



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIAPAS
FACULTAD DE HUMANIDADES
CAMPUS VI**

**Representaciones sociales de salud-enfermedad
de los habitantes en la Colonia
San José Copalar del Municipio de Acala, Chiapas.**

Tesis
Que para obtener el grado de
Maestro en Estudios Culturales

Presenta
César Aramis Martínez Leina

Director de tesis
Dr. José Luis Madrigal Frías

Codirectora de Tesis
Mtra. Leticia del Carmen Flores Alfaro

**Tuxtla Gutiérrez, Chiapas
Octubre de 2013**



FACULTAD DE HUMANIDADES CAMPUS VI
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
ÁREA DE TITULACIÓN



F-FHCIP-TM-016

AUTORIZACIÓN/IMPRESIÓN DE TESIS

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, a 26 de Octubre de 2013.

Oficio No. CIP/0967/13.

C. **CESAR ARAMIS MARTINEZ LEINA**

Promoción: **PRIMERA**

Matrícula: **11061012**

Sede: **TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS.**

Presente.

Por medio del presente, informo a Usted que una vez recibido los votos aprobatorios de los miembros del **JURADO** para el examen de grado del Programa de Maestría en: **ESTUDIOS CULTURALES**, para la defensa de la tesis intitulada:

REPRESENTACIONES SOCIALES DE SALUD-ENFERMEDAD DE LOS HABITANTES EN LA COLONIA SAN JOSE COPALAR DEL MUNICIPIO DE Acala, CHIAPAS.

Se le autoriza la impresión de seis ejemplares impresos y tres electrónicos (CDs), los cuales deberá entregar:

- Una tesis y un CD: Dirección de Desarrollo Bibliotecario de la Universidad Autónoma de Chiapas.
- Un CD: Biblioteca de la Facultad de Humanidades C-VI.
- Cinco tesis: Área de Titulación de la Coordinación de Investigación y Posgrado de la Facultad de Humanidades C-VI, para ser entregados a los Sinodales.
- Un CD: Coordinador del Programa de Maestría.

Se anexa oficio con los requisitos de entrega de tesis, emitido por la Dirección de Desarrollo Bibliotecario.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

Atentamente

"Por la Conciencia de la Necesidad de Servir"

DRA. ROSARIO GUADALUPE CHAVEZ MOGUEL

Directora

DRA. LETICIA PONS BONA

Coordinadora



AUTONOMA
DE CHIAPAS
POSGRADO DE HUMANIDADES C-VI
COORDINACIÓN DE
INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

RGCM/LPB/mcmd*

C.c.p.- Expediente/Minutario.

Esta tesis se realizó gracias al financiamiento otorgado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Becario número 291081) durante el período (enero-julio 2013); y al Programa Institucional de Aseguramiento de la Calidad del Posgrado (PIACAP) de la UNACH brindado de (enero-julio 2012).

Dedicado

A MIS HIJOS.

Agradecimientos

A mis padres por brindarme la posibilidad de desarrollarme como profesional, formar nuestro carácter y transmitirnos principios morales.

A mi esposa por su amor, cariño, apoyo incondicional.

A los Doctores José Luis Madrigal Frías y Dr. Roberto Pérez Santiz, excelentes profesionales que compartieron su conocimiento de una manera excepcional, especialmente por su comprensión, apoyo y asesoría invaluable.

A la Mtra. Leticia del Carmen Flores Alfaro por su apoyo laboral y colaboración en la asesoría técnica, en el proceso de elaboración de tesis.

A mis amigos Héctor Hugo Radas Moreno, Damaso Elio Juachin Nolasco, Oseas Ramos Hernández y Jesús Octavio Morales Ruiz por su apoyo incondicional como motivos de superación continua.

A los habitantes de la colonia San José, Copalar de Acala, Chiapas que participaron en esta investigación.

ÍNDICE

Introducción.....	- 15 -
Capítulo 1. Proceso salud-enfermedad en México.....	19
1.1. Principales factores de la salud en México	20
1.1.1. El Estado y la salud de los Mexicanos.....	26
1.1.2. Política pública de la salud en México	28
1.1.3. Promoción a la salud desde la perspectiva de los pueblos originarios.....	35
Capítulo 2. Representaciones sociales al campo de salud enfermedad	39
2.1. Conceptos generales de las representaciones sociales	40
2.1.1. Estructura y mecanismos de las representaciones sociales.....	43
2.1.2. El núcleo figurativo o núcleo central de las representaciones sociales.....	45
2.1.3. Funciones de las representaciones sociales.....	48
2.2. Salud-enfermedad: problemas de representaciones sociales.....	50
2.3. Medicina tradicional y medicina moderna	51
2.4. Las construcciones simbólicas como plano de problematicidad en la representación social de la salud-enfermedad	55
2.4.1. El Cuerpo.....	58
2.4.2. Mente.....	60
2.5. La vida y la muerte como ámbito de representación social.....	62
Capítulo 3. Sentidos y significados de salud-enfermedad en los habitantes de San José Copalar	65
3.1. Chiapas y la Colonia San José Copalar, un acercamiento a las representaciones de la salud – enfermedad.....	66
3.2. Procedimiento metodológico.....	70
3.3. Entrevistas y entrevistados	74
3.4. Resultados cuantitativos	79
3.4.1. Características sociodemográficas de la población.....	79
3.4.2. Estilos de Vida	80
3.4.3. Construcción de las Viviendas	81
3.4.4. Ecología y medio ambiente	82
3.4.5. Servicios Intradomiciliarios.....	83
3.4.6. Servicios de Salud	83
3.4.7. Economía	84
3.5. Resultados cuantitativos	84
3.5.1. Salud	85
3.5.2. Enfermedad	89
Conclusiones	95
Referencias	99
Anexo 1. Análisis de Factores de Riesgo de la Morbilidad por Leishmaniasis visceral en la Localidad San José Copalar,	107
Anexo 2. Entrevista 4 (E4)	115

INTRODUCCIÓN

La presente investigación se sitúa dentro de los estudios culturales, analizando las concepciones que definen a la salud y la enfermedad, y los significados al desarrollarse permiten un debate sobre sus especificidades y/o particularidades, que van más allá de su comprensión como procesos físicos o biológicos, concepciones que se hacen presentes en los habitantes de la colonia San José Copalar del municipio de Acala, Chiapas. Las representaciones sociales que se construyen de la salud y la enfermedad en esta comunidad se abordan en esta investigación desde la teoría de las representaciones sociales, ya que proporciona el sustento teórico que permite visualizar los significados que conllevan estos conceptos en la vida cotidiana y que norman las acciones que los individuos toman respecto del cuidado de la salud y la atención de los procesos de enfermedad en los que se ven envueltos.

Un supuesto que da soporte a la tesis se encuentra en la afirmación que sostiene que desde la más remota antigüedad, la salud y enfermedad son conceptos ligados el uno del otro. Ambos han sido abordados desde diferentes disciplinas, con el fin de resguardar la integridad y existencia del ser humano y, por lo mismo también están ligados los conceptos de la vida y a la muerte. Estos conceptos van más allá de la experiencia personal, son fenómenos socioculturales,

y, como tales, cada conjunto social en cualquier lugar del planeta ha intentado buscar una explicación coherente de la salud y la enfermedad y, en su caso, el dominio de las mismas.

En los siguientes apartados se contextualizan las representaciones sociales que han adquirido estos conceptos, partiendo desde los sucesos físicos o biológicos que le dan sustento. Como toda investigación necesita un sustento histórico, en el primer capítulo se presentan rasgos principales de la atención a la salud en México con el análisis de los planteamientos de las políticas, nacionales y estatales en esta materia.

En el segundo capítulo se presenta estructura conceptual con las cuales se propone desarrollar la investigación que se ocupa, como objeto de estudio, de las representaciones sociales de los procesos de salud y enfermedad.

Actualmente la teoría de las representaciones sociales es utilizada por la mayoría de las disciplinas académicas, pero esta investigación pretende identificar además cómo las representaciones sociales son teorías aplicadas a los estudios culturales, de esta manera se establece en este segundo capítulo como se desarrolla la aplicación conceptual de las representaciones sociales en el campo de la salud-enfermedad tomando como punto de partida él, abordaje de las problemáticas de las salud-enfermedad en la sociedad y las diferentes formas de entenderlas y, por lo tanto, de atenderlas.

En el tercer capítulo de la tesis, se presenta una descripción del estado de Chiapas y de la colonia San José Copalar del Municipio de Acala, Chiapas, también se plantean las diversas estrategias y planteamientos metodológicos de esta investigación, con los resultados cuantitativos y cualitativos, con el análisis de las características que describen el contexto de la comunidad y las significaciones de la salud enfermedad para la población que, fueron necesarios para llegar a los objetivos planteados en el trabajo de la investigación.

Al finalizar el trabajo se encontrará una breve conclusión del trabajo que a manera de cierre provisional permite dejar algunas líneas de trabajo abiertas para posteriores indagaciones, la bibliografía, las fuentes de información utilizadas y los anexos que consignan información no solo interesantes respecto al objeto de estudio sino importante en el desarrollo de la investigación misma y que se ha considerado relevante para quien se interesa en este tipo de trabajos.

Antes de cerrar este breve introducción no quisiera dejar pasar la oportunidad de agradecer al CONACyT que a través de la beca que se me otorgó hacia el final de la maestría apoyo al desarrollo de la misma y todos los docentes, el personal administrativo y a los coordinadores y directivos involucrados en la oferta del posgrado de la Facultad de Humanidades por el esfuerzo realizado en la formación de Maestros en Estudios Culturales.

CAPÍTULO 1. PROCESO SALUD-ENFERMEDAD EN MÉXICO

La Organización Mundial de la Salud concibe a la salud como el completo estado de bienestar, físico, mental y social, lo que va mas allá de sólo la ausencia de enfermedad y dolencia (Reyes, 2009), pues los objetivos de la lucha contra la enfermedad han marcando un horizonte de progreso en que la salud se incluye al ámbito de lo social. La salud es producto de un proceso de interacción permanente del ser humano con el medio en el que vive como parte del desarrollo humano, como fruto de esta interacción surgen cambios en el organismo del ser humano que cuando no son favorables a su desempeño se les denomina “enfermedades desadaptativas”.

En la vida del hombre se considera indispensable el consumo de alimentos, el aire y el agua, en un medio biológico, físico y piscosocial, que a su vez se consideran factores de la enfermedad. Ante ello Leavel y Clark en (1958), definen que un estado de equilibrio en relación a las formas y funciones del organismo, surgen como resultado de la adaptación dinámica a las fuerzas que tratan de perturbarla. Esto no es una interacción pasiva entre el organismo y las fuerzas que actúan sobre él, sino una respuesta activa del organismo procurando su adaptación.

Los factores biológicos que intervienen para la vida del ser humano como enfermedades son; las bacterias, los virus y los parásitos. Después de la identificación de estos agentes se establecen acciones que permitan disminuir los

riesgos de mortalidad¹ o a su vez la resistencia del organismo frente a la presencia de dichos factores de enfermedad.

Los factores físicos del medio comprenden a la atmosfera, la geografía, el clima, la estructura geológica, etcétera. Ante los diferentes elementos que comprenden a este factor localizamos la participación del hombre en acciones seguras y nocivas para su desarrollo. Los factores sociales, psicológicos y culturales como una producción social, en relación con la salud – enfermedad con frecuencia causan trastornos físicos y mentales como el estrés, la neurosis, las conductas anti sociales, etcétera. Conociendo la complejidad de la salud, los daños a la misma comprenden la muerte, las enfermedades y las discapacidades.

En virtud de que la presente investigación se inscribe en la teoría de las representaciones sociales se presenta en seguida el abordaje, desde este paradigma al campo de la salud enfermedad.

1.1. Principales factores de la salud en México

Para contextualizar la presente investigación analizaremos el contexto de México en materia de salud y sus diversos factores presentes, México es un país que contiene una gran diversidad en prácticas culturales, dados sus climas, su hidrografía, su orografía y general por su biodiversidad, o simplemente por la peculiaridad presencia de la población en estas realidades geográficas. Se encuentra entre las coordenadas 32° y 14° norte y 86° y 118° oeste, cubre una superficie total de 1 964 375 km², de los cuales 1 959 248 km² corresponden a su

¹Mortalidad: Se refiere defunciones a las como un componente del crecimiento de la población. Eventualmente, todos los componentes de una población mueren, pero la proporción en que esto ocurra depende de muchos factores, tales como la edad, sexo, ocupación y clase social, y su incidencia puede proporcionar gran cantidad de información acerca del nivel de vida y servicios de salud con los que cuenta la población.

superficie continental y 5 127 km² a la superficie insular. Por su ubicación, como puede verse, se puede ir desde el trópico subhúmedo hasta las estepas y desiertos del norte. Por su sierra y su extensión se encuentra climas por debajo de cero grados centígrados todo el año hasta que la temperatura no va más allá de los 30 grados. Por sus litorales podemos encontrar los fenómenos asociados al océano pacífico o a los propios del mar Caribe, el golfo de México o simplemente, los propios del océano atlántico. Todos ellos marcando no solo la biodiversidad de la vida y de los habitantes sino la diversidad cultural de las poblaciones en las diversas regiones tienen asiento.

Oficialmente es llamado Estados Unidos Mexicanos, como se decía arriba, es un país situado en la parte meridional de América del Norte, limita al norte con los Estados Unidos de América, al sureste con Belice y Guatemala, al oriente con el golfo de México y el mar Caribe y al poniente con el océano Pacífico, comprendiendo a su vez a 31 entidades federativas y un Distrito Federal, las cuales son; el Estado de Aguascalientes, el Estado de Baja California, el Estado de Baja California Sur, el Estado de Campeche, el Estado de Coahuila, el Estado de Colima, el Estado de Chiapas, el Estado de Chihuahua, el Distrito Federal, el Estado de Durango, el Estado de Guerrero, el Estado de Guanajuato, el Estado de Hidalgo, el Estado de Jalisco, el Estado de México, el Estado de Michoacán, el Estado de Morelos, el Estado de Nayarit, el Estado de Nuevo León, el Estado de Oaxaca, el Estado de Puebla, el Estado de Querétaro, el Estado de Quintana Roo, el Estado de San Luis Potosí, el Estado de Sinaloa, el Estado de Sonora, el Estado de Tabasco, el Estado de Tamaulipas, el Estado de Tlaxcala, el Estado de Veracruz, el Estado de Yucatán y el Estado de Zacatecas (véase la Imagen 1, en la página 22).



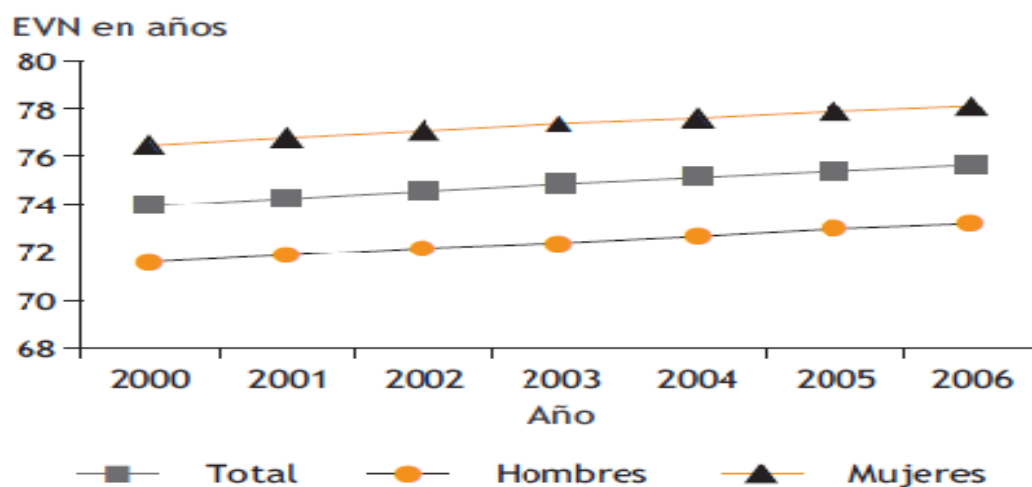
Imagen 1: Estados Unidos Mexicanos.

Durante las últimas décadas México ha establecido como condicionante indispensable para el desarrollo pleno de las personas, el disfrutar una vida larga y saludable, en donde la Esperanza de Vida al Nacer (EVN) depende de las personas y de las sociedades en su conjunto, destacando los componentes genéticos, los factores sociales, culturales y económicos.

El Consejo Nacional de Población (CONAPO) determina que en el año 2006² México alcanzó la esperanza de vida al nacer de 75.7 años: 78.1 en mujeres y 73.2 años en hombres (véase la imagen 2, en la página 23), en donde las entidades federativas que han presentado mayores indicadores de esperanza de vida son; Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Hidalgo y Veracruz, pero en aquellos Estados de menor incremento de esperanza de vida son; el Distrito Federal, Baja California y Nuevo León (véase imagen 3, en la página 23).

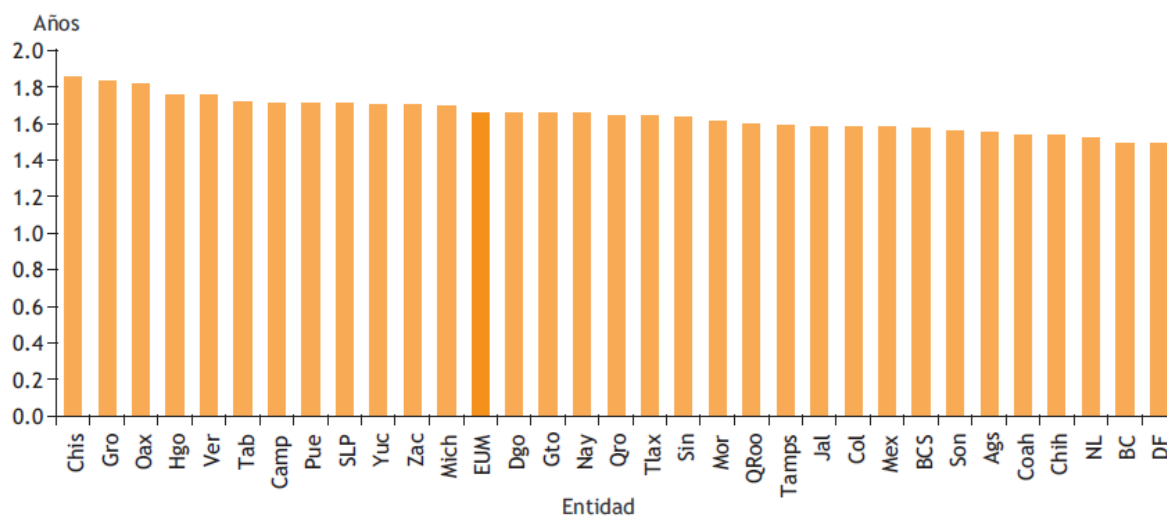
²Solamente se localiza la información del Consejo Nacional de población en los años 2001-2006.

Imagen 2. Esperanza de vida al nacimiento por sexo, México 2000 -2006.



Fuente: indicadores demográficos 2000 – 2030. CONAPO

Imagen 3: Logros en años de esperanza de vida al nacimiento por entidad federativa, México 2000 – 2006.

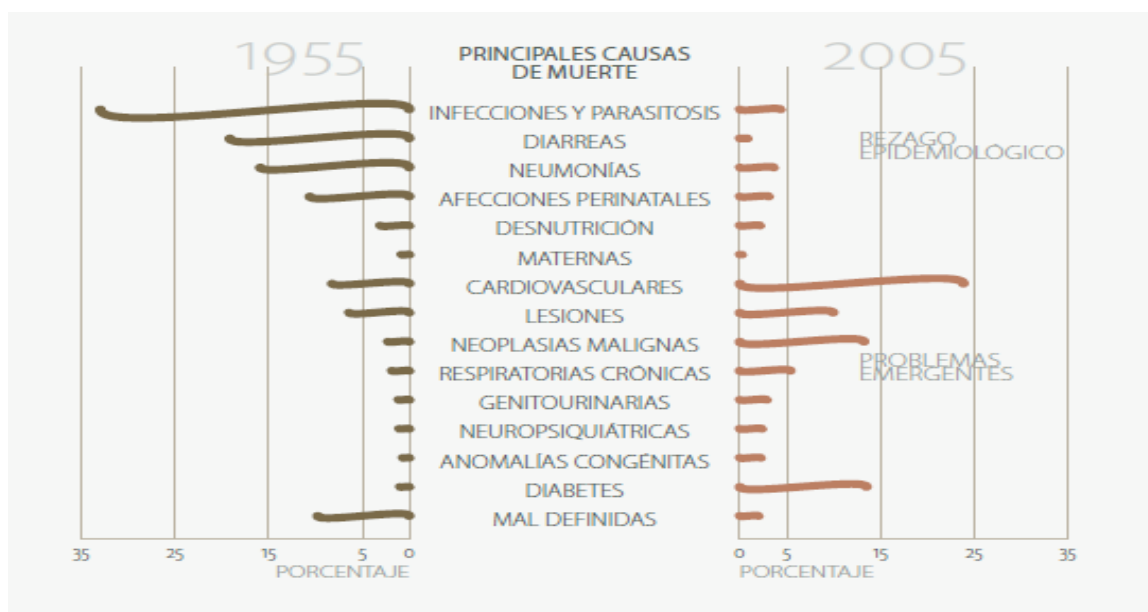


Fuente: indicadores demográficos 2000 – 2030. CONAPO.

La Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD) en el 2006, que estudia las principales causas de muerte en México, han establecido que éstas se han modificado (véase imagen 4), de tal manera que las infecciones frecuentes y los padecimientos ligados a la desnutrición y a la reproducción, que ocupaban los primeros sitios entre las causas de muerte, fueron desplazados por las enfermedades no transmisibles (enfermedades cardio y cerebro-vasculares, diabetes, cáncer, enfermedades mentales y adicciones) y las lesiones accidentales e intencionales. Entre 1950 y 2004 las diarreas pasaron de originar 14% de las muertes en el país a menos de 1%. En contraste, las enfermedades no transmisibles pasaron de reunir el 44% de las muertes en 1950 a 74% en el año 2004. El porcentaje atribuible a las lesiones, sea por violencia o por accidentes, pasó de 6 a casi 11% en ese mismo periodo.

Los padecimientos no transmisibles y las lesiones requieren tratamientos más complejos, prolongados y costosos que los exigidos por las infecciones comunes y los problemas relacionados con la desnutrición y la reproducción.

Imagen 4: Principales causas de muerte en México.



Fuente: La Fundación Mexicana para la Salud 2006.

Es relevante observar que los determinantes sociales de la salud respecto al rezago epidemiológico presentes en este país, dependen de las crecientes ampliaciones de los servicios sanitarios, el control de residuos y de la calidad del agua potable. Éstos han favorecido la reducción de los riesgos a la salud y de las tasas de mortalidad y morbilidad por enfermedades infecciosas gastrointestinales, pero a su vez han ido acompañados por la presencia de riesgos asociados a la contaminación atmosférica, el manejo de sustancias químicas y emergencias ambientales. Éstos últimos son considerados riesgos ambientales para la salud asociados al cambio climático y el deterioro de los ecosistemas.

Ante tal problemática la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (Reyes, 2009), establece que el lugar donde viven las personas inciden en su salud y en su posibilidad de tener una vida prospera, las diversas condiciones ambientales determinan las formas de vida, la seguridad o vulnerabilidad de la población, ante la necesidad de recuperar o mantener un medio ambiente adecuado para la vida humana, la política ambiental interviene con la aplicación de los derechos humanos que incluyen un medio adecuado de vida para la salud y bienestar.

De esta manera las diversas condiciones ambientales constituyen parte de las determinantes sociales de la salud de tal forma que el acceso a los diversos recursos naturales, la exposición a los riesgos³, la vulnerabilidad⁴ y otros factores están mediados por la desigualdad socioterritorial, y la posición socioeconómica y

³Riesgo: se define como el grado estimado de pérdida de los elementos expuestos a la presencia de un evento específico de emergencia por un periodo y en un área determinada.

⁴Vulnerabilidad: se define como las condiciones inadecuadas de seguridad que presentan los sujetos, las construcciones de bienes e inmuebles, los espacios físicos, entre otros, ante un peligro o amenaza potencial de caos.

cultural para enfrentar los efectos del deterioro de los ecosistemas naturales con las especies que lo habitan.

Los cuidados de la salud se establecen como una preocupación con rasgos similares dependiendo de la época, el nivel de desarrollo de los medios para entenderla y como consecuencia, las personas buscan diferentes formas para poder conseguirlo. Ésto aparece como evidente, pues en todos los lugares, por muy pequeños que sean, la gente tiene conocimientos valiosos con relación a los cuidados de la salud, ya sea de una manera “tradicional” con la atención de la misma a través del conocimiento asimilado y transmitido de generación en generación mediante la tradición oral o mediante el acceso a los conocimientos de la medicina moderna y académica cuando se tiene acceso a ella a través del estado o con recursos privados, ya de la comunidad, ya de las organizaciones que se dedican a ello fuera del estado como organizaciones “no gubernamentales”.

1.1.1. El Estado y la salud de los Mexicanos

Actualmente no se conoce alguna sociedad que comprenda una estructura homogénea y, en el caso de México a estas alturas, es indiscutible el reconocimiento que se tiene de un país multiétnico y pluricultural; incluso del reconocimiento de la existencia de diversas sociedades con múltiples miradas como se construye nuestra identidad como Mexicanos.

Para el Programa Nacional del Desarrollo (PND) y el Programa Sectorial de Salud (PSS) 2007 – 2012 (PNUD, 2007), en el apartado 3.4 incorporar líneas de acción que permitan originar líneas de trabajo capaces de promover políticas de respeto a la dignidad de personas, permitiendo evitar la discriminación en equidad de género y preferencias sexuales, esto permitiría brindar servicios que integren una diversidad cultural en el país.

El Programa Nacional de Desarrollo (PNUD, 2007), plantea como tercer eje rector, la igualdad de oportunidades en salud para mejorar las condiciones de la misma para la población, como parte de los planteamientos también señala que gran parte de las enfermedades y riesgos para la salud que más frecuentemente padecen los niños, los jóvenes, las mujeres y los adultos mayores pueden evitarse mediante acciones de prevención oportuna y adecuada, con las acciones de promoción a la salud para otorgar capacitación a la población en materia en promoción a la salud en nivel local, promover la participación activa de una sociedad organizada y la industria en el mejoramiento de la salud de los mexicanos. Así como, actualizado los lineamientos que permitan el buen gobierno, la mayor participación y el compromiso de todos los actores participantes (PND, 2007 – 2012).

En el PSS se señala, además que los elementos de la protección contra riesgos sanitarios y la promoción de la salud pueden ser caracterizados como bienes públicos nacionales y, por lo tanto los mecanismos para su provisión eficiente quedan primordialmente en la gestión del Gobierno Federal, sin embargo está responsabilidad se delega de forma jerárquica permitiendo brindar los servicios en un alcance regional o local que recaen sobre las jurisdicciones (PSS, 2012).

Los cuidados a la salud en la etapa preventiva es vital para eliminar los problemas de la misma, pues siendo consientes de los diversos males que pudiesen presentarse se puede brindar una atención oportuna; la etapa preventiva se sujeta a la promoción a la salud que requiere una adecuación de los programas en dos vías: la revisión y la actuación del marco regulatorio para establecer claramente las responsabilidades ejecutivas y administrativas de cada orden de gobierno (PND, 2007).

El programa sectorial de la salud 2012, propone que la promoción a la salud es un proceso que permite a las personas desarrollar el control sobre su salud, para

mejorarla abarcar no solamente las acciones dirigidas directamente a aumentar las habilidades y capacidades de las personas, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que tienen impacto en los determinantes de salud.

La condicionante económica para los mexicanos es determinante para la atención a la salud. Analizando el informe anual del Panorama Social de América Latina 2001 – 2002, publicado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), en el año 2001, de 214 millones de personas, casi 43% de la población latinoamericana, vivía en la pobreza; de éstas, 92.8 millones (18.6%) en la indigencia, de esta manera para el año 2002 se establece un aumento de pobreza alrededor de 7 millones de personas, de las cuales cerca de 6 millones corresponden a indigentes (CEPAL, 2002). Desde el 2003 y hasta el 2012 se ha registrado un crecimiento económico del 4.3% lo cual no se ha expresado de igual manera en todas las economías de la región (CEPAL, 2003). La pobreza en México es un problema que comprende implicaciones éticas, económicas, sociales y políticas, de cierta manera limita las libertades, capacidades y oportunidades de las personas para tener una vida digna, plena y creativa. Si a la pobreza le incorporamos la marginación y discriminación posiciona a la persona con una incapacidad para defenderse y en condiciones de riesgo que lo hacen vulnerable a todos y a todo, caso específico la Salud de los mexicanos.

1.1.2. Política pública de la salud en México

El interés por entender los cuidados a la salud de las poblaciones humanas, nos conduce a incursionar en el estudio de las sociedades, las cuales establecen su propias estructuras, para solventar las necesidades que surgen a través de la colaboración de todos los sujetos para poder sobrevivir y vivir (Campbell, 2010),

según lo anterior, es necesario entrar en un estudio de la salud, como componente básico para desarrollo de las sociedades. Retomando la importancia que demandan los procesos salud-enfermedad, es necesario conocer y entender las diferentes estructuras políticas e instituciones encargadas de brindar los servicios de salud a cada sociedad.

El Sistema de Seguridad Social en México surge en 1824 (Gomes, 2002), cuando se construían los fondos de retiro para los trabajadores discapacitados que surgen a partir de los movimientos sociales de trabajadores que demandan derechos como cuidados del estado, para mejoras de la atención a la salud, siendo el recurso humano la forma del crecimiento económico para los ricos, como uno de los ejes centrales del fenómeno globalización (Giddens, 2009), a partir de esto en la época de la dictadura de Porfirio Díaz que comprende los años 1877 – 1911, surge la ley de accidentes de trabajo en el Estado de México, en donde los empresarios tienen la obligación de atender a sus empleados en caso de enfermedad, accidente o muerte en el cumplimiento de sus labores, seguido de esto la salud empieza a ser considerada como responsabilidad del Estado, creando en 1905 el Hospital General de México (Gomes, 2002).

El Estado desde las políticas públicas se propone en la constitución de 1917, la caja de seguros populares, por grupos de trabajadores con aportaciones voluntarias y se crean los servicios sanitarios nacionales, en el año de 1925 se crea la Ley de la Dirección General de Pensiones Civiles y Retiro para los trabajadores públicos y veteranos, dando origen en 1959 al Instituto de Seguridad y Servicio Social de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). En los años de 1941 y 1943 el General Lázaro Cárdenas crea el Instituto Mexicano de Seguro Social y el Instituto Nacional de Pediatría, en 1944 el Instituto nacional de Nutrición y en 1982 se crea el Sistema Nacional de Salud, en todo este tiempo el acceso a los servicios de salud, sigue siendo desigual entre regiones y trabajadores (Gomes, 2007).

En la gestión del Presidente de la República de los Estados Unidos Mexicanos C. Miguel de la Madrid Hurtado, decreta en el congreso la Ley General de la Salud, y se publica en el Diario de la Federación el 7 de febrero del año 1984 y que hasta la actualidad sigue en vigor con algunas modificaciones, brindando el derecho a la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salud general, la cual es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social, de esta manera el Estado-nación y la globalización adopta a su sistema la seguridad social en materia de salud (Stiglitz, 2006), que contribuye a conformar y fortalecer la economía y el aumento del bienestar individual como parte del proceso de una construcción nacional.

La Ley General de la Constitución Mexicana de 2013 (Cámara de Diputados, 2013), en el artículo 4º reglamenta el derecho a la protección de salud, y derivado de esto en la Ley General de Salud (Cámara de Diputados, 2013), en su artículo 2º establece que la protección a la salud tiende las siguientes finalidades:

1. El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;
2. La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana;
3. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;
4. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;
5. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;

6. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y

7. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

Para la aplicación de la propuesta de ley se creó el Sistema Nacional de Salud en México, el cual está constituido por dependencias y entidades de la administración pública tanto federales como locales; también cuenta con personas físicas o morales de los sectores sociales y privado que presten servicios de salud, El Sistema Nacional de Salud establece entonces como objetivos:

1. Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas;
2. Contribuir al desarrollo demográfico armónico del país;
3. Colaborar al bienestar social de la población mediante servicios de asistencia social, principalmente a menores en estado de abandono, ancianos desamparados y minusválidos, para fomentar su bienestar y propiciar su incorporación a una vida equilibrada en lo económico y social;
4. Dar impulso al desarrollo de la familia y de la comunidad, así como a la integración social y al crecimiento físico y mental de la niñez;
- 4 **Bis.** Impulsar el bienestar y el desarrollo de las familias y comunidades indígenas que propicien el desarrollo de sus potencialidades político sociales y culturales; con su participación y tomando en cuenta sus valores y organización social;
5. Apoyar el mejoramiento de las condiciones sanitarias del medio ambiente que propicien el desarrollo satisfactorio de la vida;

6. Impulsar un sistema racional de administración y desarrollo de los recursos humanos para mejorar la salud;

6 Bis. Promover el conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional indígena y su práctica en condiciones adecuadas;

7. Coadyuvar a la modificación de los patrones culturales que determinen hábitos, costumbres y actitudes relacionados con la salud y con el uso de los servicios que se presten para su protección, y

8. Promover un sistema de fomento sanitario que coadyuve al desarrollo de productos y servicios que no sean nocivos para la salud.

Para brindar los servicios de salud con todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de las personas y de la colectividad. Para brindar estos servicios se clasifican en tres modalidades; la de atención médica, de salud pública y de asistencia social.

Todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud de conformidad con el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, sin importar su condición social.

La protección social es una obligación del Estado en el cual a través de sus diversos mecanismos de atención garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin gasto económico al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción y/o difusión de los cuidados a salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, todo lo antes mencionado actualmente se planean en los diferentes discursos de autoridades en los diversos sistemas de salud, pero el impacto deseado para los cuidados a la salud no son tan relevantes dado a las propuestas en los diferentes programas a la salud que se ofertan como

gratuitos también establecen un costo, la estructura en los diferentes planes y programas ejecutados son buenos planteamientos para sociedades homogéneas pero México cuenta con una gran variedad de culturas que conllevan significaciones en las prácticas culturales que desarrollan.

Dentro de los mecanismos de atención a la salud, como mínimo se deberán contemplar los servicios de consulta externa en el primer nivel de atención, así como de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de: medicina interna, cirugía general, gineco obstetricia, pediatría y geriatría, en el segundo nivel de atención las disposiciones reglamentarias establecerán los criterios necesarios para la secuencia y alcances de cada intervención que se provea en los términos del artículo 77° (Cámara de Diputados, 2013), estableciendo con claridad los derechos que adquirimos como ciudadanos de esta nación.

En afinidad al ejercicio de la medicina está orientado a la atención de la persona enferma, la cual se retribuye al profesionista que interviene con un pago, durante el ejercicio profesional se sujetan los programas de salud que se consideran como el vínculo que propicia la participación de los actores sociales (médico-paciente), en esta interacción se les informan los riesgos de determinada enfermedad y las medidas preventivas para los cuidados de la salud, de igual manera se llevan a cabo la difusión de conocimientos a las diversas sociedades como acciones comunitarias, para privilegiar la prevención y espacios saludables e integrarlos para el fortalecimiento local, municipal y estatal.

La Ley General de la salud, en su artículo 110 (Cámara de Diputados, 2013), manifiesta que la promoción de la salud tiene como objetivo crear, conservar y mejorar las condiciones deseables para la salud para toda la población y promover en los individuos los valores, las actitudes y conductas adecuadas para motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva.

Los diversos niveles de gobierno contribuyen a la creación de comunidades saludables, ya que actúan como promotores del desarrollo social de manera armónica e integral y en beneficio de la salud de su población, en el marco de las atribuciones que confiere el artículo 115 constitucional (Cámara de Diputados, 2013).

En muchas ocasiones se alude la mala atención de la salud al servicio del recurso humano que interviene, o a la infraestructura que no cuenta con equipamiento de herramientas o medicamentos necesario para brindar los servicios, somos conscientes que esto es lo básico para brindar una buena atención a la salud, pero muchas veces está determinado por las capacidades técnicas del personal de salud, pues contemplan a sujetos que provienen de una cultura externa a los espacios a donde ejercen profesionalmente, limitando el reconocimiento de las cualidades locales que le permitan entender y atender a usuarios en las diversas comunidades de nuestro México.

La participación profesional del personal que interviene en la atención de la salud con una visión intercultural permitiría un proceso comunicativo para establecer diagnósticos certeros y oportunos, brindar explicaciones adecuada a las indicaciones medicas a seguir y comprender la construcción de significados a la salud, esto producido por los sujetos que pertenecen a determinada localidad, permitiendo la construcción lógica en las acciones para promover un estado saludable.

La participación comunitaria es un estímulo a la población de un contexto, de tal manera que es un instrumento que favorece llegar a acuerdos para la toma de decisiones de la comunidad ligado a las necesidades y los intereses de los individuos que la conforman, no se trata solamente de empoderar a la comunidad en las acciones a realizar, más bien mediar las propuestas institucionales que se

han diseñado con una visión de expertos y la participación de la comunidad con las actividades propuestas por los programas de salud.

En este sentido, al no reconocer la multiculturalidad e interculturalidad del país, los planes y programas de salud no tendrán el impacto deseado en la atención de la misma, que se ve reflejado no solamente en las comunidades indígenas o rurales sino también en las ciudades y regiones urbanas, lo cual se refleja en el impacto del desarrollo social en las regiones.

El Estado en las diversas ideas de salud y formas de preservarlas destaca como de suma importancia la satisfacción de esta necesidad básica de los sujetos. Desde el planteamiento de la Organización Mundial de la Salud y desde un punto de vista de las diversas disciplinas que abordan esta problemática, consideran a la salud como parte integral del fenómeno social y no una variable, ya que cuando se contempla ideas o patrones de acción en la atención de la salud se encontró la incapacidad de separar las creencias, valores y significados morales, religiosos y sociales que integran y dan cohesión a las diversas sociedades.

1.1.3. Promoción a la salud desde la perspectiva de los pueblos originarios

El enfoque internacional en salud analizado como un concepto que sustenta nuevos modelos y acciones para la atención de la misma es influenciado por la comunicación intercultural a través de las experiencias de la gestión autonómica de los pueblos indígenas. Tal es el caso del pueblo Mapuches en Chile, con la intervención de políticas públicas en salud se da en las regiones con mayor población indígena, donde se crean equipos y espacios denominados de “salud intercultural”. A este fenómeno hay que sumarle la emergencia del mundo indígena urbano, en este caso se trata de una serie de transformaciones políticas y culturales, que enfrentan dos saberes médicos (alópata y tradicional) con el

objetivo de potenciar los beneficios en salud, disminuyendo las brechas en relación a la población indígena y los centros de salud (Winkler, 2010).

En México el enfoque intercultural incorpora el análisis de las corrientes de indigenismo, identificando a la cultura indígena con el atraso y la pobreza. Lo que incorporan los proyectos de desarrollo que pretenden construir la nación, provenientes de lo que ha dado en llamarse los *principios de la Revolución Francesa*, pretenden hacerlo a través de la homogenización de la raza nacional, unificando la cultura y el idioma. El doctor Gonzalo Aguirre Beltrán (1986) aborda el concepto de *intercultural* tratando de incorporar a los indígenas en la cultura médica nacional a través de las políticas integracionistas. El plantea que la medicina intercultural actúa en culturas diferentes a la nacional, estableciendo como función específica la incorporación de conceptos racionales fáciles de comprender para las comunidades, pretendiendo modificar los hábitos y modos de vida de los enfermos a través de la vinculación de la medicina moderna con las prácticas tradicionales que comprenden a los cuidados a la salud (Aguirre, 2005).

A partir de los diferentes movimientos reivindicativos de los pueblos indígenas propiciados por la ideología independista llevaron a Bonfil Batalla (1987), a pensar que en toda América Latina las políticas públicas cambiarían. En México marcaron la reforma constitucional la cual determina que se considere que la Nación Mexicana como un país diverso que tiene una composición pluricultural sustentada en sus pueblos indígenas. De esta manera, a partir del movimiento armado Zapatista en Chiapas, durante los años 2001-2004 se reforma la Constitución Política de nuestro país con la modificación del artículo 2º y 4º (Cámara de Diputados, 2013), se reconoce los derechos de los pueblos indígenas, preservando todos los elementos de su identidad cultural y el aprovechamiento de la medicina tradicional.

El Plan Sectorial de Salud 2007–2012, sustenta como parte de su política la adecuación de la interculturalidades en la operación de los servicios de salud y en los diseños en los espacios de atención, para respetar las prácticas culturales de la determinada sociedad con características multiculturales como las nuestras. Con lo anterior se pretenden cambios pertinentes para la atención de cada persona de acuerdo con sus propias necesidades y su percepción cultural, en relación con la salud y la enfermedad (Plan Sectorial de Salud, 2007). Con estas acciones se pretende la mejora el cumplimiento de los tratamientos médicos y aprovechamiento cabal de los servicios permitiendo así una mayor aceptación social.

Esta política intercultural en los programas de salud establece como objetivo los siguientes enfoques:

1.- La transferencia de información, conocimientos, recursos, organización e iniciativas a la comunidad, de manera que ésta la pueda aprovechar en beneficio propio, las cuales serán sujetas a las propias percepciones de las problemáticas presentes.

2.- La promoción de la satisfacción de las necesidades de la población usuaria, esto con el fin de evitar consecuencias producto de una mala comunicación.

3.- Involucrar a la población para la planeación y evaluación de los servicios y programas que se oferten, asumiendo el control de los procesos relacionados con su salud, su ambiente y su contexto social.

4.- Respetar los objetivos comunes y generar acciones conjuntas.

5.- Favorecer la oferta y la igualdad de los servicios de salud.

6.- Mejorar el Impacto clínico y educativo de las diversas acciones presentadas.

7.- Aumentar la seguridad de las acciones terapéuticas.

De esta manera se pretende destruir las barreras culturales presentes en los espacios a donde se brinden los diversos servicios de salud, aunado a esto se propone realizar buenas estructuras físicas y equipamiento de las mismas en materia de salud, a toda la propuesta presentada no se plantea la integración de la medicina tradicional la cual podría quedar sujeta a las habilidades del médico que interviene, considerando que cuando existe un problema debe solventarse desde enfoques diversos, esto propicia resultados y soluciones que difícilmente se conseguirán de manera independiente.

CAPÍTULO 2. REPRESENTACIONES SOCIALES AL CAMPO DE SALUD ENFERMEDAD

La salud es un fenómeno que permite el desarrollo de las sociedades, fenómeno complejo que consiente el análisis de las condiciones de vida, actualmente las estrategias de gobierno en sus diferentes niveles de acción pretende solventar las necesidades de vivienda, alimentación y salud a través de las políticas públicas, pero el elemento de mayor relevancia es el de salud pues denota un indicador de bienestar, que solo es posible donde hay recursos disponibles, que permitan la satisfacción de necesidades humanas.

El estilo de vida que desarrollan los humanos es otra condicionante para el desarrollo social, la carga cultural de los sujetos determina los cuidados a la salud, tal es el caso de las conductas preventivas basadas en el cuidado del cuerpo, haciendo deporte, estableciendo una buena alimentación y los cuidados en la higiene personal y en la práctica de estas conductas, se adquieren los hábitos. En este capítulo se pretende dar sustento conceptual de las representaciones sociales aplicas al campo de salud-enfermedad.

2.1. Conceptos generales de las representaciones sociales

La salud, es un fenómeno de gran importancia en la vida de los pueblos que se encuentran a lo largo y ancho del mundo, pues es determinante para el desarrollo de las sociedades, ahora bien el concepto de salud tiende a distintas connotaciones y determinantes en las diferentes sociedades mexicanas, tales como conductas que establecen las convivencias e interacciones sociales, llegando a extender sus influencias en el pensamiento. La salud no solamente es estudiada desde una perspectiva biológica, varias son las disciplinas que se ocupan de ellas, pues es un fenómeno complejo que para entenderlo se necesita una mirada multidisciplinaria, desde este estudio y desde esta perspectiva me ocupare de las representaciones sociales de la salud y la enfermedad por lo que en la investigación se constituye este aparato teórico heurístico para brindarnos un acercamiento a las representaciones sociales.

La teoría de la representación social, tiene sus orígenes en el año de 1961 por Serge Moscovici, esta teoría tiende hacer la base teórica que percibe la condición de producción cognitiva que corresponde a una persona y luego se aterriza a un contexto social determinado, esto con el fin de poder entender las prácticas sociales, en los primeros años de la propuesta de esta teoría se consideraba exclusiva de las comunidad científica en Psicología Social, pero los resultados adquiridos a través de esta propuesta son de gran relevancia que determinan sumarse a estos trabajos diferentes disciplinas como; Historia, Sociología, Economía y Medicina, la participación de las diferentes disciplinas confirman que el análisis de los fenómenos sociales tiende a ser multidisciplinario, ante esto Moscovici establece la siguiente definición de representaciones sociales:

sistema de valores, nociones y prácticas que proporciona a los individuos los medios para orientarse en el contexto social (...) un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los

hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integra en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios... (Moscovici 1979:18).

Interpretando lo propuesto los sujetos por naturaleza tendemos a incorporarnos en grupos para poder subsistir, en esta integración surgen producciones en conocimiento las cuales tienden a ser aceptadas por los individuos que a su vez las reproducen desarrollándose la construcción de una identidad que representa en específico a un grupo social, al realizar estudios que comprendan las representaciones sociales se analiza de manera detallada determinado fenómeno en la sociedad, estableciendo de interés la manera de pensar de los individuos y su relación con el fenómeno social dado, las producciones que surgen a partir de esta interacción adquieren un significado, de esta manera coexiste la relación íntima entre sujeto y el objeto que tiende a ser el fenómeno social que se está investigando, la relación que se sostiene entre sí, es asociada al análisis de los diferentes sistemas: sociales, socioeconómico, ideológico, cognitivo, material y tecnológico, de esta manera la representación informa y explica las conductas de las relaciones que existen en los grupos sociales.

Las representaciones pueden ser entendidas como un proceso sociocognitivo, al respecto Abric Jean (2001) opina que las representaciones tienden a tener un doble enfoque el primero es el componente *cognitivo*, en donde el individuo como parte de un colectivo está sujeto a normas las cuales interioriza participando como un sujeto activo, el segundo componente es el *social* que establece el poner en práctica los procesos cognitivos adquiridos, esto determina una correlación entre lo cognitivo y lo social, esta relación puntualiza la importancia del surgimiento de las representaciones, las cuales se elabora y se transmite.

Las representaciones sociales son las producciones cognitivas que corresponden a las personas y los grupos en contextos socio-históricos determinados, los cuales realizan producciones o construcciones simbólicas en la

interacción entre sujetos-objetos, el proceso de esta relaciones dinámicas y constantes, construyen a la creación de nuevos sujeto, he aquí la importancia de este enfoque, si analizamos al hombre desde las aportaciones de Raiter Alejandro (2002), no todos los seres humanos tienden a tener la misma calidad de vida y esto depende del contexto socio-histórico en el que se desarrolle, otro aspecto importante es que los seres humanos no nacen en un mismo momento, más bien interactúan con sujetos de diversas edades, los cuales conciben la realidad de diferente manera, otra de las aportaciones es que los seres humanos tienden a modificar la naturaleza construyendo diversidad de cosas, esto permite la creación de objetos, la modificación de los mismos y la creación de conceptos, por ultimo contamos con la diversidad de intereses o necesidades que tenemos los seres humanos como parte de un grupo esto nos condiciona a tener diferentes percepciones de la realidad, de esta manera puntualizamos la relevancia que determina el estudio del determinado objeto desde las representaciones sociales.

Las representaciones sociales son consideradas como aquellas guías de acción que permiten realizar lecturas de la realidad, las producciones de significaciones permiten interpretar los cursos de acontecimientos y actuaciones sociales, expresando las relaciones que las personas presentan con el otro y con el mundo.

De acuerdo a lo descrito en párrafos anteriores la presente investigación de las representaciones sociales de la salud-enfermedad implica una relación con los estudios culturales, a pesar de que el concepto de cultura se localiza en diversas discusiones disciplinarias, considero que el concepto más acertado es el que propone la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), como;

El conjunto de los rasgos distintivos espirituales y materiales, intelectuales y afectivos que caracterizan un grupo social que abarca las artes y las letras, los modos de vida, las maneras de vivir juntos, los sistemas de valores, las tradiciones y las creencias (UNESCO, 2001:1)

Al analizar las construcciones simbólicas, caso específico de la Salud-enfermedad desde las representaciones sociales, encontramos inmerso los estudios culturales, analizando la manera en que se producen las significaciones que se manifiestan en el lenguaje y en la práctica.

La presente investigación intenta determinar el entorno, comprender y explicar los hechos e ideas que surgen en la concepción de la salud en la comunidad antes mencionada, albergando información, actitudes, opiniones, costumbres, sentimientos, creencias, miedos, etc. esta diversidad de cosas en las representaciones sociales, es representación de alguien y de algo.

2.1.1. Estructura y mecanismos de las representaciones sociales

Los elementos que integran a las representaciones sociales se caracterizan por ser muy extensos, pero para poder abordarlos de la manera más concreta retomaremos el posicionamiento que establece Ibáñez Tomas (1988) interpretando a Moscovici desde el psicoanálisis, las aportaciones de Tomas establecen ciertos ejes de análisis que comprende la actitud, la información y el campo.

La *actitud* adquiere sentido importante por la disposición que establece el sujeto para actuar sobre un objeto, para ello surge una primera evaluación, que permite dinamizar y orientar determinada conducta hacia el objeto, esto es destacable porque una representación debe ser aceptada socialmente, a partir de esto se determinan acciones a realizar de lo contrario se localiza en un posicionamiento neutro que no acepta al objeto. Las *informaciones* considera como aquellos medios de difusión de los objetos representados, pues el conocimiento en los sujeto permitirá socializar al objeto y esto tiende a ser reconocido por la población, durante el contacto directo entre objeto y sujeto surgen las prácticas sociales.

El *campo* se refiere al proceso de ordenamiento de la información de manera jerárquica, focalizando la importancia de la representación, el cual organiza a un núcleo figurativo, que se construye a través del proceso de *objetivación*; esta a su vez tiene tres fases para su construcción; la primera de estas es la *construcción selectiva*, descrita como todo un proceso de adaptación de nuevos elementos de información a cerca de un objeto determinado, esto es un paso de transformación, que puede establecer cambios a través de la retención o bien desechar ciertos elementos de información para dar paso a nuevos la segunda fase es la *esquematización* que surge después de la apropiación de información seleccionada, con ello se estructura una imagen nuclear, centrada, en forma gráfica y coherente del objeto representado, el cual es fácil de interpretar en un esquema figurativo que a su vez forma parte de un significado global.

Por último localizamos la fase de *objetivación*, en donde el esquema figurativo es un componente de la realidad, también se le denomina naturalización, definiéndose como el proceso de construcción social de una representación mental, el cual se atribuye al núcleo figurativo en el que la imagen reemplace la realidad, permitiéndonos contar con ciertos esquemas que nos permiten concretar una descripción del objeto e interactuar con las cosas, los otros y nosotros mismos, cuando logramos esto se estructuran un esquema global realizando una objetivación, la cual está influenciada por condicionantes de escenarios sociales.

Ibáñez Tomas (1988) dentro del eje del campo de la representación presenta un segundo mecanismo denominado anclaje que es la interacción cognitiva con el objeto, mecanismo que nos permite afrontar los cambios de un objeto en nuestro sistema de pensamiento, esta aportación que se presenta permite incorporar nuevos objetos que no formaban parte del campo social, pero en el proceso rompe con esquemas ya establecidos.

María Vergara (2006) propone que en anclaje tiene cuatro dimensiones, la primera consiste en amortiguar el impacto de lo nuevo, insertándolo en lo ya conocido y preexistente, la segunda dimensión del anclaje es la instrumentación social del objeto instrumentado realizando el uso de la representación social como instrumento de comunicación y de comprensión mutua, estableciendo un mismo lenguaje para comprender a las personas y los otros grupos, la tercer dimensión establece que la representación social guarda relación con las funciones de clasificación y de discriminación, que permiten ordenar el entorno en unidades significativas y facilitar así su comprensión y la cuarta dimensión la representación social establece la categorización social, identificando quienes son parte de un grupo.

2.1.2. El núcleo figurativo o núcleo central de las representaciones sociales

Toda representación social se organiza alrededor del núcleo figurativo o central y un sistema periférico, María Vergara (2006) propone que el nodo central es el sistema que da significado a la representación social y está constituido por aquellos elementos que son importantes cuantitativamente y cualitativamente. Estando ligados a los diversos eventos históricos, sociológicos e ideológicos del grupo social, se caracteriza por su estabilidad, rigidez y continuidad, lo que permite la permanencia de la representación.

A su vez el sistema periférico se caracteriza por que está determinado por la historia individual de las personas, por sus experiencias particulares caracterizado por el contexto en el que se desarrolla y han de expresarse, y actúan en relación con el objeto de la representación, los elementos del sistema periférico son más blandos e inestables, más vulnerables a las presiones de elementos extraños a la representación.

Para Abric Jean (2001) a el núcleo figurativo lo nombra como núcleo central, para esto propone la teoría del *núcleo central*, como elemento fundamental de toda representación que determina la organización y estructura de las representaciones sociales, constituida por información, de opiniones, de creencias y actitudes sobre un objeto que dan significado al mismo, Abric establece que el núcleo central de las representaciones se estructura con las siguientes funciones:

La primera es la función *Generadora*, que da un sentido y valor a determinado elemento, pues en esta función determinados valores se crean, se transforman y se les da una significación. La segunda función es la *Organizadora*, la cual determina la naturaleza de los lazos, uniones en redes que se construyen, estableciendo coherencia de elementos y de la representaciones, en el cual el elemento más estable es el que permanecerá en un contexto dinámico, porque el sistema de valor y las normas sociales construyen ideologías de forma individual y grupal.

Como propuesta de esta teoría se estructuran elementos periféricos en las representaciones sociales, que se organizan alrededor del núcleo central, estos elementos contemplan información seleccionada que deriva juicios de valor, de función y entorno del núcleo central, tales como estereotipos o creencias, Abric (2001) determina los elementos periféricos como; “la interface entre el núcleo central y la situación concreta en la que se elabora o funciona una representación social”, la cual consta de tres fases; la concreción, regulación y defensa.

La primera fase es de *Concreción*, estructura elementos de situación que produce la representación, que depende directamente del contexto que vive el sujeto, permitiendo determinar la realidad en conocimientos concretos, comprensibles y transmisibles, aquellos elementos dominantes se le nombra núcleos duros, los elementos secundarios son los que dan origen a los elementos dominantes que a su vez cran un ambiente que explican la presencia de los núcleos centrales.

La segunda función es de *regulación*; esta función tiende a priorizar los elementos secundarios o periféricos, pues estos desempeñan un papel esencial en la adaptación de la representación a los cambios del contexto en el que se construyen, permitiendo incorporar información nueva que permite la concepción de nuevas representaciones, esto consiente la última función denominada defensa; el núcleo central de una representación tiende a resistir cualquier transformación, pues si no tuviera un sistema de defensa ocasiona trastornos completos, entonces la función principal la realiza el sistema periférico como el sistema de defensa del núcleo central de la representación, y todo cambio en las representaciones surge a partir de las contradicciones en los elementos del sistema periférico, a causa de interpretaciones nuevas, cambio de conformidad y la integración de nuevos elementos contradictorios (Flament, 2001).

En los aportes que realiza Flament (2001) y que son retomados por Abric determina que los elementos periféricos son esquemas organizados por el núcleo central los cuales tienen tres funciones que se les asignan; al inicio son prescriptores de los comportamientos, a donde el sujeto realiza lo que es normal hacer o decir en determinada situación, este proceso le permite ser consiente al sujeto de las acciones que realiza, seguido de esto permiten una *modulación personalizada* de las representaciones que determinan las conductas, esto se debe a la existencia de representaciones compartidas que giran alrededor del núcleo central permitiendo tener comportamientos diferentes en un contexto específico. Y finalmente los esquemas periféricos que siguen realizando la función de proteger, en caso de necesidad, al núcleo central como ya se ha mencionado anterior mente.

El núcleo central es organizador que hace el vínculo entre la representaciones sociales y las realidades sociales, que permite establecer la representación social, ese proceso crea un núcleo figurativo, un núcleo de imágenes, el cual descontextualiza los principales elementos de una representación al punto donde

asumen una vida por sí mismos como parte de un contexto social que conforma las mentes individuales.

De esta manera las representaciones sociales dependerá del grado de opciones entre las practicas antiguas y las nuevas, y del grado de retraer la situación que dio lugar a la aparición de las nuevas prácticas (Vergara, 2006), de esta manera las formas de actuar dependerán de las diversas manifestaciones por las condiciones históricas, las sociológicas e ideológicas de los sujetos, comúnmente depende de los valores y normas que rigen la estructura social, las cuales se modifican a través de las relaciones interindividual o intergrupales de los individuos, esto a través de la creación de representaciones sociales individualizadas que permitan incorporar nueva información y realizar prácticas diferentes.

2.1.3. Funciones de las representaciones sociales

Las representaciones sociales tienden a ser la realidad que desarrolla una sociedad, la cual está en constantes cambios, dentro de esta realidad las representaciones realizan ciertas funciones, las que plantea Moscovici Serge (1981) y son retomadas por Abric Jean (2001) ellos plantean cuatro funciones principales, que permiten estudiar las prácticas y la dinámica de las relaciones sociales, la primera de estas funciones es la del *Saber*; la cual es determinada por un saber práctico, de sentido común, pues está cargado de valores fáciles de creer, permitiendo a todo actor social adquirir conocimiento, esto suscribe una coherencia en su sistema cognitivo, que le permite entender y explicar su realidad, esta transmisión de saber surge a través de la comunicación, esto es considerado la esencia de la cognición social.

La segunda función es la *Identitaria*, consiente construir una identidad personal y que a su vez construye la identidad colectiva, esta función es utilizada en los procesos de comparación social y las relaciones entre grupos, que construye su propio control social a través de las normas que se ejercen con el colectivo, causando un procesos de socialización. La tercera función es de *Orientación*, es la que conduce los comportamientos y las prácticas, denota la naturaleza de reglas y/o normas aportadas por la sociedad, que definen lo lícito, tolerable o inaceptable como lo plantea Flament (2001) en la función de *prescriptores de los comportamientos* retomado en párrafos anteriores.

La última función se denomina la *Justificadora*, esta función permite a los actores explicar y justificar su conducta en situaciones determinadas, permitiendo identificar estas acciones antes y después de realizarlas. Después de abordar las diferentes funciones descritas con antelación, se demuestra que los actores sociales construyen un entramado de significaciones las cuales determinan una identidad individual o colectiva y corresponde al sustento teórico de la interpretación de las representaciones sociales en las dinámicas sociales.

Las representaciones sociales pueden ser consideradas como órganos culturales a través de la evolución social, como parte de la cooperación del grupo en busca de una mejor sobrevivencia, de esta manera los órganos culturales son transmitidos por los grupos y son usados en la vida cotidiana, estableciéndose como estructuras mediadoras que facilitan la coordinación de la actividad entre las cosas y los seres humanos (Lahlou, 2001).

2.2. Salud–enfermedad: problemas de representaciones sociales

La salud en las diversas sociedades, se determina problema cuando se ven afectadas por las enfermedades, las cuales rompen con la estabilidad y desarrollo social, los humanos que presentan un malestar necesitan solventar o sobrellevar sus males, la atención de la enfermedad se da a través de la medicina tradicional o medicina moderna, la atención médica que decida el sujeto estará determinada por la construcción social de significados que tenga de la salud, representación social que se construye a partir del contexto socio-histórico en el que se desarrolla.

Los conocimientos básicos sobre cómo cuidar a la salud se aprenden en la familia desde los primeros años de vida, y en algunos casos pudiéramos considerar que se ve reforzado en la escuela, de cierta manera los hábitos como higiene y la alimentación, se refleja en las vidas de las personas conforme van creciendo. De esta manera la familia como grupo social participa en la educación de los sujetos, pues a través de esta, los sujetos conocen las cosas que influyen en su bienestar y tienen la oportunidad de modificar o cambiar las cosas que le perjudiquen, de cierta manera la educación permite al hombre cambiar sus hábitos y evitar las enfermedades (CONAFE).

La salud y su conservación no es un problema individual, porque por mucho que busque mejorar sus condiciones requiere la colaboración de los demás miembros de una comunidad, dado que para tener las condiciones mínimas de bienestar social, que comprende a la educación, vivienda, trabajo y los servicios de agua drenaje y luz eléctrica los cuales son parte de una sociedad organizada.

Retomando los aportes de Antonio Ivo de Carvalho y Paulo Morchirori Buss (2008), la búsqueda de la salud se aborda desde tiempos inmemoriales porque si no contamos con la misma luchamos contra el sufrimiento, el dolor, la incapacidad

y, sobre todo, la muerte con ello se establecen fenómenos dentro de un mundo físico y metafísico.

Hoy en día existe una lucha constante contra la enfermedad, para ello se han divulgado conocimientos científicos y tecnológicos, en donde el bienestar de la humanidad es a la vez el fruto de las decisiones políticas que inciden sobre sus determinantes sociales y de esta manera el concepto de la salud es una compleja producción social.

2.3. Medicina tradicional y medicina moderna

López Austin (1969) describe a la salud – enfermedad como un estado de equilibrio y desequilibrio, que afecta los ámbitos; sociales, naturales y divinos, el hombre al interactuar con el mundo trata de establecer una armonía con las fuerzas del cosmos, el equilibrio con las divinidades, con los miembros de la comunidad, con la familia y con su organismo, el exceso en alguna practica es considerado como una imprudencia que traerá consecuencias en la integridad corporal, la salud y la vida, la participación del cosmos establece como parte del mismo el equilibrio entre deidades, los humanos, los animales y la naturaleza.

México es un país con mucha diversidad de lenguas y etnias, las cuales se encuentran presentes en las comunidades rurales o urbanas del país, las diversas sociedades a su vez construyen complejidad en las maneras de interpretar el mundo, pero cuando abordamos el tema de la salud, por lo regular se establecen dos modos de atención, nombrados como medicina tradicional y medicina moderna, estos medios de cuidados a la salud enfrentan a la enfermedad.

Las enfermedades usualmente son consideradas como una alteración de un orden social establecido, desde esta perspectiva podríamos considerar la importancia de brindar una sanación a la enfermedad, la práctica de medicina

tradicional en México y el estado de Chiapas, data desde el mundo prehispánico y actualmente sigue vigente.

En México el oficiante de la medicina tradicional recibe el nombre de yerbero, curandero o *j'ílol*, los cuales difieren de varios métodos de curación, esto se debe a las concepciones y prácticas del hombre con lo sobrenatural, incorporándolo a la integración con la naturaleza, el universo y el cosmos, como estrategias establecen rituales y el uso de elementos simbólicos que están cargados de significaciones lingüísticas, sociales y religiosas, para el enfermo y el colectivo de la comunidad que en los momentos críticos de la vida se unen en un sentimiento común (López, 1969).

La cosmovisión maya sobre el origen del hombre establece algo complejo pues busca un orden de manera cíclica, en donde el hombre es el eje central del proceso con una evolución cualitativa, con la interacción con los animales, las plantas y los astros, en este proceso construyen al ser necesario para la subsistencia de los dioses. Para Austin la salud en la etiología mesoamericana la describe como el cumplimiento e incumplimiento de los hombres en la misión de servir a los dioses, y el concepto de la enfermedad se atribuye a castigos de los dioses a los hombres, estos males se manifestaban a través de las epidemias, y si solamente un miembro del grupo manifiesta alguna enfermedad se considera que perjudica al grupo y el enfermo no debe curarse por los malestares que manifiesta sino por el prejuicio social que acarrea el buen funcionamiento de toda la comunidad (Somolinos, 1976).

La sociedad al realizar el planteamiento de criterios mágicos y divinos, lo representa con el alma la cual comprende una asociación con lo religioso, esta concepción en el marco de la salud - enfermedad realizan festividades religiosas y sacramentos de tal manera que conservaran la salud y el atacar la enfermedad, en esta producción social una de las enfermedades más temibles es la pérdida del

alma, la cual se asocia con el susto, el cual es originado por un evento traumático haciendo que quedara detenida o suspendida el alma y la forma de recuperarla es regresando al espacio físico a donde ocurrió el evento, de esta manera las relaciones sociales entre sujetos con la naturaleza establecen conexiones biológicas, psicológicas y sociales.

Las diversas ideas o creencias sobre la naturaleza de la enfermedad están ligadas a las otras realidades socioculturales a donde se presentan. Puede ser posible que la medicina tradicional o mágica está considerada como un sistema rudimentario y primitivo porque es el primer sistema de cuidados a la salud que existió, pero el uso de la herbolaria medicinal permitió un estado de bienestar durante muchos años, tan acertado fue el uso de las mismas, que en el transcurso de la historia de la humanidad, se desarrollo el sistema empírico para llegar a la medicina científica, la cual se hace posible con el desarrollo de la física, la química y la biológica.

En esta búsqueda del orden social y la dinámica del desarrollo, se estructura un nuevo oficiante de la salud denominado Medico, que hace uso de la medicina moderna, que tiende a ser un movimiento de control social que representa políticas existentes que surge a través de la innovación en producciones en materia médica construida a partir de las plantas medicinales nativas, de esta manera este movimiento conserva elementos de la medicina tradicional (Castells, 2009), incorporándose así la corriente ideológica occidental, este proceso surge por dar una interpretación científica, desde la medicina occidental, despojando la concepción mágico-religioso a exámenes de laboratorio, a la síntesis química y la fabricación farmacéutica.

En los últimos 100 años de la historia de la humanidad se crean cambios dramáticos que determinan el devenir de la historia del ser humano, entre los siglos XIX y XX se descubrieron las medicinas, a principios del siglo XIX aun no se

contaba con medicamentos confiables para poder curar un dolor, en el siglo XX se conocieron las causas de las mayorías de las enfermedades que ahora son del dominio de la medicina estructurando instrumentos médicos capaces de identificar determinados males, desde entonces se desarrolla la investigaciones biomédicas, con esto la medicina concebida con un estetoscopio, martillo y con unos elementos básicos para tratar con la patología del enfermo, cambio con el desarrollo instrumental que ahora tenemos y que ya es parte de la vida cotidiana, ejemplo de esto son; los trabajos neurológicos que nos permite indicar los malestares mentales en la estructura del cerebro y encaso de ser necesario realizar neurocirugías incruentas guiadas por computadoras de alta definición.

El desarrollo en la investigación y tecnología médica cambio la percepción del médico y la atención de la salud con la medicina moderna, pero con todo el desarrollo tecnológico, no se pueden curar las enfermedades endógenas que son aquellas que se generan en el interior del organismo, Un ejemplo de este malestar es el cáncer, actualmente no se tiene el conocimiento necesario para el dominio del fenómeno con los padecimientos y con la cura contundente, pero los diferentes logros establecidos con otros males tener una vida más saludable de todo lo que fue antes (Sotelo, 2005).

En este momento se tienen dos medios de atención a la salud que dependen de las construcciones simbólicas de la misma, y la atención de la enfermedad depende de la representación individual de sujeto, la importancia de la atención a la salud independientemente de quien sea el oficiante que interviene, es brindar sanidad al sujeto buscando restablecer un orden social.

2.4. Las construcciones simbólicas como plano de problematización en la representación social de la salud-enfermedad

Para entender que el sujeto, una sociedad y una organización son posibles, es necesario comprenderlo como un proceso, de cierta manera el sujeto surge a través del tiempo y un espacio y podría decirse que a través de eso expresa lo que es hoy, las concepciones de la salud han estado determinada históricamente, por el proceso de adaptación de las poblaciones humanas a espacios habitables, esto nos condiciona a identificar el proceso de representación social que adquiere el proceso salud-enfermedad a lo largo de la historia, para ello los sujetos han estructurado juicios predominantes, que adquieren sentido en la realidad de la vida cotidiana, la cual se presenta como una realidad interpretada por los sujetos, que a su vez tiene un significado subjetivo de un mundo coherente (Berger, 2001), esto determina la importancia del carácter simbólico que adquiere la salud en las sociedades, concibiendo lo simbólico a un mundo de las representaciones sociales materializadas en formas sensibles que pueden ser; las expresiones, los artefactos, las acciones, los acontecimientos y algunas cualidades o relaciones, todo esto es soporte a significados culturales (Giménez, 2007).

La salud ha alcanzado dimensiones ilimitadas, que al reflexionar sobre la misma como dominio simbólico permite una comprensión de la realidad a partir del contexto histórico en el que se construye, esta producción de los sujetos resignifica identidades las cuales construyen a las sociedades (Thompson, 1998).

Analizando la propuesta de Patricia Granada (2000) para conocer las diversas concepciones de la salud, que han realizado los sujetos a través de diversas disciplinas, descubrimos que en toda América existieron periodos históricos, en el que las sociedades eran habitadas por recolectores, cazadores nómadas, agricultores u horticultores, los cuales sufrían por problemas de salud ya sea infecciosas gastrointestinales por la absorción de minerales y la mala alimentación

(Hernández, 2006), esta problemática permite construir la primer definición de la salud, determinada Mágica que inicia en el paleolítico hasta la actualidad, caracterizada por la existencia de lo sobrenatural, estas manifestaciones se traducen en animismos, totemismos y tabú, dando origen y creando amuletos, fetiches, el ritual, ceremonias, sacerdotes y chamanes, los dos últimos fungen como oficiantes de una causalidad sobrenatural y mágica, en donde la enfermedad está ligada a una causa extraña al organismo denominada alma.

Luego surge la concepción Natural en la antigüedad clásica Europea (Grecia), estableciendo a la salud, como una necesidad de los seres vivos para vivir, que se adquiere en el estudio de las relaciones y adaptación existentes entre los seres vivos, y el medio en el que viven, y la enfermedad se combate a través de la aplicación de medicina tradicional.

Desde una concepción Somático Filosófica, se da origen a la medicina clínica, donde la salud es la ausencia de la enfermedad, esto se realizaba con la exploración del cuerpo, los exámenes de signos y síntomas que presentaba el sujeto, creando modelos de atención a los malestares.

La concepción de la salud Psíquica subjetiva inicio en el siglo XVIII, con la Psiquiatría y Psicología médica, en donde la salud no es el cuerpo tangible, más bien es un sujeto pensante intersubjetivo donde se reivindica el papel del mismo en la construcción de la realidad social por medio de la interacción de los sujetos (Hernández, 2006), esta actividad se lleva a cabo por la exploración psiquiátrica individual y psicoanálisis con técnica de grupo.

El pensamiento de salud Sanitaria surge en el desarrollo científico del siglo XIX, con la medicina preventiva y social, la sanidad y salud pública, donde la salud es preventiva en un estado positivo y colectivo en el que surge la transmisión social de la enfermedad estableciendo como método de trabajo la encuesta

sanitaria a la población, luego la aplicación de los programas de salud y la educación sanitaria.

La concepción Economista de la salud, establece a la salud como condicionante de la productividad del factor humano adquiriendo un precio la salud y un costo la enfermedad, esto surge a finales de la segunda guerra mundial, con análisis de costos de las enfermedades y de alternativas para la inversión sanitaria en donde la posición social condiciona la atención de la salud.

La concepción Económico Social, establece a la enfermedad como un proceso y distribución social, incorporando la teoría social de la salud, en las ciencias biológicas, sociales, económicas, epidemiológicas, salud pública y prevención social, el método de trabajo se establece en la investigación científica de la salud desde la epidemiología, utilizando como herramientas los paquetes estadísticos, la antropología, la sociología, la economía política y la salud, la demográfica y la psicológica.

La concepción Política Legal de la salud, hace mención de la salud como un derecho y obligación universal, adquiriendo un reconocimiento legal con la participación del estado, que surge en las revoluciones políticas a los sistemas sociales y de seguridad social, normados en los derechos de seguridad social o la existencia sanitaria establecida en la constitución política, leyes y reglamentos de la seguridad social y programas políticos, de esta manera el paradigma de las políticas culturales que establece George Yúdice (1993), se hace presente, pues estas políticas influyen en las conductas de los sujetos que a su vez, son aceptadas y reconstruidas.

Los sujetos recrean a la salud como proyecto de modernización, que reestructuran los niveles de responsabilidad y de gobernabilidad social, estos a su vez se construyen, en las interacciones simbólicas medidas los conocimientos de

los sujetos que se construyen a partir de la relación del sujeto con el objeto, que determina al objeto mismo.

El estudio de la representación social de la salud-enfermedad permite revelar el funcionamiento de la construcción física y biológica del cuerpo, trasciende a su los procesos mentales, que cambian en el ser humano a través del proceso evolutivo, que sufre por el contexto en el que se desenvuelve, mostrando las lógicas que rigen las construcciones simbólicas.

2.4.1. El Cuerpo

El campo de la salud es muy amplio en el cual, el cuerpo adquiere gran importancia, pero no en el sentido de un simple soporte biológico para la existencia de los seres humanos en la naturaleza y el cosmos, más bien si se analiza desde la cultura y las representaciones sociales el cuerpo tiende a concebirse como algo simbólico.

En el siglo XVIII el concepto de salud se atribuye al producto de la buena vida y se caracterizaba por el cumplimiento de los rituales, con la gran gracia divina y de buena fortuna, estableciendo la vida con las leyes espirituales que gobiernan al sujeto, privilegiando al alma-cuerpo (Ganada, 2000), René Descartes figura del racionalismo plantea una epistemología del cuerpo como objeto con el cual se puede actuar, el determinismo crea un paradigma profundamente enraizado a nuestra cultura, que se divide en dos mundos el primero al conocimiento objetivo científico un mundo de los objetos, y el segundo con un mundo de conocimientos intuitivo reflexivo, Descartes une estos mundos en su famoso *Cogito* en donde el sujeto se forma fundante, fundante de la verdad posible (Morín, 1994), esto expone al mecanicismo que en estos años estaba en su apogeo, estableciendo la separación del cuerpo y el alma, a finales de este siglo la salud es

considerada como algo forjado por medio del estado, el sujeto, la familia y la sociedad, analizándola como una realidad de la vida cotidiana, en donde el sujeto se comporta con una actitud natural y ordenada que interactúa a través del lenguaje y cada sujeto traduce su propia realidad en la forma de cómo va adquiriendo su lenguaje en donde el mundo se estructura por medio del espacio y el tiempo (Berger, 2001).

En el siglo XIX surgen nuevos conocimientos sobre la anatomía, fisiología, bioquímica y farmacología que propone un adecuado control y dominación de las enfermedades, proponiendo al cuerpo como objeto moldeable que se transforma y se perfeccionan a través de la salud, teniendo como resultado una práctica científicamente orientada sobre un cuerpo natural, la religión en esta época establece una postura de autonomía, la cual instituye a el cuerpo como una manifestación del espíritu en nuestros comportamientos de rectitud y moral, estableciendo disciplina y orden social, para así poder ser elegido en una salvación eterna que solo se alcanza después de la muerte y en vida mediante el control y mortificación del cuerpo.

A mitad del siglo XIX la racionalidad capitalista ha sido capaz de realizar el acto de producción de salud por el consumo de medicamentos de esencia mercantilista y la socialización de las acciones para el mejoramiento de la salud humana haciéndose cargo de los cuerpos enfermos para ayudarlos y si fuera necesario obligarlos a tener su propia buena salud, esto con el fin de reducir la perturbación económica del desorden político y social de las epidemias, es entonces cuando a mediados del siglo XX, se exige la preservación de la salud, donde el cuerpo individual y cuerpo colectivo implican criterios de buena sociedad y un buen gobierno, las cuales están sujetas a intereses del poder hegemónico, quien propone las políticas de gobierno y también su sistema de evaluación, a través de los diversos indicadores que demuestren los logros adquiridos, es aquí

donde las políticas de gobierno (Mariscal, 2007), influyen en el cuerpo, pues es moldeado de tal forma que no perturbe los patrones estéticos dados, con la moral de la sociedad y todas aquellas violaciones que se presenten a las leyes de la salud se interpretan como pecados físicos y traición al cuerpo social procurando el control y el progreso humano (Granada, 2000), estas acciones desatiende la percepción de los sujetos, en las diferentes practicas que realizan en el significado y las diversas formas para la atención a la salud.

La representación social que se crean acerca del cuerpo adquiere un carácter simbólico, en las diversas disciplinas, pues es el que da soporte a relaciones del hombre con el mundo y se hace presente en las diversas sociedades y prácticas culturales, el cuerpo se puede entender entonces como una imagen corporal, un organismo vivo constituido por una estructura físico-simbólica que es capaz de producir y reproducir significados, enmarcados en un tiempo-espacio determinado, a través de las cuales se pueden identificar las particularidades de determinada sociedad (Aguado, 2004).

2.4.2. Mente

Las personas que contemplan una buena salud mental, son personas conscientes de sus pensamientos, sentimientos y comportamientos, de cierta manera se establece una conexión entre la mente y el cuerpo, haciéndose presentes las emociones que favorecen o afectan a la salud, recordando el apartado 2.1 de las representaciones sociales, estas son entendidas como un proceso sociocognitivo, en donde el sujeto parte del componente cognitivo y luego al social.

Comprendiendo que entre el cuerpo y la mente existe una estrecha relación, el cuerpo responde a la manera como nosotros pensamos, sentimos y actuamos, las emociones son fundamentalmente adaptativas y el organismo se encuentra

corporalmente activado y preparado para la acción, entonces podríamos considerar que las emociones nos organizan para la acción, los sujetos en su proceso de aprendizaje desarrollan la capacidad de la misma, al interactuar con mas sujetos, de esta manera viven diversas experiencias, en las cuales aprenden de ellas, a través de una capacidad cognitiva propiamente biológica (Aguirre, 2010).

Cada pensamiento que desarrollamos como sujetos genera una emoción, la cual tiene un impacto hormonal en el cuerpo, la hormona denominada serotonina desarrolla alegrías pero la hormona cortisol acelera el envejecimiento, las emociones con serotonina presentan conductas de serenidad, silencio, saber, sueño, sonrisa y sexo, pero también presenta actitudes de ánimo, amor, aprecio, amistad y acercamiento.

Las emociones con cortisol desarrollan conductas de resentimiento, rabia, rencor, reproche, resistencia y represión, con actitudes de depresión, desánimo, desesperación y desolación (Aguirre, 2010).

Las diversas emociones que desarrolla el sujeto afectan a la salud, la mala salud emocional puede debilitar el sistema inmune de su organismo, esto trae como consecuencia que en épocas emocionalmente difíciles es más probable que padezca de diversas infecciones.

Las diversas actividades que actualmente desempeñamos como parte de nuestro rol social, en ocasiones tienden a desarrollar estrés el cual afecta nuestra salud porque altera el comportamiento racional de adaptación al medio, el cual está asociado al sistema nervioso central.

Entre los estresores se encuentran situaciones que obligan a la persona a procesar información en forma inmediata y a adoptar actitudes defensivas ante el riesgo, o aún sin existir éste, como pueden ser; las percepciones de amenaza, el miedo, los estímulos ambientales dañinos, los conflictos sociales, las alteraciones de las funciones fisiológicas, la enfermedad, el dolor, el aislamiento, el trabajo

extenuante, la presión grupal, el abandono y la frustración entre otros (Garzón, 2010).

En este sentido la salud adquiere una realidad psicosocial vinculando el cuerpo y la mente en un contexto, el cual es determinado por condiciones sociales en la cual tiene lugar y se desarrolla, lo cual nos permite abordar el estudio de la representación social de la salud-enfermedad a partir de las representaciones sociales.

2.5. La vida y la muerte como ámbito de representación social

En el proceso de salud - enfermedad se hacen presentes los conceptos de vida y muerte, porque las enfermedades son desafío para la medicina, de tal manera que aquella persona que no cuenta con buena salud no cuenta con una vida digna para su desarrollo y probablemente las enfermedades causen la muerte.

La atención médica que decida el sujeto de los cuidados de su salud depende de la representación social que tenga de la misma, en la actualidad el desarrollo en la medicina moderna ha modificado el proceso de vivir y morir, anteriormente el médico contemplaba una ética de abandonar al enfermo afectado cuando padecía una enfermedad incurable.

El fin de la vida es un tema discutido no solamente en el campo de la salud, actualmente el significado de una muerte suave o fácil recibe el nombre de eutanasia, este nuevo concepto de muerte nos permite decidir una muerte repentina y sin agonía, o también puede considerarse como un asesinato por piedad (Ausín y Peña, 1998).

Álvarez (2006) en los planteamientos de la medicina moderna plantea que esta ha demostrado un control considerable respecto al proceso de nacimiento de los sujetos y también ha abierto nuevas posibilidades de reanimación y para

prolongar la vida, esto es algo complejo porque de cierta manera somos seres biológicos y racionales, pero cuando perdemos esta cordura racional ya no permite manifestar determinadas emociones pero si funciones fisiológicas, pero el sujeto en ocasiones no es consiente para decidir por sí solo, caso contrarios a aquellas personas que son consientes de sus males y exigen su derecho a morir, pero esto se determina a partir de bienestar y los intereses del paciente.

Weber (1973) opina que existen grandes e importantes diferencias entre no luchar contra la muerte y proceder a poner fin a la vida de un sujeto de una manera activa, la primer aportación socialmente es compatible con el respeto hacia la vida humana, mientras que la segunda aunque se ejecute con el menor de las intenciones refleja lógicamente que la vida humana en sí no es suficiente como para respetarla.

La vida y la muerte en este sentido las consideraría un arte como parte de las representaciones sociales, con las prácticas médicas, porque alguna persona que presenta alguna enfermedad probablemente demande ya no seguir aplicando en el las practicas curativas, si no enfrentar la muerte, pero esto dependerá de la carga cultural que posee el sujeto y los familiares.

CAPÍTULO 3. SENTIDOS Y SIGNIFICADOS DE SALUD- ENFERMEDAD EN LOS HABITANTES DE SAN JOSÉ COPALAR

La presente investigación se sitúa desde la teoría de las representaciones sociales como parte del campo de estudios de los culturales, en el siguiente apartado se presenta el procedimiento metodológico realizado en el cual se incorporan metodología cuantitativa y cualitativa, debido a que en el proceso de investigación demandaba hacer uso de ambos.

La investigación partió con las siguientes interrogantes:

1. ¿Cómo se construye simbólicamente la salud-enfermedad en los habitantes de la colonia San José Copalar de Acala, Chiapas?
2. ¿Cuáles son las características de la representación social de la salud y enfermedad en dicha población?

Se estableció como objetivo general:

Analizar e interpretar las representaciones sociales de la salud y enfermedad de los habitantes de la colonia San José Copalar de Acala, Chiapas.

Se estableció como objetivos específicos:

1. Conocer las representaciones sociales sobre salud-enfermedad en los habitantes de la colonia San José Copalar de Acala Chiapas.
2. Conocer cuáles son las características de las representaciones sociales de la salud-enfermedad.

3.1. Chiapas y la Colonia San José Copalar, un acercamiento a las representaciones de la salud – enfermedad

Chiapas es uno de los estados que conforman las entidades federativas de México y se localiza en el sureste de México, durante la colonia Chiapas estaba integrado a la Capitanía General de Guatemala, pero el 14 de septiembre de 1824 se convirtió en el 19° estado de México tras la realización de un plebiscito popular (Serrano, 2013) . El estado cuenta con 122 municipios oficiales, los últimos cuatro fueron aprobados el 14 de noviembre del 2011 por el Congreso del Estado.

Chiapas colinda al este con Guatemala, al oeste con Oaxaca, al norte con Tabasco, al sur con el océano Pacífico y al noroeste con Veracruz. Se divide en 122 municipios y en 7 regiones fisiográficas: Llanura costera del Pacífico, Sierra Madre de Chiapas, Depresión central, Bloque central, Montañas del Norte, Montañas del Oriente y Llanuras aluviales del Norte (Plan Estatal de Desarrollo Chiapas, 2013).

Según los datos que arrojó el II Censo de Población y Vivienda realizado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) con fecha censal del 12 de junio de 2010, el estado de Chiapas contaba hasta ese año con un total de 4 796 580 habitantes, de dicha cifra, 2 352 807 eran hombres y 2 443 773 eran mujeres.

El territorio chiapaneco cuenta con dos regímenes climáticos: el cálido húmedo en zonas bajas, valles y mesetas de altura media; y el templado húmedo en sierras altas y mesetas montañosas, principalmente en la Sierra Madre y en la zona montañosa de Los Altos, Chiapas cuenta con dos ríos principales que son; el Usumacinta con 1045 Km² y el Grijalva con 832 Km², el estado cuenta con una gran

variedad de biodiversidad en flora y fauna de México, esta variedad de topografía, clima y ríos hacen de Chiapas un espacio habitable para diversas especies.

El 5 de enero del 2011 se establece la reforma de las regiones económicas de Chiapas (Plan Estatal de Desarrollo Chiapas, 2013), esto es publicado en el periódico oficial de No. 299 decretando que el estado comprende 15 regiones las cuales son:

- Región 1 – **Metropolitana** la cual incorpora los municipios de Tuxtla Gutiérrez, Chiapa de Corzo, Suchiapa y Berriozabal.
- Región 2 – **Valles Zoques** la cual incorpora los municipios de Cintalapa, Jiquipilas, Ocozococautla de Espinoza y Belizario Domínguez.
- Región 3 – **Mezcalapa** incorpora los municipios de Copainalá, Chicoasen, Coapilla, Francisco León, Ocotepec, Osumacinta, San Fernando, Tecpatán y Mezcalapa.
- Región 4 – **De los Llanos** el cual incorpora los municipios de Venustiano Carranza, Acala, Chiapilla, Nicolás Ruiz, San Lucas, Socoltenango, Totolapa y Emiliano Zapata.
- Región 5 – **Altos Tsotsil-Tsentel** el cual incorpora los municipios de San Cristóbal de las Casas, Aldama, Altamirano, Amatenango del Valle, Chalchihuitán, Chamula, Chanal, Chenalhó, Huixtán, Larráinzar, Mitontic, Oxchuc, Pantelhó, Teopisca, San Juan Cancuc, Santiago El Pinar, Tenejapa, Zinacantan, San Andrés Larráinzar.
- Región 6 – **Frailesca** la cual incorpora los municipios de Villaflores, Ángel Albino Corzo, La Concordia, Montecristo de Guerrero, Villa Corzo y El Parral.
- Región 7 – **De los Bosques** la cual incorpora los municipios de El Bosque, Bochil, Huitiupán, Ixtapa, Jitotol, Pantepec, Pueblo Nuevo Solistahuacán, Rayón, San Andrés Duraznal, Simojovel, Soyaló, Tapalapa y Tapilula.

- Región 8 – **Del Norte** el cual incorpora los municipios de Pichucalco, Amatlán, Chapultenango, Ixhuatán, Ixtacomitán, Ixtapangajoyá, Juárez, Ostucán, Reforma, Solosuchiapa y Sunuapa.
- Región 9 – **Istmo-Costa** el cual incorpora los municipios de Tonalá, Arriaga, Mapastepec y Pijijiapan.
- Región 10 – **Soconusco** el cual incorpora los municipios de Tapachula, Acacoyagua, Acapetahua, Cacahoatán, Escuintla, Frontera Hidalgo, Huehuetán, Huixtla, Mazatán, Metapa, Suchiate, Tuxtla Chico, Tuzantán, Unión Juárez y Villa Comaltitlán.
- Región 11 – **Sierra Mariscal** incorporando los municipios de Motozintla, Frontera Comalapa, Amatenango de la Frontera, Bejucal de Ocampo, Bella Vista, Chicomuselo, El Porvenir, La Grandeza, Mazapa de Madero y Siltepec.
- Región 12 – **Selva Lacandona** incorporando los municipios de Palenque y Ocosingo.
- Región 13 – **Maya** incorporando los municipios de Benemérito de las Américas, Catazajá, La Libertad y Marqués de Comillas.
- Región 14 – **TulijáTsetal Chol** incorporando los municipios de Yajalón, Chilón, Sabanilla, Sitalá, Tila, Tumbalá y Salto de Agua.
- Región 15 – **Meseta Comiteca Tojolabal** incorporando los municipios de Comitán de Domínguez, La Independencia, Las Margaritas, La Trinitaria, Tzímol, Las Rosas y Maravilla Tenejapa.

La Región 4 – **De los Llanos** comprende al municipio de Acala, en el cual localizamos a la Colonia San José Copalar. Acala es uno de los 122 municipios del estado de Chiapas, se encuentra al centro del estado, posee una superficie de 295.6 km², también es conocido como Lugar de canoas, la ubicación de este municipio comprende a entre las coordenadas 92º 48' longitud oeste y 16º 33' de latitud norte;

a una altura de 497 metros sobre el nivel del mar, el municipio colinda al norte con los municipios de Zinacantán y Chiapa de Corzo; al noroeste con San Lucas y Chiapilla; al sureste con el municipio de Venustiano Carranza y Totolopa; al oeste con Chiapa de Corzo (Flores, 2012).

La superficie Orografía e hidrografía está conformada en la mayor parte de su extensión por zonas planas, sus suelos se formaron en el periodo terciario, sus recursos hidrológicos son proporcionados por el *río Grijalva* y los afluentes: Nandamujú, Trapiche, Nandamilané, Nandayapa, Chiquito, Nandayusí y Ceibo.

Para visualizar un horizonte general del contexto de la Colonia San José Copalar me permitiré abordar el único referente de la comunidad, publicado en la investigación de “Estudio entomológico para determinar factores de riesgo en la transmisión de leishmaniasis visceral en la localidad San José Copalar del municipio de Acala, Chiapas”, coordinado por la Mtra. Leticia del Carmen Flores Alfaro y la investigación comprende un estudio longitudinal con seguimiento entomológico apoyado por el Técnico Especialista en Entomología Salomón Córdova Villatoro por espacio de diez meses, considerando dos periodos, de lluvia y el de estiaje o sequía: meses noviembre 2011, febrero a octubre de 2012, realizado por el Centro Mesoamericano de Estudios en Salud Pública y Desastres (CEMESAD) de la Universidad Autónoma de Chiapas (UNACH).

La localidad San José Copalar municipio de Acala, Chiapas, representativa del universo epidemiológico de Leishmaniasis visceral: se localiza al norte de la cabecera municipal, (Acala) es de tipo rural, situada en una loma con elevaciones y hondonadas. Integrada por 30 manzanas, 122 viviendas, 784 habitantes, el 48.5% corresponde al sexo masculino el 51.5% al femenino, el rango de edades es de 0 a 82 años y la edad promedio 22 años. La comunidad cuenta con servicios básicos tales como energía eléctrica, agua entubada, drenaje y sistema de recolección de

basura dos veces por semana, los servicios de salud pública a la población se encuentran en la cabecera municipal.

3.2. Procedimiento metodológico

El presente estudio se ubica un paradigma hermenéutico-interpretativo (Sandín, 2006). Se parte, en primer término, de que no existe un mundo verdadero, el cual opera como el fundamento de toda explicación y en el cual predominan las significaciones, de tal manera que dependen de las diversas construcciones de la realidad, esta realidad es producto de las relaciones entre los sujetos conducida por determinada cultura que en la reproducción de la misma determina a los sujetos, al interpretar la visión de los individuos nos permite interpretar la visión del mundo (Abric, 2001).

La perspectiva epistemológica que dan fundamento a este trabajo, se sustenta en la idea de que la producción del conocimiento surge en el diálogo del entrevistador/entrevistado, pues los relatos recogidos no sólo se construyen sino que también se producen. Estas producciones se dan a partir de la relaciones intersubjetivas entre el investigador y las personas con quienes esté relacionada (Habermas, 1987).

Las investigaciones cualitativas se caracterizan por ser un proceso de entendimiento basado en metodologías que exploran un problema humano o social, a través de cual el investigador construye un mapa de relaciones, analizan determinados argumentos y reportan detalladamente los punto de vista de los informantes (Creswell, 1998). De esta manera, este trabajo busca comprender el proceso interpretativo de las diversas acciones producidas por los sujetos para así poder conocer la visión de los mismos y aproximarse a sus representaciones de la

realidad, las cuales se reproducen y producen modos de acción de la misma (Ceirano, 2000).

Victoria Novelo (1999) propone que la autenticidad de la información que se compila en el trabajo de campo, en un marco conceptual del investigador, se establece una relación de respeto entre el informante y el investigador, desarrollando habilidades que comprendan, el lenguaje hablado y los códigos culturales en materia de símbolos, gestos, ademanes y actitudes de sus informante (Novelo, 1990, citado en Hernández, 1992). De tal manera que los trabajos de campo realizados son vehículos adecuados para explorar e interpretar los significados que los individuos expresan en sus discursos y acciones (Ricoeur, 1991).

La presente investigación tiene una base metodológica mixta (cuantitativa y cualitativa), para ello como parte de mi trabajo de campo plantea realizar la técnica de observación participante, esta es una de las principales herramientas para el acopio de datos en el método etnográfico esta herramienta nos permite recoger sistemáticamente la forma en cómo se desarrolla la vida social, sin manipularla ni modificarla (Teylor 1998 y Ruiz 1999).

La observación participante es una técnica muy importante porque hace posible obtener información adicional fuera de las que proporciona el informante; esta técnica nos revela todo el contexto físico inmediato donde se plasma todo el escenario cultural específico de donde ocurre la investigación (Bonilla, 1997). En este estudio la observación participante es muy importante, puesto que nos permite cotejar la información que las personas de esta comunidad manifiestan frente a los conceptos de salud-enfermedad e identificar el comportamiento dentro de su comunidad y su vivienda.

Con el desarrollo de la investigación fue adquiriendo en el proceso un cariz cuantitativo de tipo descriptivo en aspectos socioeconómicos y conductas higiénicas de los pobladores de la colonia San José Copalar.

Las enfermedades de rezago son poco estudiadas y atendidas, porque tienen la peculiaridad que la mayoría de las veces, cuando el individuo llega a buscar ayuda médica la enfermedad está avanzada, las enfermedades del rezago o enfermedades de la pobreza, tienden a propagarse en aquella población que cuenta con pocos ingresos económicos, donde las condiciones de vida, el acceso a la atención médica, a los servicios de agua y a los servicios de saneamiento básico son inadecuados, con ello contribuyen a un ciclo de pobreza y el efecto negativo sobre la productividad; además provocan un retraso para un adecuado desarrollo físico e intelectual en un contexto social determinado.

Las enfermedades pocas veces son mortales, pero la mayoría de las ocasiones provoca disminución en la capacidad para laborar, así como defectos físicos con daños psicológicos graves; por lo anterior el Servicio Estatal de Salud Pública ha reportado el hallazgo de casos de la enfermedad Leishmaniasis visceral, dicha enfermedad en seis localidades durante los años de 1993 – 2010 (Flores, 2012), el último fue localizado en el área de estudio, población afectada en infantes menores de 5 años de edad, los cuales se reportan tratados medicamente.

La Leishmaniasis enfermedad transmitida por vectores del género *Phlebotomus* en el viejo mundo y *Lutzomyia* en las Américas o nuevo mundo, es producida por parásitos del género *Leishmania*, pertenecientes a la familia de los tripanosomátidos. Infecciones que tienen como agentes etiológicos diversas especies del Género *Leishmania*, siendo responsables de las distintas formas clínicas en cada una con sus peculiaridades (Chin, 2002, en Flores, 2012). La Leishmaniasis visceral (LV), es la forma más grave de las Leishmaniasis, ya que puede causar la muerte si no se detecta y trata a tiempo, además de existir

limitantes en cuanto a su diagnóstico, tratamiento y principalmente que afecta a población infantil menor de cinco años.

Por lo anterior, la paciencia de esta enfermedad del rezago y sus condiciones de proliferación son propicias por el medio ambiente de la comunidad objeto de estudio, por ello surge el interés y la importancia del desarrollo de esta investigación, siendo consciente de mi proceso de formación en esta maestría, considero relevante que a partir de las representaciones sociales de la salud-enfermedad, pudiesen incorporarse planteamientos educativos para la atención a la salud desde las necesidades locales incorporando los significados y atenciones de la salud y enfermedad que practica la población.

El tema de la presente investigación es continuidad de un estudio en la cual tuvimos la oportunidad de colaborar, el título de dicha investigación fue el “Análisis de factores de riesgo en la transmisión de leishmaniasis visceral en la localidad San José Copalar del municipio de Acala, Chiapas”, a cargo de la Mtra. Leticia del Carmen Flores Alfaro. Este estudio es longitudinal con seguimiento entomológico por espacio de diez meses, considerando dos periodos, de lluvia y el de estiaje o sequía: meses noviembre 2011, febrero a octubre de 2012, y durante todo este periodo realice el trabajo de campo en dicha comunidad durante una semana por mes, para un total de 70 días.

La permanencia en dicha comunidad en la observación participante dependió de la colaboración de los trabajos entomológicos para la captura de mosquitos transmisores del parásito de la Leishmaniasis a cargo de Técnico Especialista en Entomología Salomón Córdova Villatoro, la Médica Berenice González Alfaro y el Médico Humberto Gordillo Moreno porque de esta manera optimizaba recursos económicos en mi traslado y estancia en la comunidad.

Se mencionó que se realizó el análisis de información cuantitativa porque participé como colaborador en la estructura, aplicación y captura de información

del cuestionario empleado la investigación anteriormente señalada, en la cual nos permitió incorporar preguntas para registrar datos sobre el diagnóstico y análisis de la población en estudio en la representación social que se construye a partir del contexto social; el instrumento con secciones de características del grupo familiar, actividades económicas y productivas, características de la vivienda, convivencia con animales domésticos, conocimientos sobre la enfermedad, los servicios de salud y características socio demográficas, la aplicación del instrumento fue del 14 al 18 de noviembre de 2011 (Anexo 1), a toda la población, con visitas a domicilio, participando el Méd. Humberto Gordillo Moreno, Tec. Espc. Salomón Córdova Villatoro, Méd. Berenice González Alfaro, Méd. María De Lourdes Martínez Arellano, Mtra. María Griselda Salazar Aguirre y su servidor, de tal manera que se agradece la oportunidad de participar con los académicos antes mencionados que colaboran en el Centro Mesoamericano de Estudios en Salud Pública y Desastres (CEMESAD) de la Universidad Autónoma de Chiapas (UNACH).

Para el enfoque cuantitativo, después de la recolección de datos, posterior a la aplicación del instrumento; se realizó la captura de los mismos a cargo de la Med. Berenice González y su servidor en una base de datos con el programa SPSS v 18: para proceder al análisis de la información.

3.3. Entrevistas y entrevistados

De acuerdo con Minayo (1999), lo importante no es establecer el número de personas o casos para estudiar, lo primordial es profundizar en la comprensión que el grupo social tiene del fenómeno estudiado, en lo que comprende para el análisis de esta investigación desde el enfoque cualitativo no se determina matemáticamente en una muestra, la muestra se configura en la medida en que se

avanza en el trabajo de campo, el criterio para la selección fue el denominado “bola de nieve”, donde un informante llevo a otro.

La investigación educativa tiene en cuenta el criterio de saturación, el cual expresa que, se llega a la finalización de la recolección de datos cuando la entrevista con los actores no produce ninguna comprensión auténticamente nueva, esto se determina como saturación de la muestra o saturación teórica (Bertaux, 1988). En esta investigación se tuvo en cuenta el criterio de saturación de muestra y el número total de entrevistas fueron 11 (tabla 1), entrevistando personas que han experimentado determinadas enfermedades.

Tabla 1 Sujetos analizados

Sujetos Analizados			
Entrevista	Género	Edad	Escolaridad
E1	Mujer	30	Licenciatura
E2	Mujer	36	Secundaria
E3	Hombre	71	Primaria
E4	Mujer	25	Secundaria
E5	Hombre	72	3º Primaria
E6	Mujer	37	Secundaria
E7	Mujer	40	Secundaria
E8	Mujer	36	Preparatoria
E9	Hombre	49	Primaria
E10	Mujer	25	Primaria
E11	Mujer	25	2º Secundaria

En el presente estudio también se realizó la entrevista semiestructurada, la cual forma parte de la herramienta de trabajo de la investigación cualitativa, buscando entender el mundo desde la imagen del entrevistado, y desmenuzar los significados de sus experiencias; la entrevista semiestructurada es definida por

Ruiz (1999) como una entrevista que pretende más que explicar, el comprender el significado y buscar maximizarlo.

De esta manera adopta la forma de estímulo-respuesta sin esperar respuesta objetivamente verdadera, sino subjetivamente sincera, obteniendo con frecuencia respuestas emocionales pasando por alto la racionalidad.

Las representaciones sociales como forma de conocimiento aluden a un proceso y un contenido como se aborda en el apartado 2.1, esto se refiere a una forma particular de adquirir y comunicar conocimientos, el cual se construye en un universo de creencias en la que se establecen tres dimensiones, la Actitud, la Información y el campo de las representaciones (Moscovici, 1979).

La Actitud consiste en una estructura particular que es la orientación en la conducta de las personas, cuya función es dinamizar y regular determinada acción de esta manera la actitud expresa el aspecto más positivo de la representación, por ser la reacción emocional acerca del objeto o del hecho; la información se caracteriza por contener la organización de conocimientos que tiene una persona o un grupo acerca de un objeto o situación social determinada, es sumamente importante puntualizar que surge de un contacto directo con el objeto, y de las practicas que una persona desarrolla en relación con él; y por último, pero no menos importante, localizamos el campo de las representaciones refiriéndonos a la jerarquización de los elementos que configuran el contenido de la representación social, de esta manera constituye el conjunto de actitudes , imágenes, opiniones, vivencias, creencias y valores presentes en una misma representación social (Araya, 2002).

Para la estructura de la entrevista semiestructurada en las representaciones sociales, se formularon preguntas; con esquema fijo de categorías, pero sin un esquema fijo de respuesta, pero eso no fue limitante para alterar el orden y la

forma de hacer las preguntas, de esta manera también se pudieron incorporar preguntas nuevas que se plantearon en los mismos juicios de valor esperado.

Las preguntas se analizaron previamente con el Dr. José Luis Madrigal y el Dr. Roberto Pérez Sántiz en las diferentes sesiones de trabajo realizadas en el curso taller de investigación, que oferta la maestría; también me permito agradecer el apoyo de Héctor Hugo Rodas Moreno, compañero de la maestría por las aportaciones realizadas a la estructura de esta entrevista que consta con ejes de análisis en información, actitud e imagen de la salud-enfermedad (Tabla 2), la propuesta de la entrevista quedo estructurada en la siguiente manera;

Tabla 2 Propuesta de Entrevista

Información	Actitud	Imagen
1. ¿Qué es la salud para usted?	7. ¿Usted recuerda por qué se ha enfermado?	14. ¿Con que asocia usted la enfermedad?
2. ¿Dónde aprendió los cuidados a la salud?	8. ¿Qué piensa usted de las personas enfermas?	(Cosmogónico)
3. ¿Qué es la enfermedad para usted?	9. ¿Qué piensa de los tratamientos que ha seguido?	15. ¿Con que relaciona usted la salud? (Que es estar bien)
4. ¿Qué enseñanzas recuerda usted de sus padres y sus abuelos para conservación de su salud?	10. ¿Cómo considera usted, que cuida su salud?	16. ¿Cómo se siente usted cuando se enferma?
5. ¿A dónde acude cuando se enferma?	11. ¿Cuándo considera usted que es grave cierta enfermedad?	17. ¿Cómo se siente usted cuando está saludable?
6. ¿En qué caso acude usted al médico?	12. ¿En que considera usted que puede afectarle lo que come?	18. ¿Cuándo se enferma quién le gusta que le cuide?
	13. ¿Qué propone usted para la mejora los cuidados de la salud en comunidad?	

Para la ejecución de las entrevistas se informó a la población que se realizarían a finales de mayo principios de junio del 2013; se iniciaron con las entrevistas el viernes 31 de mayo del presente año(Anexo 2), con el apoyo de Héctor Hugo; las entrevistas se realizaron en un solo día, contando con un total de

11 entrevistas en los domicilios de los entrevistados, el número total de entrevistas se determinaron porque la información que proporcionaban no producían ninguna comprensión auténticamente nueva, se grabaron todas las entrevistas con la autorización de los entrevistados; no se estipuló ningún tiempo límite para cada entrevista para no establecer alguna presión en los sujetos, aproximadamente las entrevistas establecieron tiempo máximo de 20 minutos y un mínimo de 15; los enfoques planteados son sumamente importantes identificar, observar y escuchar las condiciones de vida de la población objeto de estudio.

Es inútil enfrenar lo cuantitativo y lo cualitativo, porque existe una realidad social única estructurada por hechos sociales externos cuyo tratamiento cuantitativo genera datos y una realidad simbólica estructurada por significaciones y símbolos cuyo tratamiento es fundamentalmente comunicativo, lingüístico y semiológico (Vicuña, 2006). Mientras el enfoque cuantitativo nos sitúa en la dimensión individual de la realidad social y reproduce los estados de opinión dominantes, el enfoque cualitativo nos coloca en la dimensión grupal de los procesos sociales analizando las estructuras latentes y profundas que soportan estos estados. Ambos enfoques tienen funciones complementarias, puesto que estudian aspectos diferentes de una realidad social compleja e inabarcable en su conjunto (Alonso, 1998), de tal manera que consiente las aportaciones de los enfoques antes mencionados consienten el estudio de las representaciones sociales de la salud-enfermedad en la colonia San José Copalar del Municipio de Acala, Chiapas.

3.4. Resultados cuantitativos

En la siguiente fase denominada analítica comienza en realidad desde el inicio de los trabajo de campo y consiste básicamente en la reducción de datos recabados a través de la técnica del cuestionario, que luego fueron capturados en el programa SPSS v 18. El análisis recabado en estas técnicas me permiten identificas las condiciones de vida encontradas en la localidad objeto de estudio.

3.4.1. Características sociodemográficas de la población

La Colonia San José Copalar, se localiza en la periferia de la cabecera municipal de Acala, Chiapas, aproximadamente a 1000 metros de la presidencia municipal; la colonia cuenta con una población total de 784 habitantes en 122 casas, de los cuales 400 son mujeres 384 hombres (Grafico 1), respecto al estado civil el 45% están casados o viven en unión libre y solo el 29% están solteros (Grafico 2), el resto de las mismas se encuentran viudos o viudas.

Grafico 1 Género

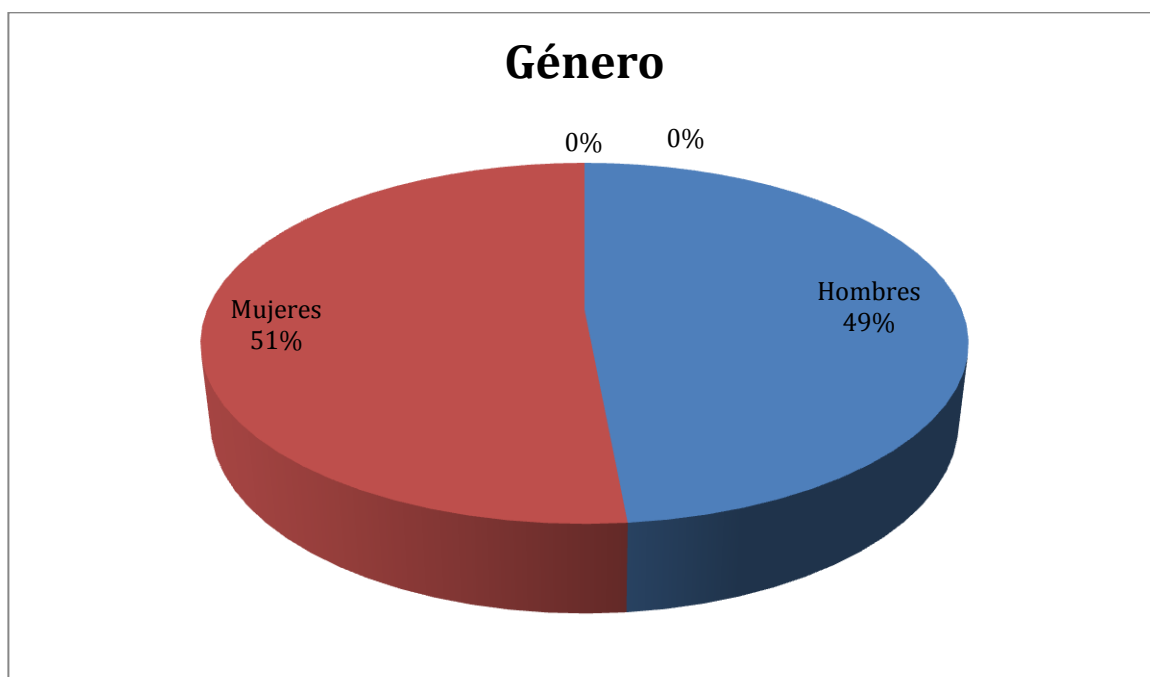
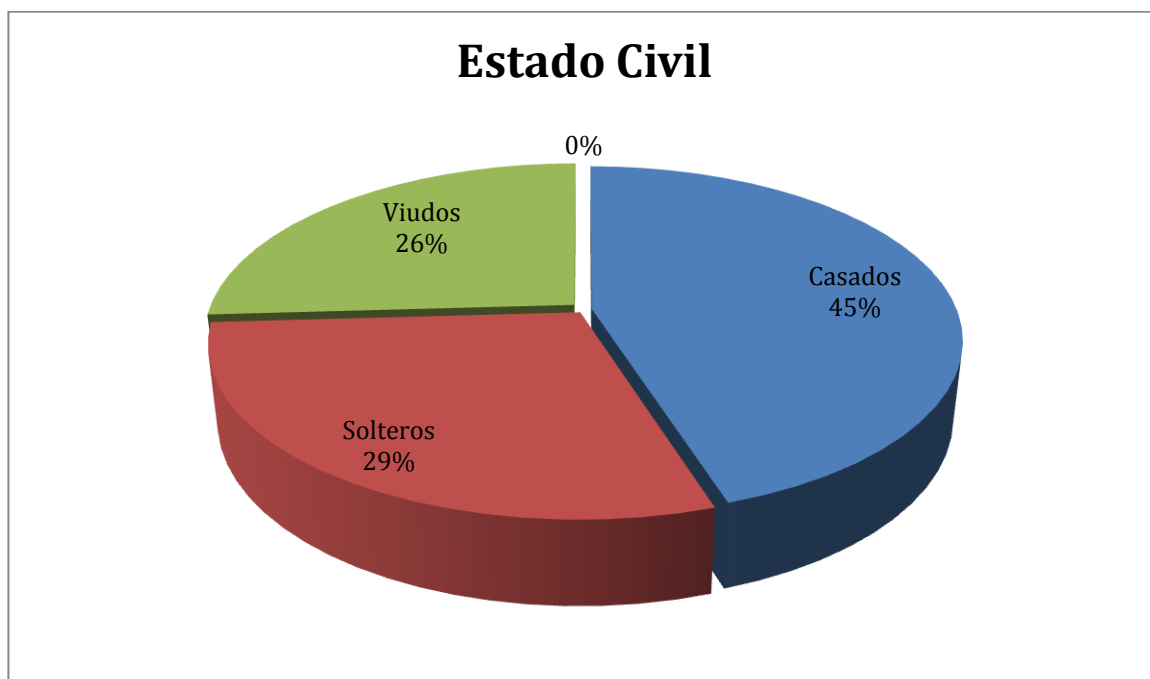


Grafico 2 Estado Civil



Se identifica que únicamente el 62% de la población en estudio sabe leer y escribir, sin embargo en su mayoría con nivel básico escolar, los habitantes de esta comunidad comprenden el dominio del idioma español y solo el 7% habla alguna lengua indígena con predominio del tzotzil, la práctica religiosa de los pobladores en un 81% es la católica.

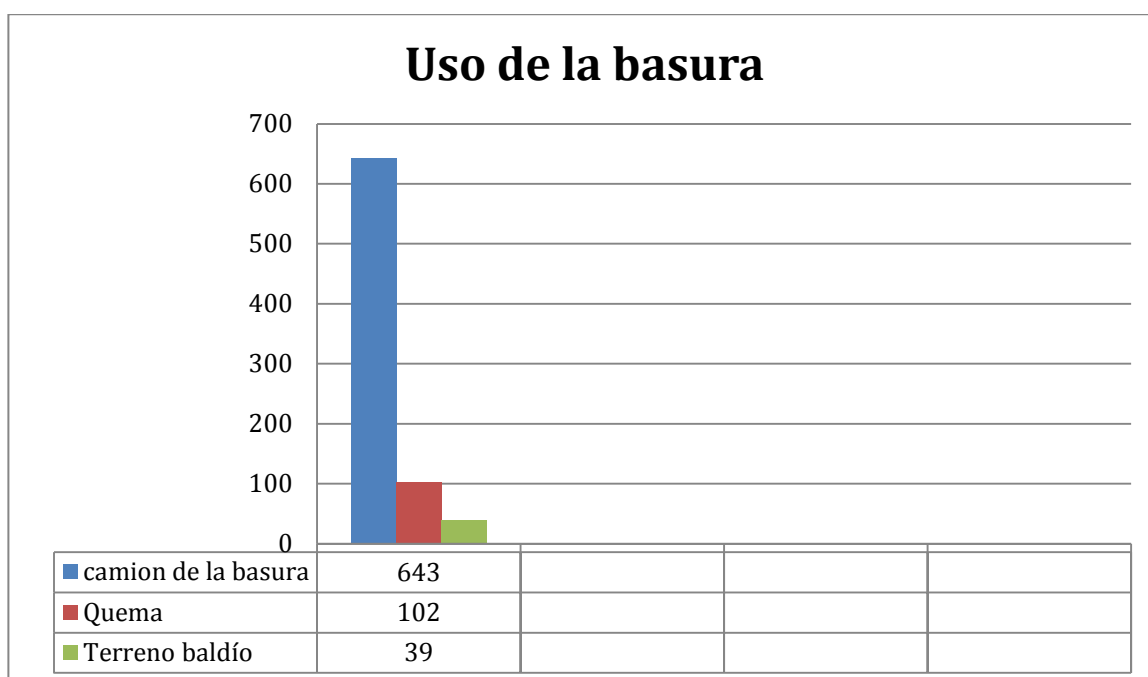
3.4.2. Estilos de Vida

En la comunidad se identifican la convivencia con animales, 31% de la misma conviven con uno más perros los cuales duermen fuera o dentro de la casa habitación; de este numero de población una tercera parte de la misma posee una tercera parte de corral, y el 13% cohabita con aves de corral, pero llama la atención que casi la mitad de la población cohabita con roedores y la mayoría tiene presencia de zancudos sin predominio de horarios para la picadura de los mismos

ante la presencia de los mismos y los cuidados a la salud por enfermedades transmitidas por vectores el 61% de la población utiliza pabellón.

Se identifica que el 77% de la población utiliza el agua de garrafón, hervida o clorada, en lo que refiere al tratado de la basura un 82% la desecha en el camión de la basura proporcionado por el ayuntamiento, el 13% la quema y un 5% la tira en un terreno baldío cercano (Grafico 3).

Grafico 3 Uso de basura



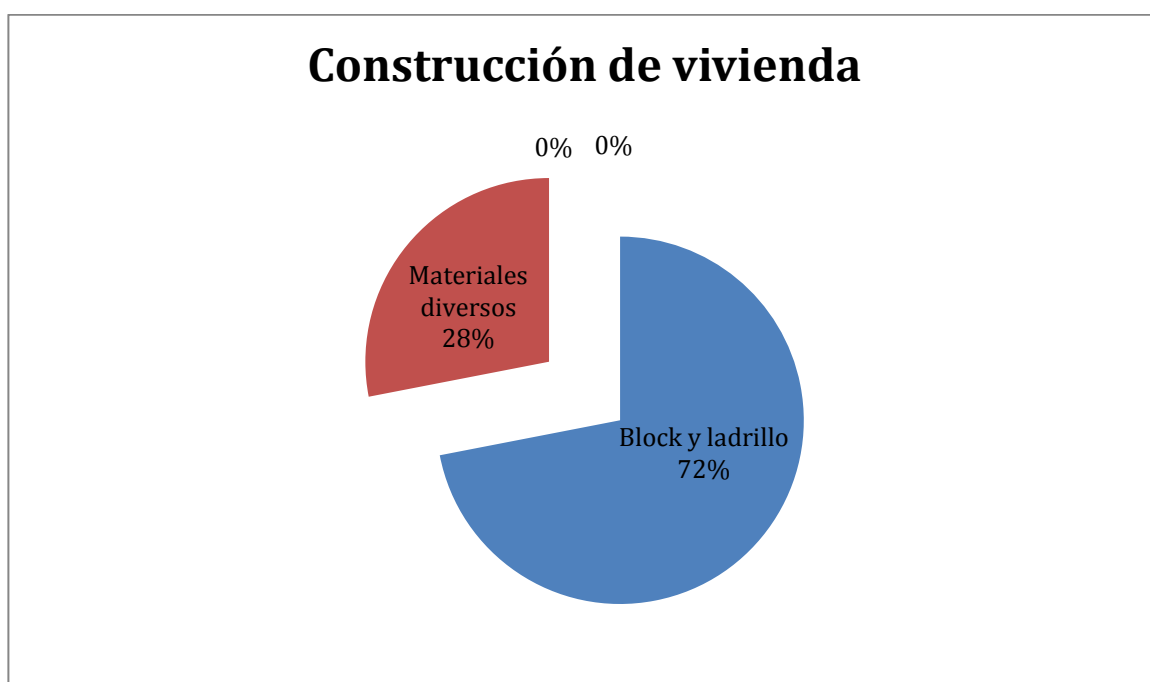
3.4.3. Construcción de las Viviendas

En la Colonia San José Copalar, se observa que el 48% de la población cuenta únicamente con un cuarto en la vivienda, el 49% con 2-3 y el 3% restante con 4 cuartos; ante esto se identifica que el 82 % utiliza un solo cuarto para dormir y lo restante utilizan dos cuartos para tal fin. Así también el 45% cuenta con espacios de cocina sólo para preparar alimentos, y el 66% de la población emplea el fogón para la preparación de los mismos y solamente el 34% utiliza el gas, esto nos habla de la

contaminación por el humo afecta el sistema respiratorio de los sujetos y se identifica que el 68 % de la población está viviendo en condiciones lamentables.

Las construcciones de la vivienda el 72% de las mismas contemplan paredes de block y ladrillo, también se observó que el 28% de las viviendas restantes está construida de materiales diversos desde cartón, laminas, plásticos, adobe, entre otros (Grafico 4), respecto al techo de las casas el 20% cuenta con loza, el 80% de lamina, de las viviendas observadas 72% cuenta con piso firme y lo restante con piso de tierra.

Grafico 4 Construcción de vivienda



3.4.4. Ecología y medio ambiente

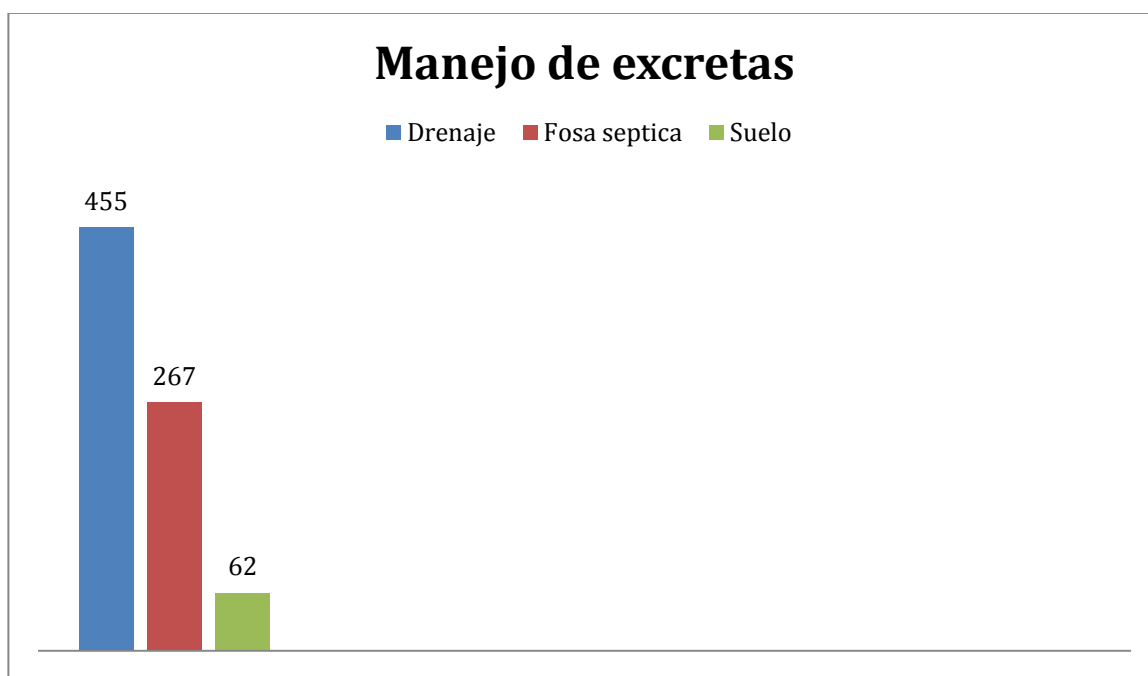
Respecto de la ecología y medio ambiente de dicha localidad, se encuentra circundada por terrenos de cultivo y vegetación de tipo subtropical de escasa a regular. Las colecciones: hídricas están formadas por un arrollo permanente que corre de norte a sur y de oriente a poniente se localiza el Río Grijalva a una distancia de 1,500 metros aproximadamente. La temperatura ambiental anual

oscila desde 18°C la mínima hasta 36°C la máxima, la humedad relativa registrada es de entre 49, 60, 80 y 90% de acuerdo a la estación del año

3.4.5. Servicios Intradomiciliarios

Respecto de los servicios intradomiciliarios el 90% de las viviendas posee luz eléctrica, el 99% de la misma cuenta con agua entubada; pero en la distribución de la tubería, el 46% se distribuye dentro de las viviendas, el 53% solo en el patio y el 1% se abastecen de otra casa habitación. Respecto al drenaje, el 58% cuenta con este servicio y el 42% restante no, de este porcentaje el 34% tiene fosa séptica y el 8% restante realiza desecho de sus excretas a ras de suelo (Grafico 5).

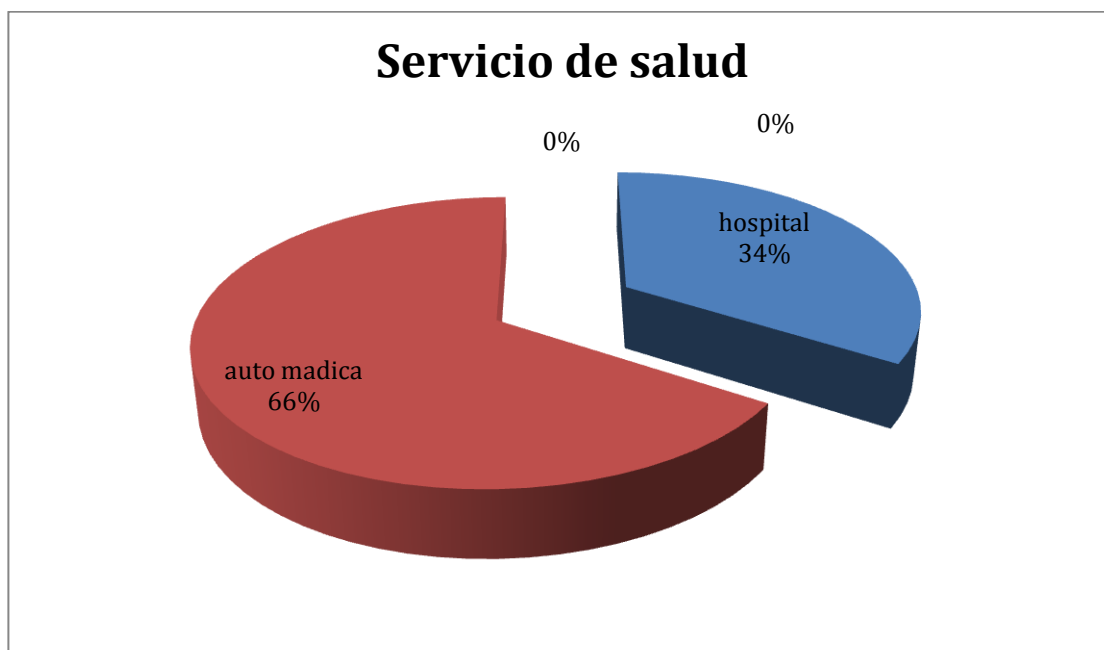
Grafico 5 Manejo de excretas



3.4.6. Servicios de Salud

Se identificó que en el acceso a los servicios de salud el 88% de la población tiene acceso a los servicios; pero únicamente el 34% hace uso de este y más de la mitad se auto medica con hierbas o medicamentos (Grafico 6).

Grafico 6 Servicio de Salud



3.4.7. Economía

Analizando los ingresos económicos que perciben las familias en esta comunidad la mayoría de las personas en edad reproductiva se desempeñan como agricultores y amas de casa, el resto son empleados y comerciantes; por lo consiguiente el ingreso mensual familiar es, en su mayoría (79%), menor a 1,000 pesos.

A partir de esta descripción considero que contemplamos una visión más amplia del contexto en el que viven los habitantes de la colonia San José Copalar, esto como referente básicos para identificar las representaciones sociales sobre la salud-enfermedad presente.

3.5. Resultados cuantitativos

En la búsqueda de identificar la representación social de la salud – enfermedad en los habitantes de la colonia San José Copalar del Municipio de Acala, Chiapas, se aplicaron entrevistas, y se realizó las transcripciones de manera

literal con cada una de ellas, se agrupan las palabras se repiten el mayor número de veces, a través del método de asociaciones libres, de esta manera hemos seleccionado aquellas cuya aportación resultaba más relevante y enriquecedora para nuestro objeto de estudio, por lo tanto esta es la parte interpretativa subjetiva de los datos, permitiendo acceder a las representaciones sociales que se establecen para los conceptos de salud y enfermedad.

3.5.1. Salud

Para realizar este primer análisis de la representación social de la salud se tomando como rango mínimo la aparición de 2 palabras las cuales aparecieron en las entrevistas de 11 personas, y se tomo como rango mayor la aparición de 9 palabras en un primer acercamiento al núcleo central (tabla 3).

Tabla 3 Palabras relacionadas con Salud

Palabras relacionadas	
Salud	Aparición
Higiene	9
Bienestar	8
Cuidado de alimentación	8
Buena alimentación	7
Activo	6
Feliz	5
Energía	3
Ejercicio	3
Cuidados del cambio del clima	2

Tal como vemos en el cuadro anterior la palabra *higiene* es la presenta mayor cantidad de apariciones con la palabra salud, lo cual podría representar el núcleo central retomado en 2.1.1 el nodo central de las representaciones dando significado a las mismas, en este caso la higiene se liga a diversos eventos que permite la prevención de los cuidados a la salud, en mantener limpio el cuerpo, la casa, el agua, los alimentos y manejar con cuidado la basura y excrementos, con atender los cuidados a la higiene se pueden prevenir los parásitos y las infecciosas gastrointestinales.

Para poder conservar espacios con higiene se recomienda que los miembros de la familia o habitantes de un hogar participen diariamente en todos los aspectos antes mencionados, sin olvidar o menospreciar alguno.

La segunda palabra presente es *bienestar*, esta palabra nos remite al concepto general que aplica la OMS, para la salud describiendo a la salud como aquel completo bienestar individual o colectivo físico, mental y social, que busca la ausencia de enfermedad y cualquier malestar, llevado esto a las representaciones sociales de la interacción y compromiso que establezcan los sujetos para poder vivir.

Las palabras *cuidados de alimentación* comprenden a la presencia de 8 veces al igual que la palabra *bienestar*, cuando los sujetos no cuentan con una buena alimentación, trae problemas como la desnutrición y la presencia de enfermedades, como parte de esta mala alimentación provoca la poca producción de defensas para enfrentar las enfermedades.

Para el buen funcionamiento del cuerpo necesitamos contar con una buena hidratación a través del agua y alimentos los cuales nos ayudan a crecer, a tener energía y protegernos de las enfermedades a través de los nutrientes que se absorben de los alimentos.

La *buena alimentación* se construye a diario y el tipo la misma, depende de la edad, desgaste físico, sexo y estado de salud. Según el Consejo Nacional del Fomento Educativo plantea que el cuerpo necesita tres tipos de alimentos; los de semillas de alimentos que tienen espigas, las semillas de vainas y alimentos de origen animal y las frutas y verduras, la necesidad de las primeras semillas son aquellas que dan energía para tener fuerza, en este grupo están; el maíz, el arroz, la cebada y el arroz.

En el segundo grupo de semillas proporcionan al cuerpo proteínas necesarias para la formación y crecimientos de tejidos, los cuales se adquieren a través de todos los alimentos de origen animal como; el queso, leche, huevos, pescado, semillas de vaina como el frijol, garbanzo y soya. Y el último grupo de alimentos proporciona vitaminas y minerales, estas nos permiten desarrollar en el cuerpo elementos que permiten absorber los diversos nutrimentos de alimentos y el buen funcionamiento del organismo, esto engloba todas las frutas y verduras.

La palabra *activo* puede asemejarse aquella persona que establece una notable actividad y *energía* para poder realizar algún trabajo, el estar *feliz* es un estado de ánimo que complace satisfacción, de esta manera es una emoción que desarrolla hormonas con serotonina como se describe en el apartado 2.4.2, y esta emoción permite que el organismo se encuentre corporalmente activo y preparado para la acción.

El *ejercicio* físico al cual se somete el cuerpo, le permite al organismo la eliminación de calorías que pudiesen complicar una buena salud, de esta manera se recomienda ejercitar el cuerpo para la eliminación de toxinas, por último pero no menos importantes, localizamos a los *cuidados del clima* en para estas palabras la población lo asemeja a aquellos cambios drásticos a los cuales podemos exponer nuestro cuerpo, los cuales pueden ser el frío y el calor, nuestro organismo por lo regular desarrolla habilidades para acoplarse a determinada temperatura del

medio ambiente en donde se desarrolla, una temperatura que “normal”, y al someter este cambio brusco en el mismo provoca enfermedades.

En el estudio de las representaciones sociales localizamos como parte de las mismas los elementos periféricos los cuales se estructuran alrededor del núcleo central, los cuales establecen un juicio de valor para el núcleo central (Abric, 2001), la cual establece una fase de concreción, regulación y defensa tal cual se describe en el apartado 2.1.2.

Para la salud podemos identificar que la situación que produce la representación social, el cual está determinado por el contexto en el que vive y se desarrolla el sujeto las palabras que representan el sistema periférico se presentan en la tabla 4, para profundizar un poco más en ellos describimos el contexto previamente con el apartado 3.4.1 Características sociodemográficas de la población.

Tabla 4 El sistema periférico de Salud

El sistema periférico	
Salud	Aparición
Estado optimo	1
Realizar actividades	1
Cuidados	1
Cuidarse de cambio de clima	1
Servicio de agua limpia	1
Cuidado del medio ambiente	1
Manejo de excretas	1
Construcción de vivienda	1
Tranquilidad	1
Actividad	1
Bien	1

3.5.2. Enfermedad

Para el análisis de la representación social de la enfermedad que identifica la población de San José Copalar, se identificó que el rango máximo de aparición de palabras es de 7 y el rango mínimo es de 2 palabras las cuales fueron manifestadas por los sujetos en las entrevistas (tabla 5).

Tabla 5 Palabras relacionadas para Enfermedad

Enfermedad	Aparición
Todo el organismo del cuerpo	7
Mala higiene	6
Mal	5
Malestar del cuerpo	5
Mala alimentación	5
Fiebre	4
Enfermedades crónicas degenerativas	4
Necesitan cuidados	4
Malestar	4
Proceso critico del cuerpo	3
Sistema digestivo	3
Triste	3
Gastos económicos	3
Dolor de cuerpo	2
Poco activo	2
Preocupado	2
Perdida de vida	2

Las palabras *de todo organismo del cuerpo* surgen de la preguntas bases ¿Qué es la enfermedad para usted? Y ¿cómo puede afectarle lo que come?, analizando el número de veces de aparición de estas palabras las asociamos como el núcleo central de la enfermedad, concretando como toda aquella afectación de todo el organismo del cuerpo.

La *mala higiene* para los sujetos entrevistados, es un hábito con acciones sencillas que propician la prevención de que ingresen a nuestro cuerpo microbios o sustancias que puedan causan enfermedades o intoxicaciones.

El *mal*, esta palabra se asocia a una desgracia o calamidad que vive el sujeto las frase que establecen los entrevistados son las siguientes;

E1: *Ah no, mal sin ganas.*

E6: *Muy mal muy mal que no sinceramente no me gustaría estar enferma.*

E7: *me siento mal*

E8: *pues mal pero al mismo tiempo yo pienso en mis hijas y que debo de recuperarme.*

E9: *mal, se siente uno mal*

Los entrevistado representan a la enfermedad con el concepto del cuerpo que presenta *malestares*, uno de estos factores puede ser la *mala alimentación* y para poder reponerse necesita someterse a *cuidados*.

Los sujetos determinan que las enfermedades graves son aquellas asociadas a *las enfermedades crónicas degenerativas* (Cáncer, respiratorias crónicas, anomalías congénitas, etc.), ya que son enfermedades que atacan al ser humano en todas las edades pero en un proceso natural surge en una edad adulta y poco a poco van dañando sus órganos vitales produciendo *dolor* y *un proceso crítico del cuerpo*, por eso se les conoce como crónicas degenerativas pues provocan la *perdida de la vida*, las personas adultas desarrollan una serie de roles que demandan mucho trabajo en el campo, la comunidad y en la casa, de cierta manera son los pilares de la

sociedad porque son los que crían, cuidan y forman a los niños, además cuidan a los ancianos, ellos comprenden a dirigir la vida familiar y comunitaria.

El sistema periférico de la representación social de la enfermedad se representa con aquellas palabras que fueron mencionadas solamente una vez (Tabla 6), sin embargo la mayoría de ellas se asocian a alguna tipo de enfermedad perturbando el organismo del cuerpo tanto física y mental.

Tabla 6 Sistema periférico de Enfermedad

Sistema periférico de la enfermedad	
Enfermedad	Aparición
Obscuridad	1
Gravedad	1
Malestar de los hijos	1
Diarrea	1
Cambio de clima	1
Presión	1
Paludismo	1
Infección de garganta	1
Depresión	1
Alteración del corazón	1
Alteración de la respiración	1
Alteración de los pulmones	1
Sistema nervios	1
Alteraciones	1
Perturbado	1

Estableciendo relación con las palabras que expresan ideas contrarias de la salud y la enfermedad que expresaron los entrevistados (tabla 7), estas palabras contemplan la información seleccionada para llegar a los núcleos centrales de cada concepto analizado, de cierta manera establecen juicios de valor en la construcción

de significados de la representaciones sociales descritas, de tal manera que pudiésemos denominarlos como elementos secundarios que dan sustento a los elementos dominantes desde una perspectiva homogénea (Flament, 2001).

Tabla 7 Antónimos localizados

Antónimos			
Salud	Aparición	Enfermedad	Aparición
Higiene	9	Mala higiene	6
Bienestar	8	Malestar	4
Buena alimentación	7	Mala alimentación	5
Feliz	5	Tristeza	3

Los elementos secundarios que dan sustento a la representación social de la salud son; el bienestar, el cuidado de la alimentación y una buena alimentación, de igual manera los elementos que dan soporte a la representación social de la enfermedad son: la mala higiene, el mal, el malestar del cuerpo y la mala alimentación (Tabla 8).

Tabla 8 Palabras de Salud y Enfermedad relacionadas

Palabras relacionadas			
Salud	Aparición	Enfermedad	Aparición
Higiene	9	Todo el organismo del cuerpo	7
Bienestar	8	Mala higiene	6
Cuidado de alimentación	8	Mal	5
Buena alimentación	7	Malestar del cuerpo	5
Activo	6	Mala alimentación	5
Feliz	5	Fiebre	4
Energía	3	Enfermedades crónicas	4

		degenerativas	
Ejercicio	3	Necesitan cuidados	4
Cuidados del cambio del clima	2	Malestar	4
		Proceso critico del cuerpo	3
		Sistema digestivo	3
		Triste	3
		Gastos económicos	3
		Dolor de cuerpo	2
		Poco activo	2
		Preocupado	2
		Perdida de vida	2

CONCLUSIONES

Después del camino recorrido, desde las actividades de trabajo de campo, identifico que sí existe una representación social de la salud y la enfermedad en esta comunidad, sin embargo la salud y enfermedad son conceptos difíciles de definir para los entrevistados y de cierta manera el contexto de la población tienen que ver con el conocimiento que se construye socialmente.

El estudio realizado demuestra que la representación social que orienta la construcción de conocimientos de la salud y enfermedad, depende del contexto inmediato de la población, en donde nos explica que los factores económicos, políticos e ideológicos presentes, establecen la construcción cultural que las personas hacen de la salud y la enfermedad en el medio estudiado.

Para la representación social de la salud es la *higiene*, la que podemos asociar a una actividad preventiva para determinadas enfermedades, de tal manera que se considera un hábito común, para el aseo personal con el baño diario y la limpieza bucal, destruyendo los microorganismos que el cuerpo recoge, es relevante comentar que la percepción que se tiene de los alimentos se asocian a la base de nuestra salud, pues a través de ellos adquirimos lo necesario para desarrollarnos físicamente y poder vivir.

En las diversas estancias que realice en la comunidad, identifique a la higiene en el hogar como otro concepto de gran relevancia para la salud de la población, la cual debe asearse todos los días, y a su vez esta práctica debe incorporarse a nivel comunitario, como una forma de cuidar su salud. Para las diversas practicas de la higiene se necesita el servicio de agua limpia, de tal manera que la comunidad no cuenta con un servicio del todo seguro para su uso, pues el servicio de agua no es tratado por las plantas purificadoras, consintiendo entonces al agua como un determinante grave para los cuidados de la salud, pues este liquido valioso es el que se utiliza para el proceso de higiene.

La comunidad se considera en vías de desarrollo, en donde la participación del Estado se refleja en la implementación de los servicios básicos tales como la luz, el agua y drenaje, pero dadas las condiciones físicas de los suelos con terrenos accidentados, es difícil incorporar todos los servicios básicos a la población, aunado a esto las la austeridad económica del estado limita cubrir el 100% de los servicios a la población.

La representación social que adquiere la enfermedad para la población son referidas al cuerpo, como *todo organismo del cuerpo* ya que las enfermedades afectan a todo el organismo del cuerpo, y para la atención de diversos malestares primero se congregan en el sentido de gracia divina “Dios” revistiéndolos de aquella voluntad que impulsa a superar la enfermedad, es por ello que las personas acuden a los médicos como el sujeto que tratara de restablecer el equilibrio manifestado a través del la ausencia de la enfermedad y cuando esta no es favorable también se adjudica a la voluntad divina.

Para la atención de la enfermedad se identifican instituciones de salud públicas o privadas para toda la comunidad, pero la atención medica que se realice depende del factor económico del sujeto, caso curios es que aun en las instituciones públicas se tiende a realizar determinadas compras de medicamentos, porque no

cuentan con un reabastecimiento de los mismos, esto está sujeto a las austeridad económica del Estado, esto de cierta manera afecta la economía de los habitantes, pues con los pocos ingresos económicos que perciben las familias, les es difícil la atención de determinadas enfermedades, aun cuando es obligación del Estado velar por la salud de sus habitantes, esto es un dilema identificado por la población pues al no contar con este servicio público gratuito de calidad, tienden a vender los pocos bienes materiales que han adquirido, de tal manera que la búsqueda de la salud y la preservación de la vida impacta de manera individual y familiar en la economía y el bienestar emocional de los involucrados.

Respecto a las diversas políticas que se plantean a nivel federal en materia de salud son buenas propuestas, pero las estrategias que se plantean al incorporarlas a las diversas población, en ocasiones se ven limitadas, esto debido a que no se establece un análisis previo de las necesidades de las mismas, en donde incorporen no solamente un análisis clínico y epidemiológico, sino que trascienda a las diversas significaciones que adquiere la salud en las poblaciones, de esta manera con la participación del personal que brinda estos servicios, poder incorporar programas de salud que sean aceptados por la población estableciendo resultados significativos, para el desarrollo social.

Concluyó afirmando que el objetivo de mi investigación que consistió en Analizar e interpretar las representaciones sociales de la salud y enfermedad de los habitantes de la colonia San José Copalar de Acala, Chiapas, a través de las representaciones sociales, he podido explicar las significaciones que adquieren estos conceptos para la población objeto de estudio, y que mis resultados podrían ser tomados en cuenta, entre otros elementos para proponer programas de salud planteados desde las significaciones locales a las globales, incorporándose a las políticas públicas acordes a los diferentes contextos sociales que presenta México.

REFERENCIAS

- Abric, Jean Claude (2001). Las representaciones sociales: aspectos teóricos. *En Prácticas Sociales y Representaciones*. Bajo la dirección de Jean – Claude Abric. Filosofía y Cultura Contemporánea, Ediciones Coyocán, México. Pp. 195 - 214.
- Aguado Vázquez, José Carlos (2004), *Cuerpo Humano, ideología e imagen Corporal*. Notas para una antropología de la Corporeidad, México, II A – Universidad Autónoma de México, Facultad de Medicina, pp. 491.
- Aguirre, Beltrán G. (1986), *Antropología Médica*. CIESAS, SEP/Cultura. México, Df.,
- Aguirre Ramírez, María Alejandra (2010), *Emoción, Sentimiento y Afecto en el Desastre (Diapositivas)*. México: Universidad Autónoma de Chiapas.
- Alonso L. (1998), *La mirada cualitativa en sociología*, 1ª. Edición, Madrid, Fundamentos, pp. 54-62
- Álvarez Alba Rafael (2006). *ALUS Pública y Medicina Preventiva*. México: Manual Moderno.
- Araya Umaña, Sandra (2002), *las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión*, Facultad latinoamericana de Ciencias Sociales, Primera edición: Costa Rica, pp. 39-41. ISSN: 1409-3677
- Ausín José y Lorenzo Peña (1998), *Derecho a la Vida y Eutanasia: ¿Acortar la Vida o Acortar la Muerte?* Anuario de Filosofía del Derecho, Pp. 13-30, ISSN 0518-0872.

- Berger, Peter y Thomas Luckman (2001): La construcción social de la realidad. Buenos Aires: Amorrortu Editores. 233pp. (edición original en inglés, 1966) pp. 36-43.
- Bertaux, D. (1988), el enfoque biográfico: su validez metodológica, sus potencialidades. En Joutard E. Historia oral e historia de vida, Cuaderno de ciencias sociales. Costa rica: FLACSO, pp. 57-80.
- Bonfil Batalla Guillermo (1987), México Profundo: una civilización negada, México, D. F.
- Bonilla E. Rodríguez P. (1997), Más allá del dilema de los métodos: la investigación en ciencias sociales. 2a. Edición, Santafé de Bogota: Norma, pp. 118.
- Cámara de Diputados del Honorable Congreso de la Unión (2013), Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos, Secretaría de Servicios Parlamentarios, recuperado de <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1.pdf>
- Cámara de Diputados del Honorable Congreso de la Unión (2013), Ley General de Salud, Secretaría de Servicios Parlamentarios, recuperado de <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>
- Cambell, Tom. (2010). "Teoría de la Sociedad". En siete teorías de la Sociedad. México, D. F.: CATEDRA, Colección Teorema.
- Castells, manuel. (2009) "La otra cara de la tierra: movimientos sociales contra el nuevo orden global". La era de la información, economía, sociedad y cultura; el poder de la identidad Vol. II. México, D. F.: Siglo XXI.
- Ceirano V., (2000), Las representaciones sociales de la pobreza. Una metodología para su estudio. Cinta de moebio no. 9 facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile. 25.
- Chin J. Young Dg. (2002) El control de las enfermedades Transmisibles, Organización panamericana de la Salud, Washington, en Análisis de factores de riesgo en la transmisión de leishmaniasis visceral en la localidad San José Copalar del municipio de Acala, Chiapas (2012). Centro Mesoamericano de Estudios en Salud Pública y Desastres, Universidad Autónoma de Chipas.

- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2001) Una década de luces y sombras. América Latina en los años noventa, Comisión Económica para América Latina – Alfaomega, Santa Fe de Bogotá. 306 Págs.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2003) Panorama Social de América Latina, Comisión Económica para América Latina, Santiago de Chile.
- Consejo Nacional de Fomento Educativo, “Más vale prevenir... Manual de Salud Comunitario”, primera versión. ISBN 968-29-2685-8, Estado de Tlascala.
- Consejo Nacional de Población. Enfrentar las insuficiencias y desigualdades del desarrollo social y humano que retardan el curso de la transición demográfica. En: Programa Nacional de Población 2001-2006. México (DF): Secretaría de Gobernación, 2006:65-84.
- Creswell, J., (1998) *Cualitative Inquiry y Research Desing*, Seage Publications. California. E.U.A. Pp. 13 – 23 y 47 – 74.
- Dirección de Servicios de Salud y Departamento de Prevención y Cont. De Enfermedades Transmitidas por Vector (2010), “Manual para la Vigilancia Epidemiológica de las Leishmaniasis”, Chiapas, México, en Análisis de factores de riesgo en la transmisión de leishmaniasis visceral en la localidad San José Copalar del municipio de Acala, Chiapas (2012). Centro Mesoamericano de Estudios en Salud Pública y Desastres, Universidad Autónoma de Chipas.
- Flament, Claude, (2001), “Estructura dinámica y transformación de las representaciones sociales” en Abric, Jean Claude (2001). *Prácticas Sociales y Representaciones*. México: Ediciones Coyoacán.
- Flores Alfaro, Leticia del Carmen (2012), Estudio entomológico para determinar factores de riesgo en la transmisión de leishmaniasis visceral en la localidad San José Copalar del municipio de Acala, Chiapas. Centro Mesoamericano de Estudios en Salud Pública y Desastres, *Memorias de Ponencias del congreso de investigación*, Universidad Autónoma de Chipas, pp. 74-76.
- Fundación Mexicana para la Salud, (2006), “La Salud en México: 2006/2012, Visión de FUNSALUD”. Primera Edición, México, ISBN 9685661464, recuperado de <http://www.funsalud.org.mx>

Garzón y Rincón, Alberto F. (2010). Clasificaciones del estrés [Diapositivas]. México: Universidad Autónoma de Chiapas.

George Yúdice (1993) "Tradiciones comparativas de los estudios culturales: América Latina y los Estados Unidos", en *Alteridades* 3 (5). pp. 9- 20
<http://www.cholonautas.edu.pe/modulo/upload/yud.pdf>

Giddens, Anthony. (2009) "Política, gobierno y movimientos sociales". En Sociología. Madrid, España: Alianza Editorial.

Giménez, Gilberto (2007). "La concepción simbólica de la cultura", en Estudios sobre las culturas y las identidades sociales. México, CONACULTA/ ITESO.

Gomes da Conceicao María Cristina, (2002) "Servicios de Salud en México indicadores de Cobertura y Uso de Servicios, en Tabalhoa preesentado no XII Encontro da Associacaode Estudos Populacionais, realizado em OuroPetro, Minas Gerais, Brasil de 4 a 8 de Noviembre de 2002, recuperado de
http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/GT_SAU_PO56_Conceicao_texto.pdf. El lunes, 23 de julio de 2012, 11:07:43 a.m.

Granada Echeverry Patricia (2000), "El campo de la salud como espacio de construcción Simbólica". Revista de Ciencias Humanas, Recuperado

Habermas, J., (1987) la lógica de las ciencias sociales, Cap 1. El dualismo de las ciencias de la naturaleza y las ciencias del espíritu. México: REI. Pp. 81 – 123.

Hernández L., (1992), Un comerciante en la Frontera Sur. (Don Antonio Handall. Una historia de vida) Tesis de Antropología Social. Mérida, Yucatán. México. Pp. 124.

Hernández, Patricia O. Espinoza, Márquez Lourdes (2006) "Nuevas Tendencias de Estudio en la ENAH Sobre la Salud y Poblaciones Antiguas". En Hernández, Patricia O. Espinoza, Márquez Lourdes (Coord). *Salud y sociedad en México Prehispánico y Colonial*, México: Ediciones Tlalpan, pp. 15-26.

Ibáñez Thomas (1988). "Representaciones Sociales. Teoría y Método", en *Ideologías de la vida cotidiana*. Barcelona: Sendai ediciones, pp.13 -90.

Ivo, De Carvalho Antonio y MarchioriBuss (2008) "Determinantes Sociais na Saude, na Doença e na intervenção", Giovanella L, Escorel S, Lobato L, Noronha JC

- (org.) Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, escrito en portugués y traducido al español, p. 141-166.
- Lahlou, S. (2001). Functional aspects of social representation. In: Deaux, K; Philogène, G. Representations of the social. USA. Blackwell Publishers Ltda, en "Representaciones sociales en salud que orientan la experiencia de vida de jóvenes en la ciudad de Manizales" Centro de Estudios Avanzados en Niñez y Juventud alianza de la Universidad de Manizales y el CINDE. Colombia, recuperado de <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/Colombia/alianzacindeumz/20091028072710/MariadelCarmenVergara.pdf>
- Leavell Hg, Clark Eg: Preventive medicine for the doctor and his community. McGraw-Hill Bok Co. New York, 1958, p. 83. Op. Cit, 48. Secretaria de Salud. Dirección General de Epidemiología. Boletín mensual de SIDA. México. Diciembre, 1989.
- López Austin, A. (1969), "De las enfermedades del Cuerpo Humano y de las medicinas contra ellas" en María Eugenia Ruiz Velasco, la cosmovisión de la salud y los "peligros del alma" en la zona Altos de Chiapas, recuperado de http://www.atopos.es/pdf_10/5_La%20cosmovisi%C3%B3n%20de%20la%20salud%20y%20los%20peligros%20del%20alma.pdf El martes, 2 de octubre de 2012, 14:30:21 horas.
- Mariscal Orozco, José Luis (compilador) (2007), "Política cultural y modelo de gestión cultural". En políticas Culturales, una revisión desde la gestión cultural. México, D. F.: Universidad de Guadalajara, Sistema de Universidad Virtual.
- Minayo MC. O (1999), Desafío do Conhecimento: Pesquisa Cualitativa em sude. Rio de Janeiro: Hucitec-Agrasco, pp. 134-137, en Muñoz Eudoro Casas (2003) practicas relacionadas con el proceso salud-enfermedad entre los Tule-kuna. El caso de la Malaria, Universidad de Antioquia, Facultad de enfermería, Medellin.
- Morín, E. (1994). La Noción de Sujeto. Recuperado el 5 de marzo de 2012, de [cronicasdefronter.blogspot.com](http://www.cronicasdefronter.blogspot.com): <http://www.cronicasdefronter.blogspot.com>
- Moscovici, Serge (1979). El psicoanálisis, su imagen y su público. Buenos Aires: Huemul. En Lara Fernando (antología), "Aspectos teóricos y conceptuales

- de las representaciones sociales”, Taller de investigación, Universidad Autónoma de Chiapas, Maestría en Estudios Culturales. Agosto 2012.
- Moscovici, Serge (1981). On Social representation. In J.P Forgas (Ed.), *Social cognition. Perspectives on every day understanding*. Londres. Academic Press, pp. 181 -209, en Abric, Jean Claude (2001). *Prácticas Sociales y Representaciones*. México: Ediciones Coyoacán.
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (2001). Declaración Universal de la UNESCO sobre la Diversidad Cultural. Extraído el 14 de abril de 2012, de http://www.oas.org/dil/esp/afrodescendientes_instrumentos_internacionales_Declaracion_Universal_UNESCO_diversidad_cultural.pdf
- Plan Estatal de Desarrollo Chipas (2013), plan estatal de Desarrollo Chipas 2013-2018, extraído el 14 de octubre de <http://www.chiapas.gob.mx/media/ped-2013-2018/ped-chiapas-2013-2018.pdf>
- Plan Nacional de Desarrollo (2007), programa nacional de Salud 2007 – 2012, por México Sano: Construyendo alianzas para una mejor salud, Primera edición, Secretaria de Salud, ISBN 978-970-721-414-9.
- Plan Sectorial de Salud 2007-2012, (2007), Secretaria de Salud, México.
- Raiter, Alejandro (2002). “Representaciones Sociales”, en Raiter, Alejandro (comp.). *Representaciones sociales*. Argentina: Eudeba, pp. 99 – 100.
- Reyes Gómez Eva (2009), “La enfermera en la atención primaria a la salud”, en Fundamentos de enfermería, Ciencia metodología y tecnología, México: El Manual Moderno, ISBN 978-607-448-030-6.
- Ruiz JI. (1999), Metodologías de la investigación Cualitativa, Universidad de Deusti Bilbao, 2ª. Edición. España, pp. 333.
- Salud: México (2006), “Información para la rendición de cuentas”, En Dirección General de Evaluación del Desempeño de la Secretaria de Salud, recuperado de <http://evaluacion.salud.gob.mx>.
- Samolino D’Adrois, G. (1976), El que hacer prehispánico en las enfermedades del espíritu” en María Eugenia Ruiz Velasco, la cosmovisión de la salud y los “peligros del alma” en la zona Altos de Chiapas, recuperado de http://www.atopos.es/pdf_10/5_La%20cosmovisi%C3%B3n%20de%20la%2

- Osald%20y%20los%20peligros%20del%20alma.pdf. El martes, 2 de octubre de 2012, 14:30:21horas.
- Serrano Millagon, Fernandon (2013) Anexión de Chiapas a la Federación Mexicana, recuperado de <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/3/1378/12.pdf>. El martes 15 de octubre de 2013.
- Sotelo, Julio (2005), "El fenómeno a la ciencia y la tecnología en salud", en La Salud de los mexicanos en el siglo XXI: un futuro con responsabilidad de todos. Fundación Mexicana para la Salud. A. C. ISBN 968-566-30-8. México Pg. 75-82.
- Stiglitz, Joseph E. (2006). "Otro mundo es posible". En Cómo hacer que funcione la globalización. España, Madrid.: Taurus.
- Taylor J Bogdan R. (1998), Introducción a los métodos cualitativos de la investigación: la búsqueda de los significados. 4ª. Edición, Barcelona; Paidós, pp. 90.
- Thompson, John B. (1998) "El concepto de cultura" en Ideología y cultura moderna. Teoría crítica social en la era de la comunicación de masas. Cap. 3. México, Ed. Casa Abierta al Tiempo, UAM. pp. 183- 240.
- Vergara Quintero, Mar. (2006) "Representaciones sociales en salud que orientan la experiencia de vida de jóvenes en la ciudad de Manizales" Centro de Estudios Avanzados en Niñez y Juventud alianza de la Universidad de Manizales y el CINDE. Colombia, recuperado de <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/Colombia/alianzacindeumz/20091028072710/MariadelCarmenVergara.pdf>
- Vicuña Castrejón, Begoña (2006), El médico de cabecera al inicio del siglo XXI: entre la curación y la sanación [Tesis Doctoral], Universidad Rey Juan Carlos, Facultad de ciencias sociales de la salud.
- Weber, L.J. (1973), Ethics and authanasia – another view. American Journal of Nursing, 73 July, en Victorio Sánchez, Alba Iracema (2006), "La muerte y el proceso de morir", en Etica aplicada a la enfermería [Antología], Gobierno constitucional del estado de Chiapas, Subsecretaria de educación, Escuela de Enfermería, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Winkler, Lisetttr (2010), "Salud y enfermedad en un contexto intercultural; Un acercamiento a partir del caso Mapuche en el consultorio poniente de Pudahuel", Universidad de Chile, Departamento de Antropología.

**ANEXO 1. ANÁLISIS DE FACTORES DE RIESGO DE LA
MORBILIDAD POR LEISHMANIASIS VISCERAL EN LA
LOCALIDAD SAN JOSÉ COPALAR,
Municipio de Acala, Chiapas.**

“INSTRUMENTO DE DETECCIÓN DE FACTORES DE RIESGO DE MORBILIDAD POR *LEISHMANIASIS VISCERAL*”

Folio: _____

Fecha de aplicación: _____

DD / MM / AAAA

1.- FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos del(a) jefe(a) de la familia		
Nombre y apellidos de la persona entrevistada		
Edad de la persona entrevistada:		
Número de integrantes de la familia		
Domicilio:		
Referencia:		
Personas sospechosas de padecer LV (*)	1. Sí	2. No
Observaciones de la visita:		
1) Completa	2) Incompleta	3) Casa Cerrada
4) Casa deshabitada	5) Segunda Visita	
6) Renuente, motivo: _____		
Entrevistó _____		

(*) Niño enfermo: con calentura, aspecto pálido, anémico, sin apetito, debilidad progresiva, panza o estómago crecido, puede ser “*Leishmaniasis visceral*”, SI NO SE DETECTA Y TRATA A TIEMPO PUEDE SER MORTAL. (Población de mayor riesgo, menores de cinco años).

- Características del grupo familiar: (Nombre de los habitantes de la casa en orden de parentesco con el jefe de familia).

No.	1. ¿Me puede decir el nombre de cada una de las personas que viven aquí empezando por la o el jefe de la familia?	2. Edad ¿Cuántos años cumplieron?	3. Sexo Masculino Femenino	4. Parentesco ¿Qué es de la o el jefe? JF=Jefe hogar Esposa Hijo Hija Otro (especificar)	5. Estado Civil Esta persona es... Soltero Con pareja Separado o divorciado Viudo(a)	6. ¿Sabe leer y escribir? Sí No	7. ¿Hasta qué año estudió? Anotar número de años Primaria Secundaria Preparatoria Otra _____ - A= estudia actualmente	8. ¿Habla algún dialecto o lengua indígena? Sí, ¿cuál? No, pase a la p 11	9. Además de la lengua indígena ¿habla español? Sí No	10. ¿Pertenece a alguno de los siguientes grupos? Zoques Tzeltal Tzeltal Otro	11. ¿Cuál es la religión de...? Anotar los casos de ninguna	12. ¿Es originario de la ciudad de Acala? 1. Sí, pase a preg 15 2. No	13. Entonces, ¿de dónde es...?	14. ¿Cuánto tiempo tiene viviendo en Acala?
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														

15. Aparte de las personas que mencionó, hay algún familiar o conocido que no sea de Acala y que les visite regularmente durante el año? Sí _____ No _____ (pase a preg 23)

16. Me puede decir cuál es el nombre de la(s) persona(s) que le visitan durante el año	17. Edad ¿Cuántos años cumplidos tiene...?	18. Sexo Esta persona es del sexo: Masc. Fem.	19. Parentesco ¿Qué es de la o el jefe de la familia?	20. ¿Con qué frecuencia visita este hogar?	21. De dónde viene? (país, edo. Mpio.)	22. ¿Por qué vive en ese lugar? Trabaja Lugar de residencia Otro, especificar

3.- Actividades económicas y productivas

No.	23. ¿Cuál es la ocupación principal de...? *En el caso de que sea campesino realizar las preguntas 23a-23f del cuadro a pie de página	24. ¿Gana dinero o por esa actividad? Sí/Cuánto mensual No	32. ¿En qué localidad trabaja? (municipio, estado, país)	25. ¿Viaja diario hacia su trabajo? Si pase preg 28 No, continúa	26. ¿Cuánto tiempo permanece en el lugar donde trabaja?	27. ¿Cuántos días permanece en su hogar antes de regresar al lugar de trabajo?	28. Aparte de la actividad que mencionó, ¿realiza alguna otra actividad? Sí, ¿cuál? No	29. ¿En qué localidad trabaja?	30. ¿Tiene derecho a alguna institución de salud? IMSS ISSSTE CH SEDENA Otra Ninguna	31. ¿Tiene derecho al seguro popular? Si No	32. ¿Tiene derecho a Oportunidades? Si Cuánto mensual No	33. Regularmente, ¿a qué hora inicia sus actividades del día?	34. ¿A qué hora se reúne con su familia a cenar?	35. ¿A qué hora se retira a dormir?
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														

*Actividad campesino

Viene de la preg. 23 Anote el nombre de la persona que tiene como actividad principal campesino o agricultor	23a. La tierra donde trabaja es: Propia Prestada Rentada Trabaja para otros	23b. ¿En qué localidad se encuentra su parcela o el campo de cultivo donde trabaja?	23c. Aproximadamente ¿a qué distancia de su casa se encuentra la parcela?	23d. ¿Qué se cultiva en la parcela o el campo de cultivo donde trabaja?	23e. ¿Se queda a dormir cerca de la parcela o el campo de cultivo? Sí, pase a la sig. No, pase preg 36	23f. ¿Durante cuántos días se queda a dormir cerca de la parcela o el campo de cultivo?

4.- Características de la vivienda

36. ¿Cuántos cuartos hay en la casa, incluyendo la cocina y sin contar el baño?		46. ¿Qué hace cuando le falta el agua entubada?	1.Compra a una pipa 2. Abastece la presidencia 3.La acarrea del río 4.Colecta el agua de lluvia Otro _____
37. ¿Cuántos cuartos usan para dormir?		47. ¿Qué tipo de excusado o sanitario usa?	1.Excusado conectado al drenaje público 2. Excusado con fosa séptica 3 .Letrina con hoyo negro 4. Ninguno, excretas al ras del suelo Otro _____
38. ¿Cuántas ventanas tiene la casa?		48.¿Dónde se encuentra su excusado o sanitario?	1.Dentro de la casa 2.En el patio o solar 3.Separado del patio 4.Comparte con otra vivienda 5.No tiene sanitario o letrina
40.¿Hay un cuarto destinado únicamente como cocina?	1.Sí, cuarto separado 2.Sí, dentro de casa 3.No, se usa también como dormitorio 4.No, cocina improvisada en patio Otro _____	49. ¿Dónde se encuentra el lugar donde se baña?	1. Dentro de vivienda 2. En el patio 3. Separado de casa y solar 4.Comparte con otra vivienda 5.Se baña en el río 6. Otro _____
41. ¿Con qué cocinan los alimentos?	1.Estufa de gas 2.Fogón en alto con carbón 3.Fogón en alto con leña 4.Fogón al ras del suelo con carbón 5.Fogón al ras del suelo con leña 6.Otra _____	50. ¿Dónde se encuentra su lavadero?	1. En el patio 2. Fuera del patio 3. Lava en el río Otro _____
42. ¿Tiene energía eléctrica en su casa?	1. Sí 2. No	51. ¿Tiene drenaje en su casa?	1.Sí, conectado a la red pública 2.Sí, conectado a una fosa séptica domiciliaria 3.Sí, conectado a una fosa séptica comunitaria 4.No tiene drenaje Otro _____
43. ¿De dónde toman el agua que usan para lavar la ropa y los trastes?	1.Agua entubada dentro de vivienda 2.Agua entubada fuera de vivienda pero en el patio 3.Agua entubada de otra vivienda 4.Compra a una pipa 5.Pozo propio 6.Pozo comunitario 7.La acarrea del río o arroyo Otro _____	52. Su lavadero, ¿se encuentra conectado al drenaje?	1. Sí 2. No
44. ¿Cuántos días a la semana tienen agua entubada?	1. Diario 2. Cada tercer día 3. De vez en cuando Otro _____	53. El lugar donde se baña, ¿está conectado al drenaje?	1. Sí 2. No
45. Acostumbran a beber su agua...	1. De garrafón 4. Filtrada 2. Hervida 5. Cruda 3. Clorada 6. Otro _____	54. ¿Qué hace con su basura?	1.Camión limpia pública 2.La quema 3.La entierra 4. La tira a un terreno baldío 5. Otro _____

	Casa			Cocina			Baño		
	55. Paredes	56. Techo	57. Piso	58. Paredes	59. Techo	60. Piso	61. Paredes	62. Techo	63. Piso
De qué material está hecho la mayor parte de....	1. Block, ladrillo 2. L Galvanizada 3. Adobe y bambú 4. Bambú 5. L. cartón 6. Varas, plástico 7. Otro	1. Losa 2. L. Asbesto 3. L Galvan 4. Teja 5. Barro 6. L. cartón 7. Otro	1. Cemento 2. Loseta 3. Madera 4. Tierra 5. Otro	1. Block, ladrillo 2. L Galvanizada 3. Adobe y bambú 4. Bambú 5. L. cartón 6. Varas, plástico 7. Sin paredes 7. Otro	1. Losa 2. L. Asbesto 3. L. Galvan 4. Teja 6. L. cartón 7. Otro	1. Cemento 2. Loseta 3. Madera 4. Tierra 5. Otro	1. Block, ladrillo 2. L Galvan 3. Adobe y bambú 4. Bambú 5. L cartón 6. Varas, plástico 7. Otro	1. Losa 2. L. Asbesto 3. L. Galvan 4. Teja 5. L. Cartón 6. No tiene 7. Otro	1. Cemento 2. Loseta 3. Madera 4. Tierra 5. Otro

5.- Animales domésticos e insectos vectores

64. ¿Tiene perros? 1) SI cuántos? _____ 2) NO 64a.. ¿Duermen los perros dentro de la casa? 1) SI 2) NO	65. ¿Tiene gatos? 1) SI cuántos? _____ 2) NO 65a. ¿Duermen los gatos dentro de la casa? 1) SI 2) NO	66. ¿Tiene ganado vacuno? 1) SI cuántos? _____ 2) NO 66a. ¿Dónde duerme el ganado?: 1) Patio 2) Potrero
67.. ¿Tiene cerdos? 1) SI cuántos? _____ 2) NO 67a. ¿Tienen corral sus cerdos?: 1) Sí, en el patio 2) Sí, separado de la casa 2) NO	68. ¿Tiene aves de corral? 1) SI 2) NO Pollos y gallinas _____ cuántos Otros _____ 68a. ¿Tienen gallinero sus aves? 1) Sí, en el patio 2) Sí, separado de la casa 2) NO	69.. Presencia de animales silvestres 69a. En el patio 69b. En el campo 1) Ratones y ratones 1) Ratones y ratones 2) Mapaches 2) Mapaches 3) Tlacuaches 3) Tlacuaches 4) Otros 4) Otros
70. ¿Qué tipo de mosquitos ha notado en su casa? (Que le piquen a las personas) 1) Ron-rones 2) Chaquistes 3) Jején 4) Zancudos 5) Otros, especificar: _____	71. ¿A qué hora del día son más frecuentes las picaduras de los insectos? 1) Mañana 2) Tarde 3) Noche 4) A cualquier hora	72. ¿Cómo se protege de los insectos? 1) Usa pabellón Sí I__I No I__I 2) Mosquiteros en puertas Sí I__I No I__I 3) Mosquiteros en ventanas Sí I__I No I__I 4) Insecticidas Sí I__I No I__I 5) Repelente de insectos Sí I__I No I__I 6) Queman copal Sí I__I No I__I 7) Otros, especificar: _____

6.- Observaciones:

Observaciones que anotará el entrevistador o entrevistadora:
Describa brevemente qué observa en relación al manejo de excretas de animales, y/o hábitos de limpieza en el patio de la vivienda, para evitar atraer mosquitos (si se encuentra libre de excretas o si se observa que se mantienen por tiempo prolongado en el patio)
R. :
Describa el tipo de vegetación que existe en el patio de la casa y en su entorno (además especifique si la considera: abundante, regular, escasa o nula) , ya que actúan como refugio de dípteros transmisores de enfermedades o molestia sanitaria por la picadura o hematofagia.
R.:
Especifique si observa posibles criaderos de Lutzomyias en alguna área del patio de la vivienda o en otros lugares de la localidad, ejemplos: humus (material orgánico del suelo en descomposición por fermentación o putrefacción de restos vegetales), lodos, detritus, estercoleros de ganado
R.:

7.- Antecedente de personas con probable leishmaniasis visceral en la familia o en la comunidad73. alguna persona **de esta familia** ¿tiene o ha tenido...?

Calentura por más de dos semanas I___I Quebrado de color (palidez de piel) I___I

Estómago crecido I___I Vómitos I___I Pérdida de peso I___I

En el caso de que se mencione alguno de estos signos o síntomas, preguntar:

Sí_____ ¿Cuál es el nombre de esta persona?_____ NO_____

Si es menor de edad nombre del padre_____ Nombre de la madre_____

8.-Conocimiento sobre leishmaniasis visceral

75. ¿Ha escuchado usted hablar acerca de la leishmaniasis visceral?

Sí_____ No_____ pase a la pregunta 76

75a. ¿Con qué otro nombre se conoce a la leishmaniasis visceral?

75b. ¿Sabe cómo se transmite la leishmaniasis visceral?

75c. ¿Cómo sabemos que una persona tiene leishmaniasis visceral?

75d. ¿Sabe usted si se puede curar la leishmaniasis visceral?

Sí,
¿cómo? _____
No _____

75e. ¿Sabe usted cómo se puede prevenir la leishmaniasis visceral?

Sí,
¿cómo? _____
No _____

75f. ¿Cómo obtuvo usted información acerca de la leishmaniasis visceral?

1. Médico de clínica 2. Enfermera 3. Promotor o técnicos en salud 4. Autoridad municipal
5. Vecinos 6. Radio 7. Televisión 8. Folleto o tríptico 9. Periódico
Otros, especificar _____

9.- Uso de los servicios institucionales de salud

76. Regularmente ¿a quién o a quiénes acuden cuando enferma alguien en la familia? *Puede marcar varias opciones*

1. Médico particular I____I 2. Centro de Salud I____I 3. Hospital
 SESA I____I 4. IMSS I____I
5. ISSSTECHI____I 6. Médico de Farmacia Similares I____I 7. Boticario I____I
8. Curandero I____I Otro _____

77. Usan en la familia el centro de salud? No, *pase a la pregunta 82*

Sí, ¿quiénes? 1. JF I____I 2. Esposa I____I 3. Hijos/hijas I____I 4. Toda la familia

78. ¿Cuáles son los motivos más frecuentes para usar el centro de salud?

JF

Esposa

Hijos/hijas _____

Otros _____

79. ¿Cómo se transporta al centro de salud?

80. ¿Cuánto tiempo le toma llegar al centro de salud? _____ 81. ¿Cuánto gasta en el transporte? _____

82. ¿Existen algunos motivos para que en ocasiones no usen el centro de salud? No, concluya la entrevista Sí, cuáles?

JF

Esposa

Hijos/hijas

Otros

ANEXO 2. ENTREVISTA 4 (E4)

¿Cuántos años tiene usted?

-Tengo 25 años, soy originaria de Acala .

¿Qué grado de escolaridad tiene usted?

-Secundaria terminada.

¿Para usted que es la salud?

-Para mí es algo muy importante porque sin ella, no podríamos estar acá, en ese mundo pues, ver naturaleza que Dios nos ha dado, porque para mí la salud es algo muy, algo muy bonito porque, yo he sufrido de esa manera con mis hijos principalmente con niños y para mí es la salud, es algo primordial pues, lo más importante.

¿Donde aprendió usted los cuidados de la salud?

-Aprendí pues, tuve que aprender de la vida, tal vez cuando yo tuve mis hijos no tenía ese privilegio, esa ventaja de saber que es un ser mamá, pero desgraciadamente cómo me han pasado muchas cosas con el niño, yo aprendí que es la salud, que es el cuidado porque, el niño presentó principalmente pro laxó, desde que nació el niño viene por un proceso largo, porque el niño nació con neumonía, éste y nació unos pulmones dañados y sin esperanza de vida, me dijeron que iba a vivir quince días los doctores pero Dios es el principal y él lo puede todo, y salió la crisis, después volvió al niño con la pro laxó, de dos meses de nacido se pro laxó, lo tuvieron que operar, a los cuatro meses igual, otro pro laxó con una operación, de después al poco tiempo una hernia, serían tres cirugías en unos cuantos meses.

-en este caso para usted

¿Qué es la enfermedad?

-La enfermedad para mí es algo drástico es algo que no se le desea nadie, es algo para mí, algo feo, como obscuridad, yo así lo veo como algo oscuro, si éste no puede servir de eso nunca va a ver la claridad porque hay veces que nos hundimos en un vasito con agua, y a mí me estaba pasando pero gracias a Dios y a mucha gente que nos echa la mano, con principalmente en cuando vieron al niño los médicos, todos ellos me ayudaron a levantarlo, de lo que el niño no le hallaba la enfermedad.

¿Qué enseñanza recuerda usted de sus Padres, de sus abuelos para la conservación de la salud?

-Principalmente de mis padres que me han enseñado a desarrollarme, como Madre, como mi madre decía “así lo vas a cambiar al niño”, como él sabe así lo vas a bañar, es un desarrollo que ella me ve metiendo poco a poco eso es lo que yo digo, y mis abuelos por lo consiguiente de que a veces decían ese tecito es bueno, o sea de esa manera, si yo no sabía algo, lo aprendo nuevas cosas con ellos de esa manera.

¿A dónde acude usted cuándo se enferma?

-Bueno principalmente, primero acudía al centro de salud o al hospital pero ahorita ya gracias a Dios que, como tuve el privilegio de que el niño entre al pediátrico, pues allá lo llevó, y el otro niño como no tiene ese privilegio, del pediátrico, al centro de salud o al hospital principalmente al hospital un poco más al hospital, que me es muy suficiente la póliza porque yo utilizo la póliza del seguro popular que es muy eficaz.

¿En qué caso acude usted al médico?

-La de diarrea y vómito y fiebre, que son los casos que más me ha ocurrido con los niños.

¿Usted recuerda porque es en enfermado?

-Pues yo me enfermado, la enfermedad más grave que tuve fue que me operaron de un quiste en un ovario, yo por tener todo el privilegio del niño enfocarme a él, ya no cuidaba mi salud y me llevaron a urgencias y me dijeron que me iban operar sin saber nada, pero porque porque yo di todo para mis hijos y los principal son ellos y cuando me dijeron señora usted está mal, y como me conocen del hospital por él niño, me regañaron dijeron que sí que primero están los hijos pero también está mi salud, porque si yo me hubiera pasado algo quién iba a ver por el niño todo lo que yo había luchado se hubiera venido abajo y sí en ese momento comprendí que de que si, también debo de estar sana, para poder seguir adelante con el niño.

¿Qué piensa usted de las personas que se enferman?

-Pues pienso muchas cosas, que yo he estado en esa misma situación y las comprendo y pienso de que si yo pude salir, también ellos van a poder salir, eso es lo que yo pienso verdad, mantener la fe, mantener la fe y principalmente la confianza, la confianza en la en las manos en las que dejamos a los niños eso es lo que yo pienso.

¿Qué piensa usted que los tratamientos que hacen?

-yo pienso, que yo no tengo nada que renegar sobre eso porque gracias a Dios todo a los tratamientos que le dieron a mi hijo, yo pienso que si es un gran trabajo de lo que el niño desarrollo, en lo que el desarrollaron en él, por qué hicieron un buen trabajo en el pediátrico, en el sector salud, porque fue como una unión verdad, para que el niño saliera y eso es lo que pienso que los tratamientos fueron muy buenos principalmente en el medicamento que le dieron al niño de leishma ese fue el que lo levantó, el que nuevamente lo levantó, porque en el pediátrico es buen hospital, muy buen hospital, pero fíjese que allí

tampoco allí hallaban que era lo que tenía, ahí salía el niño como parasitosis, el niño tiene parásitos, en el hospital acá igual parasitosis, y cuando yo llegué a ese diagnóstico que el niño era un paciente leishmaniasis me dijeron “¿cómo lo supo señora?”, yo le dije tengo que luchar, le di gracias a Dios que en mi puerta pasaron y en mi casa pasaron, y el niño salió con ese diagnóstico y me dijeron, se disculparon conmigo me dijeron Sra. Mil disculpas porque eso nunca se nos ocurrió hacerle un diagnóstico de eso al niño directamente, y si nosotros no hacemos un diagnóstico, no sale eso es lo que me dijeron.

¿Cómo considera usted que cuida su salud?

-Pues yo principalmente me cuido yo, y a mis hijos, en la manera de los alimentos, o sea lavar bien las frutas y las verduras incluso a veces mis hijos me preguntan, que porque el hecho cloro lo lavo y lo enjuago y le digo que así tiene que ser porque ahorita en tiempo de lluvia hay muchas moscas y ahorita hay mucha infección, ahorita está dando mucho vómito diarrea todo ahí dónde está mi mamá en la bajada todo ahí están enfermos los niños le doy gracias a Dios que ellos no, pero porque, porque ya tengo tal vez ya estoy advertida, estoy como alerta yo creo verdad.

¿Qué considera usted que puede afectar lo que come?

-Pues dañar el estómago principalmente es una base principal cuidar el estómago, porque, el estómago es el que evoluciona todo el cuerpo yo así lo creo, yo así lo pienso porque así me han dicho y he aprendido a lo largo del tiempo poco a poco.

¿Cómo considera usted cuánto es grave cierta enfermedad?

-Cuando hay fiebre constantemente, cuando hay mucha diarrea y mucho vómito yo considero eso.

¿Qué propone usted para mejorar los cuidados de la salud de su comunidad?

-Pues dar pláticas, a mí me gustaría ayudar en esa manera, dar pláticas advertirles, dar como tipo de alertas o hacer brigadas de por ejemplo de pláticas hablar con, acá con la colonia decir que sí hay mucha diarrea o mucho vómito pues acudir a un centro de salud, o acudan con alguien que les dé, porque hay veces que no regresamos y decimos, porque así me pasaba mi, va a quitar, le damos jarabe o todo va a quitar, nos queremos auto medicar en la auto medicación puede ser grave, a veces, nos podemos pasar de dosis nosotros no sabemos no estamos preparados.

¿Con que asocia usted la enfermedad?

-No sé la verdad, no le entiendo.

¿Conque relación a usted la salud?

-Yo pienso que está relacionado con el cuerpo, yo lo entiendo así con el cuerpo, si el cuerpo está mal, no hay salud no está uno saludable.

¿Cómo se siente usted cuando se enferma?

Nos sentimos mal, porque automáticamente si uno está enfermo no hace uno nada se siente uno triste.

¿Cómo se siente usted cuando está saludable?

-A pues nos sentimos con energía no sentimos contentos con ánimo de seguir adelante.

¿Cuándo se enferma usted ¿quien le gusta que le cuide?

-Pues principalmente cuando yo estoy enferma, mi mamá me siento más en confianza.

¿Por qué?

-Por la confianza y la manera, sea porque, cuando yo estuve enferma mi mamá, cuando mi hijo estuvo enfermo mi mamá, me cuidaba los niños porque tenemos una relación buena.

¿Nos podría platicar algo en específico o algo breve acerca del padecimiento o de su hijo?

-Éste y de que, de todo el proceso que pasó el niño o desde que tuvo la leishmaniasis.

Desde que tuvo la leishmaniasis

-E bueno el niño era tenía año y ocho meses cuando el niño empezó a presentar fiebre diarrea y así mucho vómito constantemente se le quitaba así lo llevaba al centro de salud o al hospital ya medicamentos y se le quitaba, pero el estómago no bajaba el nivel era muy exagerado del estómago me decía la gente, mira el niño tiene parásitos, yo le decía: que si porque acá desgraciadamente en este pueblo, que estamos la gente es muy juzgona no sé porque es así acá, a veces yo sentía que era una manera de burla, me decían mira el niño está bien panzudo porque así me decían, yo me sentía mal, a veces hasta lloraba, no en la manera que me diera vergüenza yo, yo no me avergüenzo de mis hijos en la manera de que ellos lo decían bruscamente de esa manera, entonces yo buscando el medio yo lo llevaba le digo, es paciente de pediátrico yo lo llevaba y ella me salía y el diagnostico era que tenía parásitos, le daban desparasitantes y sí sacaba cantidades de parásitos, pero no lombrices estos eran bichitos pequeñitos se envolvía en un nivel, el niño bajaba su estómago, pero ya después presentó otra vez la fiebre abundante, pero muy muy muy exagerada, llegaba grados ya éste altos, bueno entonces yo estaba ese día ya desesperada verdad, acabamos con todo.

Desgraciadamente teníamos un lugar donde construir nuestra casita, pero con enfermedad de el niño, que desde que nació está enfermo tuvimos que deshacernos de eso, teníamos un poco de alhaja y todo también se perdió, decía yo no me importa lo que importa es que el niño o bien, yo estaba más delgada que ahorita porque yo me acabe, automáticamente me acabe y, ya nosotros ya por eso también por eso, por eso de la enfermedad también le digo que es duro, hay veces que también por eso se destruye pues cómo va viviendo uno o a veces el hogar, no en la manera de que su esposo va a salir huyendo, de la manera que

yo sufrí en esta manera a mí y mi esposo se desesperaba, él tomaba mucho tomaba mucho por eso, yo le decía a veces yo le decía y también me desespera, y yo era puro llorar caí en un nivel de depresión por no saber realmente qué era lo que tenía el niño, y mi esposo tomaba, eso me deprimía más me daba más tristeza ver al niño tirado en la cama, ver esposo borracho, ver a mi otro hijo reclamando me porque quería más a mi otro hijo que al niño, porque decía que lo quería más al niño y yo me sentía mal en esa manera que no había apoyo verdad, y le decía a mi esposo tú eres un cobarde y tú te refugiadas en el alcohol y yo conque me refugio piensas, que yo me voy a trincar a tomar ese no es un acto, eso es cobardía, fui entendiendo poco a poco yo ese día estaba sola, él no estaba, estaba trabajando en San Cristóbal cuando pasaron, y el doctor me vio desesperada y me cuento los padecimientos del niño y su proceso de evolución, y me dijo Sra. No la quiero alarmar pero creo que su hijo tiene leishmaniasis, qué es eso le dije, pues yo nunca había escuchado verdad y me empezó explicar de qué venía, de que provenía y yo me alarme me asusté, porque me dijo si no se detecta a tiempo es una enfermedad mortal, y yo le dije no, sólo eso falta porque sólo así le dije, entonces lo llevamos a urgencias, me llevó en el carro, me llevó el doctor.

El médico llegó a la casa y me dijo; vámonos ahorita, pero ahorita dice, al hospital yo estaba lavando y a mí no me importó que yo dejara mis que aceres, después de la prueba me dijo el médico Sra. Sí, el niño salió positivo, este a los dos días me visito nuevamente el médico y vino rápido, porque salió positivo me volvió a llevar al hospital nuevamente en el carro para la aplicación de los medicamentos o el tratamiento, eran 20 ampolletas y me explico que son caras y pues gracias a Dios que el niño como lo vieron que lo tenía y era yo de bajos recursos se lo otorgaron, y sí y me dieron la ventaja y le doy gracias a Dios que la ventaja de que acá en el hospital fue hablar el médico con el director del hospital para que el niño le pusieran el tratamiento acá en Acala, yo bajaba del diario con la pediatra ahí estaba era una Doctora muy buena, porque dijo que el tratamiento era difícil, porque el niño es fuerte pues, pero ya perdí el apetito le volvía a dar vómito me explicó el doctor todo el proceso del tratamiento, y yo le dije que sí aceptaba pues, y me dijo el doctor sí señora nada más que le voy advertir una cosa, usted ha sufrido mucho con el niño pero, este tratamiento es difícil porque muchos no lo hacen, porque le va a dar lástima, que del diario va a ser la aplicación de las ampolletas, y sí me daba mucha tristeza ver al niño pero me dijo: mucho cuidado Señora porque si usted va cinco ampolletas y dice; “mi hijito pobrecito no lo voy a llevar” bueno no mañana no va a servir, no va a servir porque ya está un poco desarrollado, pues vamos a ver cómo el niño que evoluciona, y yo dije que sí ya por momentos decía eso verdad pero como me decía no nono me tengo que quedar yo lo llevaba con engaños al niño yo, lloraba él me decía que no quería ir, yo le decía vamos a ir a ver al payaso, y me lo llevaba, hasta que salió gracias a Dios, cuando el niño salió de

su tratamiento, el niño cumplió tres años y terminamos el 4 de mayo, ese día fue en su cumpleaños.

¿El 4 de mayo de que año?

-E todavía tengo y el papel pero lo tengo que buscar fue del 2011 me parece todavía lo guardó el papel, está bien viejito bien ajado pero lo tengo todavía, los tengo no como, yo lo considero que lo tengo por acordarme, todos esos papeles los tengo en una carpeta para no me pierda la fecha, no como dicen a veces no qué para que lo tienes mejor que malo, no lo recuerdes, no no son malos recuerdos malos recuerdos yo no les llamo les dije, porque ya salí de eso yo, lo llamo por decir así lo llamo como algo que me ayuda a seguir adelante yo así lo tomé, porque sí digo voy a tomar en ese sentido es como si tuviera yo echándome mentiras mí misma porque no, le digo que no que necesito sacar adelante el niño, después del caso de el niño habian propuestas de doctores para establecer un centro médico en la comunidad, mis respetos para el doctor que impulsaba esto pero antes de cumplir el proyecto el doctor falleció, la propuesta era que yo difundiera la experiencia de vida que avía tenido con esta enfermedad, y alguien sepa si se siente así como yo me sentí, en ese momento perdida sin esperanza, que si se puede, principalmente como siempre y habiendo personas que nos brindaron su ayuda que nos dan la mano, porque a veces me platicaba el doctor que había tratamientos de personas con esta enfermedad que también los apoyaban, pero ellos no seguían el tratamiento como debe de ser, y yo me pregunto si estas personas que dejaban tirados los tratamientos no quieren a sus hijos, no quieren a sus hijos le digo, porque a mi si me dolía verlo a mi hijo sufrir, como cualquier Madre y considero que así les duela tal vez a las personas que las dejan tirados los tratamientos, pero no es que si uno lo deja no habrá otra oportunidad.