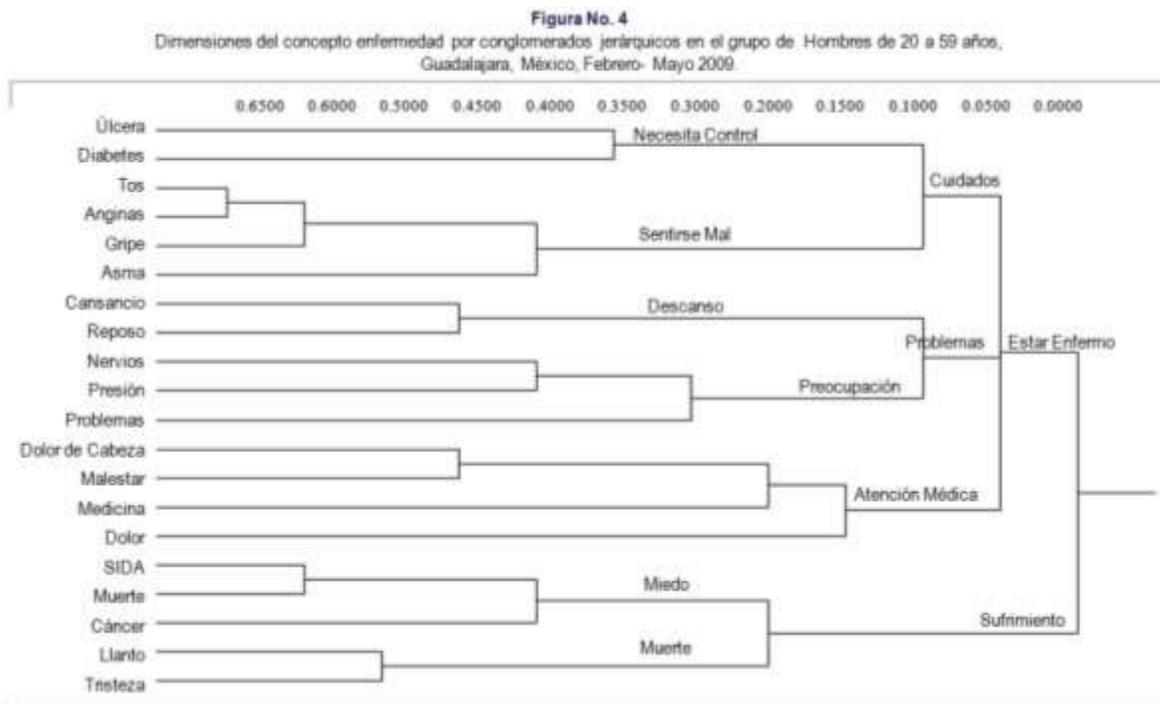


Fuente: Sorteo de Montones

Hombres

La Figura 4, muestra las dimensiones conceptuales que a través del análisis de conglomerados dio como resultado dos dimensiones: lo constituido para los participantes como lo que es “*estar enfermo*”, a su vez compuesta con las siguientes subdimensiones. Lo perteneciente a *cuidados*, formada por las categorías de lo que “*necesita control*”(donde ubicaron las palabras de *úlceras* y *diabetes*, vistas como patologías de larga evolución que requieren cuidados específicos y personales); y “*sentirse mal*” (aquí los participantes mencionaban algunos síntomas y enfermedades que eran representativos para ellos). En lo denominado como *Problemas*, se señalo las acciones que siguen o el sentir que expresaron los participantes al encontrarse en situaciones difíciles o al estar enfermo. Se establecieron así las categorías de “*descanso*” (“*siempre que estoy enfermo me siento cansado*” y “*cuando estás enfermo tienes que estar en reposo*”) y “*preocupación*” (aquí los términos de nervios, presión y también problemas: “*Te sientes presionado a cómo solucionar los diferentes problemas*”, “*La desesperación... Preocupaciones*”, “*Lo primero que se le viene a la mente es el dinero... Uno tiene que solucionar*”). En la subdimensión de *Atención Médica* se ubicaron las palabras: *dolor, dolor de cabeza, malestar y medicina*; justificándose que forman parte de la condición de estar enfermo y que para poder resolver alguna de estas situaciones es necesario acudir a alguna institución o con algún profesional de la salud.

La dimensión del “sufrimiento” contó con la subdimensión de *miedo*, ya que se dijo sentir temor ante la presencia de alguno de los padecimientos que más les representaron dolor y sufrimiento (cáncer, SIDA y muerte); y su relación con la *muerte*, visto como: “*Es peligroso... No me gusta pensar en eso*”, “*Hay enfermedades que no tienen cura*”; abarcando también el factor emocional (“*el llanto y la tristeza es algo que no puedes evitar sentir*”).



Fuente: Sorteo de Montones

Consenso cultural sobre la concepción de salud y enfermedad

La organización conceptual de las distintas dimensiones del concepto de salud y de enfermedad mostró consenso cultural. En el caso de salud en mujeres alcanzó un nivel de razón = 9.315 y en los hombres = 8.120, mientras que en el de enfermedad las mujeres el nivel de razón fue = 8.769 y en los hombres = 10.09. Como ya se mencionó antes la regla es que este factor debe calificar más de tres veces la varianza del segundo factor, lo cual sucedió en todos los casos (11.2, 8.1, 8.21 y 13.9 veces mayor respectivamente) (ver Tabla 3 y 4).

El porcentaje acumulado de la varianza para el factor ratio 1 fue mayor a 70% (94.4, 93.1, 93.2 y 94.7) y la media de la competencia cultural individual fue mayor a 0.6 (0.642, 0.627, 0.610 y 0.687) confirmando esos valores el consenso cultural. Los valores mayores a 0.3 en la medida de acuerdo grupal (0.412, 0.393, 0.372 y

0.471) describen homogeneidad en la organización conceptual de las dimensiones y validan también el consenso.

Tabla No. 3

Niveles de consenso cultural sobre el término Salud (20-59 años)

(Expresados en razones factoriales y varianza acumulada de factores, promedio de competencias culturales y concordancia grupal) 2008

Personas participantes	Razón del Factor 1 (F1)	Varianza Acumulada %	Razón del Factor 2 (F2)	Varianza Acumulada %	Razón F1:F2	Competencia Cultural*		Concordancia grupal**
						Media	DE	
Mujeres (n = 20)	9.315	86.7	0.830	94.4	11.2	0.642	0.232	0.412
Hombres (n=20)	8.120	82.8	1.002	93.1	8.1	0.627	0.113	0.393

Tabla No. 4

Niveles de consenso cultural sobre el término Enfermedad (20-59 años)

(Expresados en razones factoriales y varianza acumulada de factores, promedio de competencias culturales y concordancia grupal) 2008

Personas participantes	Razón del Factor 1 (F1)	Varianza Acumulada %	Razón del Factor 2 (F2)	Varianza Acumulada %	Razón F1:F2	Competencia Cultural*		Concordancia grupal**
						Media	DE	
Mujeres (n = 20)	8.769	83.2	1.077	93.2	8.21	0.610	0.257	0.372
Hombres (n=20)	10.09	88.3	0.725	94.7	13.9	0.687	0.180	0.471

DE: desviación estándar

** Competencia Cultural: media aritmética grupal del grado de acuerdo individual con las respuestas promedio.

** Concordancia grupal: promedio de Competencia Cultural elevado al cuadrado

Fuente: Análisis de consenso del sorteo de montones

Discusión y Conclusiones

El objetivo que guio este estudio se cubrió ya que se logro identificar las concepciones culturales sobre salud y enfermedad que actualmente predominan, así como describir las diferencias entre los puntos de vista de los hombres y mujeres de los grupos estudiados.

En ambos conceptos los participantes mostraron una visión holística, presentando la implicación de la totalidad del ser como persona: sus relaciones familiares, laborales y sociales, y no exclusivamente en lo físico o fisiológico. Es así como se explica que el modelo de consenso haya mostrado alta homogeneidad, demostrando que en la actualidad siguen predominando muchos de los conceptos establecidos con anterioridad a pesar de las diferencias que pudiesen existir en cuanto a sexo, edad, socioeconómico y de educación.

En lo referente a salud, la mayoría de las mujeres tenían una visión más cercana al bienestar y al equilibrio general; más centrado en el "sentirse bien" a base de la prevención, sin restar importancia al aspecto emocional, laboral y social. Por otro lado, los hombres producen una concepción más cercana a las nociones del tipo órgano-médicas, más focalizadas en el cuerpo considerado como algo estrictamente físico, concepción que condensaban en la expresión "estar bien". Esto se encuentra en estrecha relación con lo encontrado por Conde (28) y Kornblit (29). Es así como se puede hablar que la concepción de salud posee dos componentes: uno subjetivo, o de bienestar, es decir el hecho de sentirse bien en diferentes grados; y otro objetivo, el cual se identifica con la capacidad de funcionamiento. De manera contraria, la concepción en torno a enfermedad, fue señalada como algo malo, causante de sufrimiento (dolor, tristeza, angustia) y muerte, o de manera simplificada fue definido como lo opuesto a salud o ausencia de la misma; englobando así las tres concepciones establecidas por Canguilhem (30) para este término.

En ambos grupos existieron similitudes en las dimensiones resultantes. En lo que respecta a salud, siempre se ubicó la dimensión de atención, en la cual los dos gráficos englobaron lo perteneciente al sector salud (desde los lugares dedicados a prestar el servicio, profesionales dedicados a ello, recursos sanitarios y prácticas de prevención), señalado como lo necesario para “estar bien” o recuperar la salud. En enfermedad, las dimensiones que mostraron mismas similitudes fue la de sufrimiento, en la cual se hizo referencia a un estado emocional de tristeza/depresión, además de patologías que actualmente son muy comunes en nuestro medio y que generalmente llegan a la muerte o bien de larga evolución y con deterioro progresivo.

Siempre se señaló la importancia de preservar y cuidar la salud por medio de la divulgación de los conocimientos sobre cómo prevenir y actuar ante la presencia de enfermedades, todo esto para reducir riesgos y/o mejorar sus condiciones sanitarias. Es así, como la acción coordinada de escuelas, medios de comunicación, empresas privadas, etc., sería fundamental para cumplir con dicha tarea y fomentar a la vez que la salud no es solo un hecho de sobrevivencia, sino que se debe convertir en un modo de vida cotidiano y no solo en el de evitar una amenaza (visto como la aparición de la enfermedad). A decir de esto, surge la preocupación de si el lenguaje utilizado por las campañas de salud responden a los lenguajes populares y si por ello aumentan o disminuyen su efectividad (aquí lo que se buscaría es entender como los saberes de todo tipo: individual, popular y médico; pueden ayudar a entender las acciones que se adoptan en un grupo social). También se le da gran importancia lo que tenía que ver con la cuestión económica y laboral para cada uno de los términos, ubicando las palabras de “dinero” y “trabajo” dentro de tranquilidad, necesidad y satisfacción; justificando que son medios para alcanzar la posesión de bienes y servicios que lograrían atender sus necesidades de manera adecuada y otorgándoles así un papel de seguridad. Con todo esto se establecería que el contar o no con salud es visto como un asunto de recursos. Con esto se establece que la interpretación de estos conceptos se efectúa en términos de causalidad

Se pudo concluir que las concepciones culturales de salud y enfermedad son fenómenos complejos que están estrechamente ligados a la persona, su subjetividad, sus circunstancias vitales, sus condiciones sociales, culturales, económico-políticas y medioambientales; es por ello que se encuentran en un estado continuo de adaptación debido a que son susceptibles de ser modificados, a la vez que sus determinantes son múltiples e interaccionan entre sí. La comprensión de esto se va a reflejar en la institucionalización de modalidades específicas de organización de los servicios de salud, el proceso de atención y para establecer las características determinantes en el desarrollo de las prácticas sanitarias.

Las propuestas que surgirían en base a lo anterior: a) Diferenciar entre demanda y necesidades de salud; y b) Evitar dirigirse solamente hacia lo biológico o lo puramente psicosocial y tratar de manejar de manera integral al paciente, es decir un enfoque biopsicosocial.

Resumen

El objetivo de estudio fue describir la visión sobre la salud y la enfermedad desde las concepciones culturales de la población general, además de presentar la visión diferenciada de hombres y mujeres. Fue un estudio transversal exploratorio. La muestra fue de 40 participantes para cada uno de los términos y para cada una de las fases del trabajo de campo, es decir un total de 160 personas, las cuales fueron seleccionadas por muestreo propositivo en las instalaciones públicas de salud del estado de Jalisco, México. El grupo de edad establecido: Adultos de 20 a 59 años, la mitad de ellos del sexo masculino y el resto del sexo femenino; a quienes se les aplicaron entrevistas semiestructuradas mediante técnicas de listados libres y sorteo de montones. Se indagaron términos asociados al concepto de salud y enfermedad y grupos de dimensiones conceptuales. Se aplicó análisis de consenso mediante factorización de componentes principales y análisis dimensional, mediante conglomerados jerárquicos y escalas multidimensionales. Los resultados obtenidos muestran que existe abundante información de tipo descriptivo ya que las dimensiones hacen referencia a elementos de triunfo (en lo referente a salud) y fatalismo (en caso de enfermedad), conceptos biológicos y funcionales, además de las prácticas realizadas en cada uno de los términos; es así como los elementos culturales encontrados en este estudio podrían contribuir a la construcción de saberes que ayuden a entender, aplicar y optimizar los discursos de la promoción de salud, así como identificar factores condicionantes y protectores de la salud desde la óptica cultural y social para una mejor comprensión del fenómeno salud enfermedad en las distintas comunidades.

Palabras clave: Adultos, Género, Salud, Enfermedad, Concepciones culturales

Abstract

The objective of this study was to describe the vision of health and disease from the cultural concept of the general population, besides presenting the vision of men and women. It was an exploratory cross-sectional study. The sample included 40 participants for each of the terms and for each of the phases of field work, ie a total of 160 people, which were selected by purposive sampling in the public health system in Jalisco, Mexico. The established age group: Adults aged 20 to 59 years, half of them males and other females, who were semi-structured interviews applied by techniques of free listing and pile sorting. We investigated terms in the concept of health and disease groups and conceptual dimensions. Consensus analysis was applied using principal component factoring and dimensional analysis, using hierarchical clustering and multidimensional scaling. The results show that there is abundant information and descriptive as the dimensions refer to elements of success (in terms of health) and fatalism (in case of illness), and functional biological concepts as well as the practices undertaken in each of terms; is how the cultural elements found in this study may contribute to the construction of knowledge to help understand, implement and optimize the discourses of health promotion and to identify protective factors and determinants of health from the cultural and social perspective a better understanding of the health/disease condition in the various communities.

Keywords: Adult, Gender, Health, Disease, cultural conceptions

Agradecimientos

Nuestro más profundo agradecimiento a todas las personas que participaron en este estudio compartiendo su tiempo, confianza y experiencias personales y/o cercanas.

Referencias

1. Facultad de Psicología/Universidad de la República 2009. Concepciones de Salud y Enfermedad. Facultad de Psicología, Área de Salud-Curso Niveles de Atención en Salud, Universidad de la Republica. (http://www.psico.edu.uy/academic/-area_salud/nas_niveles-atencion-salud/fichas-de-apoyo/consayenf.pdf)
2. *Idem.*
3. OPS/OMS 2009. ¿Cual es la definición de salud según la OMS? (http://www.ops.org.ar/AcercaDe/PreguntasFrecuentes.htm#Def_salud_OMS)
4. Conde, F. 1997. Las Representaciones Sociales sobre la Salud de la Población Activa Masculina de la Comunidad de Madrid. Documentos Técnicos de Salud Pública No. 47 Instituto de Salud Pública- Madrid (España). Pp. 105
5. Kornblit, A. 1996. Culturas juveniles. Instituto de Investigaciones Gino Germani/Oficina de Publicaciones CBC, Universidad de Buenos Aires.
6. Kornblit A. y A. M. Mendes Diz. 2000. La Salud y la Enfermedad: Aspectos biológicos y sociales. Capitulo 1. Grupo Editor Aique, 1ra Edición, Capital Federal.
7. Prece, G., S. Necch, M. Schufer y M. Adamo. 1988. La salud: una tarea cotidiana. Tercer Seminario-Taller de Investigación en Ciencias Sociales y Salud. Secretaría de Ciencia y Técnica, Ministerio de Educación y Justicia, Buenos Aires, Argentina.
8. Kornblit A. y A.M. Mendes Diz, *Op. cit.*
9. Sistema de Información sobre Salud de Carácter Sociocultural. 2001. Las concepciones de Salud de las Mujeres Informe 2000. Instituto de Salud Pública. Madrid; pp. 64.
10. Canguilhem G. 2005. Lo normal y lo patológico. México: Siglo XXI.
11. Granda E. 2001. La Salud Pública y las Metáforas sobre la Vida. Rev Fac Nac Salud Pública; 18 (2): 83-100.

12. Good, B. 1977. The heart of what's the matter. The semantics of Illness in Iran. *Culture, Medicine and Psychiatry*.1:25-58.
13. Llovet J. 1999. Transformaciones de la profesión médica: Un cuadro de situación al final del siglo. En: Bronfman M, Castro R (comps). *Salud, cambio social y política*. México: Edamex,.
14. Laurell C. 1982. La salud y la enfermedad como proceso social. *Rev Latinoam Salud*; 2: 7-25.
15. Viveros, M. 1993. La noción de representación social y su utilización en los estudios sobre salud y enfermedad. *Revista Colombiana de Antropología*,30, pp. 237-260.
16. Castro R. 1995. The subjective experience of health and illness in Ocuituco: a case study. *Soc Sci Med*; 41(7):1005-1021.
17. Castro R. 2000. *La vida en la adversidad. El significado de la salud y la enfermedad en la pobreza*. Cuernavaca, Morelos: CRIM.
18. Torres, T. M. 2005. Sangre y azúcar: representaciones sobre la diabetes de los enfermos crónicos en un barrio de Guadalajara, México. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(1):101-110
19. Secretaría de Gobernación 2005. Jalisco. Enciclopedia de los Municipios de México-Sistemas de Información Municipal. Secretaría de Gobernación (México) (http://www.e-local.gob.mx/wb2/ELOCAL/EMM_jalisco)
20. *Idem*.
21. Arcury, T. y S. Quandt, 1998. Qualitative Methods in arthritis research: sampling and data analysis. *Qualitative Methods*, 11(1) pp. 66-74.
22. Romney A., W.H. Batchelder and S.C. Weller 1987. Recent applications of Consensus Theory. *Am. Behav. Sci* .Vol. 31:163-177.
23. Weller, S.C. and A.K. Romney 1988. *Systematic data collection*. Sage Editorial.
24. Bernard HR. 1994. *Research methods in anthropology: qualitative and quantitative approaches*. Thousand Oaks (CA): Sage; pp 301-305, 311-315.
25. Ruiz, J.I., E. Ponce de León, y A.N Herrera,. 2001. *Avances en Medición Evaluación en Psicología y Educación*. Bogotá, Universidad del Bosque.
26. Bernard HR. *Op. cit*.
27. Sturrock, K. and J. Rocha 2000. A Multidimensional Scaling Stress evaluation table. *Field Methods*. Vol. 12: 49-60.
28. Conde, Fernando. *Op. cit*.
29. Kornblit A. & M. D. *Op. cit*.
30. Canguilhem G. *Op. cit*.