

ORIGINAL

Representaciones sociales sobre la salud y la enfermedad de la población adulta de Guadalajara, México

Teresa Margarita Torres López*, Jazmín Aranzazú Munguía Cortés, Blanca Elizabeth Pozos Radillo y María de los Ángeles Aguilera Velasco

Departamento de Salud Pública, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, México

Recibido el 3 de julio de 2008; aceptado el 8 de julio de 2009

PALABRAS CLAVE

Salud;
Enfermedad;
Representaciones
sociales

Resumen

Objetivo: Identificar el contenido y la organización de las representaciones sociales sobre el concepto de salud y enfermedad de la población adulta de Guadalajara, México, y describir diferencias entre los puntos de vista de los varones y mujeres de los grupos estudiados.

Metodología: Diseño cualitativo con uso de métodos asociativos para la recolección del contenido y organización de una representación social: los listados libres y los cuestionarios de comparación de pares.

Participantes: Varones y mujeres habitantes de la ciudad de Guadalajara, México, seleccionados por muestreo propositivo. El análisis generó grafos de palabras sobre la organización de las representaciones sociales de la salud y la enfermedad.

Resultados: En el concepto de salud hay una visión holística que incluye aspectos físicos, emocionales y espirituales. La limpieza es un elemento básico en la prevención de la enfermedad, así como el desarrollo de un trabajo. Los varones destacaron la importancia de no tener vicios, mientras que las mujeres resaltaron el tener buenas relaciones interpersonales. En el concepto de enfermedad se destacó una visión biológica y social que incluye aspectos como la deficiencia física, los estados emocionales alterados, así como el tratamiento y la atención de la enfermedad. Los varones señalaron los gastos económicos que implica su atención, las mujeres señalaron el agotamiento que conlleva el trabajo de atención de los enfermos.

Conclusiones: Las propuestas para la práctica educativa en salud son la inclusión de la visión de género, el respeto de creencias religiosas, el control emocional y los cuidados integrales.

© 2008 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

*Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: ttorres@cencar.udg.mx, ttorres@cucs.udg.mx (T.M. Torres López).

KEYWORDS

Health;
Disease;
Social representations

Social representations on the health and disease of an adult population from Guadalajara, Mexico**Abstract**

Objective: The aim of the study was to identify the content and the organization of social representations on health and disease of an adult population of Guadalajara, Mexico, and to describe differences between the points of view of men and women.

Methodology: The methodology was structured focus groups of the social representations: associative methods of open listing and paired comparisons were used. The participant population was men and women of Guadalajara city, Mexico. They were selected by purpose sampling. The final analysis generates graphs of words on social representations organization of health and disease concepts.

Results: The health concept had a holistic vision; including physical, emotional and spiritual aspects. Cleaning and to have a job is fundamental for prevention of disease. Men emphasise not having bad habits and women great interpersonal relationships. The disease concept includes biological and social points of view, such as physical deficiency, altered emotional status, the treatment and care of disease. Men emphasised the economic expense of medical care, and the women, the physical exhaustion of caring for sick people.

Conclusion: The proposals for the health educational practice are the inclusion of the gender point of view, respect for religious beliefs, emotional control and integral care.

© 2008 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Desde diferentes disciplinas se ha demostrado que en diversos pueblos del planeta las percepciones de buena y mala salud se encuentran culturalmente construidas¹. Algunos autores indican que la salud puede definirse desde diferentes puntos de vista: no enfermedad, ausencia de enfermedad, reserva, comportamientos, estilos de vida, bienestar físico, energía, vitalidad, relación social, función y bienestar psicosocial².

Los estudios sobre la conceptualización de la salud destacan un creciente interés por la perspectiva de las personas que no cuentan con formación académica en el campo de la salud, es decir, de los profanos o legos. Algunos de éstos se enfocan a las ideas, significaciones, experiencias y representaciones en el área³.

Las representaciones sociales se presentan como una alternativa de aproximación al estudio de los conceptos de salud y enfermedad. Abric⁴ las define como un conjunto organizado y jerarquizado de juicios, actitudes e informaciones que un grupo social ha elaborado a propósito de un objeto social. Este objeto es reconstruido en un sistema simbólico que es interiorizado por parte de los miembros de un grupo, que lo reproducen y lo comparten. Así, las representaciones sociales funcionan como un sistema de interpretación de la realidad, que rige las relaciones de los individuos con su entorno físico y social. Además de que determina sus comportamientos o sus prácticas.

Una de las funciones de las representaciones sociales es la de permitir entender y explicar la realidad. El saber práctico del sentido común permite a los actores sociales adquirir conocimientos e integrarlos en un marco asimilable y comprensible para éstos, en coherencia y funcionamiento

cognitivo y con los valores a los que se adhieren. La segunda función es la de definir la identidad y permitir la salvaguarda de la especificidad de los grupos. Permiten elaborar una identidad social y personal compatible con los sistemas de normas y valores social e históricamente determinados.

La tercera función es la de guiar los comportamientos y las prácticas, ya que la representación interviene en la definición de la finalidad de la situación⁴.

La salud y la enfermedad fueron temas centrales desde este enfoque teórico. Bovina⁵ ha realizado una revisión interesante de éstos, además de los realizados con la población joven afroamericana de Estados Unidos⁶ y jóvenes sin vivienda de Alemania⁷, y con la población de la tercera edad también de Alemania⁸.

En la población española se tienen los estudios sobre representaciones sociales de la salud y la enfermedad realizados por Conde y Concha⁹, Conde¹⁰ y Conde y Marinas¹¹ con población adulta femenina, masculina y con adultos mayores.

En cuanto a la población mexicana se tiene el estudio realizado por Berenzon y Mora¹² sobre las percepciones de la población adulta acerca de sus padecimientos. Se encontró una visión global que abarca toda la esfera vivencial del individuo, lo que incluye tanto aspectos físicos como emocionales.

El objetivo del presente estudio fue identificar el contenido y la organización de las representaciones sociales sobre el concepto de salud y enfermedad de la población adulta de Guadalajara, México, así como describir diferencias entre los puntos de vista de varones y mujeres de los grupos estudiados. El fin último es generar elementos que permitan fundamentar programas de educación para la salud.

Material y métodos

Diseño

El estudio fue cualitativo y se apoyó en métodos asociativos. La metodología del enfoque estructural de las representaciones sociales las considera como un conjunto de *cognemas* (términos del vocabulario que las personas utilizan para referirse a un objeto social determinado) organizados por múltiples relaciones que pueden ser orientadas y sistematizadas. Las 3 fases metodológicas son las siguientes: a) obtención de información para identificar el contenido de la representación social; b) descripción de la organización y la estructura de una representación, y c) verificación de la centralidad de la representación. En este estudio se desarrollaron las 2 primeras fases⁴.

El trabajo tuvo 2 recolecciones sucesivas de datos entre los meses de enero a agosto del año 2007, una con la técnica de listados libres y otra con la técnica de cuestionario de comparación de pares.

Muestra y participantes

En la primera fase se entrevistaron 60 informantes y en la segunda fase se entrevistaron 39, lo que representa un total de 99 informantes. El tamaño de la muestra se basó en el supuesto del modelo de consenso cultural de Romney, Batchelder y Weller¹³ para el estudio de patrones culturales. El supuesto plantea que en los estudios de descripción cultural, el tamaño de la muestra no debe ser grande, debido a que la correlación promedio entre informantes tiende a ser alta. Weller y Romney¹⁴ indican un tamaño mínimo de 17 informantes, al ser la muestra de la población participante mayor a este número se consideró que se cumplió con el criterio de suficiencia y de saturación de la información.

Se incluyeron varones y mujeres habitantes de la ciudad de Guadalajara, México, específicamente de una zona de clase media. Se integró una muestra de tipo propositivo¹⁵. Los criterios para su selección fueron los siguientes: ser mayores de edad, habitar en la ciudad de Guadalajara y la inclusión de ambos sexos. Éstos fueron abordados en la vía pública ya que se pretendía obtener la visión de la población abierta, dado el carácter exploratorio del estudio. Los participantes fueron 55 mujeres y 44 varones (99 personas en total), de edades entre 30 a 70 años, con una media de 47,6 años para los varones y de 44,1 para las mujeres. El mayor número de personas (67%) se ubicó en el grupo de edad de 36 a 50 años. El 60,6% reportó tener algún tipo de enfermedad crónica (cáncer, colesterol alto, diabetes, gastritis, problemas de la circulación, glaucoma, hipertensión arterial e insuficiencia renal) con períodos de evolución de 6 meses a 24 años. Todas las personas participaron en forma voluntaria y se garantizó la confidencialidad y el anonimato en el tratamiento de la información. Se les aclaró cualquier duda que surgió de los procedimientos, riesgos y beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación y datos personales, se les indicó que podían abandonar el estudio en el momento que quisieran; sin embargo, todas las personas abordadas participaron en todo el proceso. El tiempo de aplicación en la primera fase no pasó de 5 min, mientras que en la segunda fue de 10 a 15 min.

Las técnicas de recolección de datos¹⁶ fueron las siguientes: a) listados libres que consisten en proporcionar a los sujetos una palabra o término inductor (p. ej., las palabras salud o enfermedad) y pedirles que digan las palabras o frases con las que la asocian, y b) cuestionario de comparación de pares. Con las respuestas más frecuentes obtenidas en los listados libres, se elaboran 2 cuestionarios: uno para el concepto de salud y otro para el de enfermedad. Este segundo instrumento permite a los entrevistados hacer una valoración de los términos seleccionados para formar pares con ellos.

El análisis de datos fue el siguiente: a) listados libres: las palabras se registraron en el programa Excel, se contabilizaron y se clasificaron sobre la base de 2 categorías: los elementos descriptivos (incluyó aspectos como léxico, vecindad y composición) y las prácticas (referido a acciones y funciones), y b) comparación de pares: los datos se analizaron por medio de la obtención del índice distancia, que evalúa la relación de similitud y la relación de antagonismo o de exclusión. Una vez obtenidos los diferentes índices de distancia se procedió a su vaciado y se los organizó de mayor a menor en tablas del programa Excel. Con esto se asegura privilegiar las relaciones más intensas (sean negativas o positivas). En cuanto a los índices de distancia generados a partir de la comparación pareada, se ubicaron entre los *cognemas* que conforman los diferentes grafos. Esto permite medir la intensidad de la diferencia observada entre 2 elementos, de esta forma se pueden hacer comparaciones entre los grupos estudiados.

Con los índices obtenidos en la relación de cada uno de los pares seleccionados se puede construir un grafo, que es una representación gráfica de la conexión de todos los *cognemas*⁴. El procedimiento para su construcción proviene de la teoría de grafos descrita por Doise et al¹⁷ y Abric¹⁸. En el proceso de análisis de la información participaron 4 investigadores en forma separada, los que llegaron a los mismos resultados; con esto se llevó a cabo el proceso de triangulación de la información.

El Comité Científico y de Ética del Instituto de Investigación de Salud Ocupacional del Departamento de Salud Pública del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara revisó este estudio y, en su momento, lo aprobó.

Resultados

Las palabras mencionadas por los informantes en la aplicación de los listados libres se describen en las tablas 1 y 2. El contenido del concepto de salud puede entenderse con los sinónimos de *bienestar* (una mujer indicó que “es estar bien en todas las esferas de la vida”) y *vida* (además de *no tener enfermedad*). Se compone de *actividad, energía, buena nutrición, estar bien y ser feliz*, se destaca el aspecto espiritual para las mujeres y el religioso para los varones. Entre las acciones que facilitan esta salud se encuentran el *tomar agua, tener buena alimentación, hacer ejercicio, condiciones mentales como ser positivo y tener paz*; aspectos físicos como son el *ejercicio y dormir bien*. Por su parte, los varones agregaron *no tomar alcohol* y *no tener vicios* (1 varón indicó: “los vicios te destruyen”). Las funciones que se derivan de estas prácticas son las de *sentirse a gusto, sentirse*

bien física y mentalmente, las mujeres agregaron además el tener buenas relaciones con otras personas.

En el caso del concepto de enfermedad los sinónimos citados fueron *morbilidad, lo opuesto a la salud y deficiencia física*. En cuanto a la composición del concepto mencionaron el *agotamiento, cansancio, desgano, dolores y malestares*. En otras palabras asociadas incluyeron términos que hacen referencia a enfermedades y a su tratamiento. Las prácticas derivadas de la enfermedad son los cuidados y la atención médica, las mujeres incluyeron el *apoyo familiar*, mientras que los varones los *gastos económicos* que la atención de la enfermedad implica (1 varón dijo: “implica gastos en medicinas, tratamiento e incluso operaciones”). En cuanto a las funciones, se incluyó la

muerte, y sentimientos negativos como el *miedo* y la *angustia*, entre otros.

En cuanto a la organización de palabras o *cognemas* de cada uno de los conceptos, ésta se presenta en las figuras 1 a 4. En la primera se presenta la organización de conceptos en torno la salud desde el punto de vista de las mujeres. Para éstas el término central fue el de *trabajo* (una mujer dijo: “estando sano se puede trabajar”) lo que sumado al *amor, bienestar, alegría y limpieza* conforman la asociación con mayor puntuación en el índice de distancia. Para las mujeres el contar con un trabajo, así como el vivir en un entorno confortable con bienestar, alegría y amor (además de que sea limpio) es representativo del concepto de salud.

Tabla 1 Palabras de mayor frecuencia obtenidas en los listados libres sobre el concepto de “salud” en población adulta

	Mujeres	% ^a	Varones	% ^b	
<i>Descriptivos</i>					
Léxico	Bienestar	6,6	Bienestar	2,9	
	Vida	2,7	Contrario a enfermedad	8,6	
Composición	Actividad	1,3	Actividad	1,4	
	Alegría	5,3	Estar nutrido	1,4	
	Amor	2,7	Alegría	1,4	
	Energía	2,7	Amor	2,9	
	Estar bien	5,3	Salud mental	2,9	
	Felicidad	2,7	Salud física	1,4	
	Estar bien espiritualmente	2,7	Salud religiosa	1,4	
Vecindad	Economía	1,3	Trabajo	1,4	
	Limpieza	2,7	Limpieza	1,4	
	Hospital	1,3	Hospital	5,7	
	Medicina	4,0	Medicina	5,7	
	Trabajo	2,7	Médico	5,7	
	Médico	2,7			
<i>Prácticas</i>					
Acciones	Tomar agua	1,3	Aseo personal	1,4	
	Buena alimentación	8,0	Buena alimentación	5,7	
	Ver al médico	1,3	Descansar	2,9	
	Dormir bien	1,3	Diversión	2,9	
	Hacer ejercicio	8,0	Dormir	2,9	
	Comer frutas	1,3	Hacer ejercicio	11,4	
	Jugar	1,3	Lavarse los dientes	1,4	
	Optimismo	1,3	No desvelarse	1,4	
	Tener paz	1,3	No preocuparse	2,9	
	Divertirse	1,3	No tener vicios	1,4	
	Prevención	1,3	Relajación	1,4	
	Ser positivo	1,3	No tomar alcohol	4,3	
	Respirar bien	1,3			
	Funciones	Sentirse a gusto	1,3	Ser positivo	1,4
		Buenas relaciones familiares o amistosas	4,0	Sentirse estupendo	1,4
		Sentirse bien físicamente	2,7	Tener tranquilidad	2,9
Mirar al futuro		1,3	Tener seguridad	1,4	
Tener seguridad		1,3			
Sentirse viva		4,0			
Tener tranquilidad					

^aDe un total de 75 términos, otros términos no incluidos 8,5%.

^bDe un total de 70 términos, otros términos no incluidos 5,9%.

Tabla 2 Palabras de mayor frecuencia obtenidas en los listados libres sobre el concepto de “enfermedad” en población adulta

	Mujeres	% ^a	Varones	% ^b
<i>Descriptivos</i>				
Léxico	Morbilidad	1,0	Deficiencia física	2,0
	Opuesto a salud	1,0		
Composición	Agotamiento	2,0	Agotamiento	2,0
	Cansancio	2,0	Cansancio	2,0
	Decaimiento	2,0	Dolor	6,0
	Desganado	1,0	Malestar	4,0
	Dolor	7,1	Presión alta	2,0
	Malestar	2,0	Fiebre	2,0
			Gravedad	2,0
Vecindad	Cama	2,0	Cama	2,0
	Enfermera	1,0	Hospital	2,0
	Farmacia	1,0	Seguridad Social	2,0
	Hospital	4,0	Doctor	2,0
	Doctor	6,1	Cáncer	6,0
	Reumatismo	1,0	Diabetes	4,0
	Sida	1,0	Gripe	2,0
	Colitis	2,0	Neumoconiosis	2,0
	Depresión	3,0	Pancreatitis	2,0
	Diabetes	1,0	Medicina	6,0
	Cáncer	2,0	Instrumental	
	Estrés	1,0	médico	2,0
	Drogas	1,0	Dinero	4,0
	Inyecciones	2,0	No trabajo	2,0
	Medicina	3,0		
	Dinero	2,0		
	Problemas	2,0		
<i>Prácticas</i>				
Acciones	Cuidados	1,0	Atención médica	2,0
	Descuido	1,0	Cuidados	6,0
	Apoyo familiar	1,0	Gastos	2,0
	Alivio	1,0	Contagio	2,0
	Duelo	1,0	Tomar agua	2,0
Funciones	Muerte	3,0	Muerte	2,0
	Angustia	7,1	Miedo	2,0
	Cambio de vida	1,0	Angustia	2,0
	Desequilibrio	3,0	Nerviosismo	2,0
	Desesperación	3,0	Incapacidad	2,0
	Enojo	1,0	Inconsciencia	2,0
	Miedo	3,0	Tristeza	4,0
	Tristeza	4,0	Preocupación	2,0
	Incapacidad	2,0	Sufrimiento	2,0
	Inestabilidad	2,0		
	Sufrimiento	3,0		
	Remordimiento	1,0		

^aDe un total de 99 términos, otros términos no incluidos 7,08%.

^bDe un total de 50 términos, otros términos no incluidos 4%.

En la figura 2 se presenta la organización de *cognemas* realizada por los varones. Para éstos la *limpieza* es el término central, que junto al *trabajo*, *amor* y *alegría* conforman la asociación más importante. Es decir, para los varones la salud es una situación de higiene

(o limpieza) dentro de un entorno donde se cuenta con un trabajo y existen condiciones de expresión de amor y de alegría.

En la figura 3 se presenta la organización de *cognemas* para el concepto de enfermedad desde el punto de vista de

las mujeres, donde el término central fue *muerte*. Éste fue asociado a los de *agotamiento*, *dinero*, *tristeza* y *angustia*. Así, para las mujeres el concepto de enfermedad tiene implicaciones de trabajo personal aunado a estados emocionales negativos como son la angustia y la tristeza.

En la **figura 4** se presenta la organización de términos en torno al concepto de enfermedad desde la perspectiva de los varones. Ahí el *cognema* central es *dinero*; término al que se encuentra asociado a la *muerte*, el *dolor*, los *cuidados*, así como al actor de estos cuidados (*doctor*). Para los varones, pues, la principal representación de la

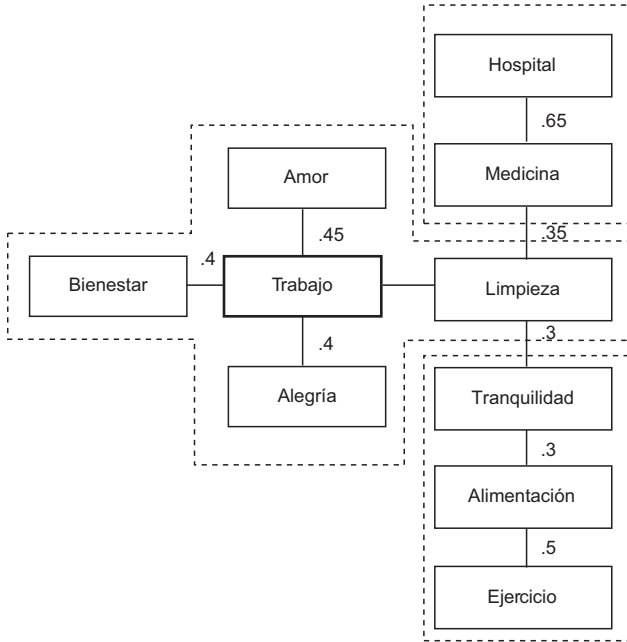


Figura 1 Índice de distancia del concepto de salud de las mujeres. Fuente: cuestionario de comparación de pares.

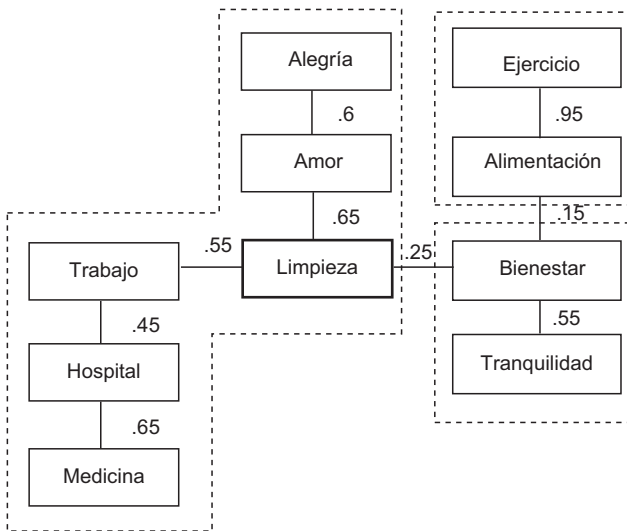


Figura 2 Índice de distancia del concepto de salud de los varones. Fuente: cuestionario de comparación de pares.

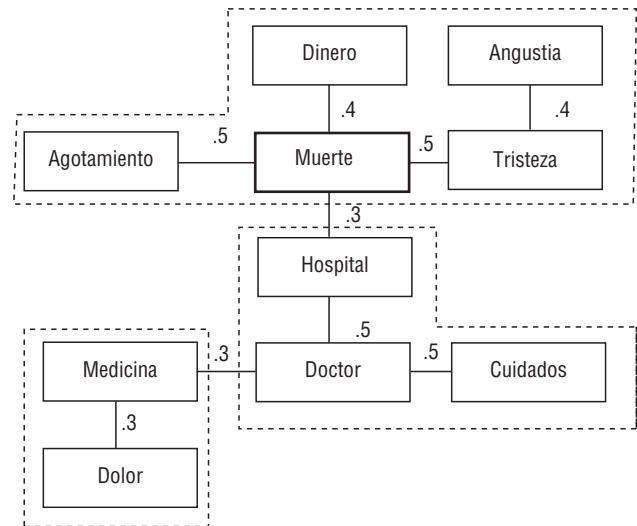


Figura 3 Índice de distancia del concepto de enfermedad de las mujeres. Fuente: cuestionario de comparación de pares.

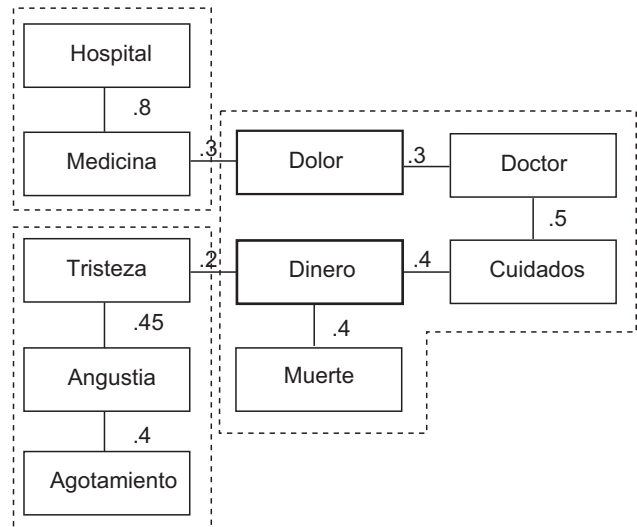


Figura 4 Índice de distancia del concepto de enfermedad de los varones. Fuente: cuestionario de comparación de pares.

enfermedad se encuentra en los gastos económicos que implica la atención de ésta.

Discusión

Los resultados muestran en el concepto de salud una visión holística que incluye aspectos físicos, emocionales y espirituales; al igual que lo encontrado por otros autores². Los elementos más importantes del término se encuentran en la limpieza o higiene como un elemento básico en la prevención de la enfermedad, así como el desarrollo de un trabajo como un identificador de que se cuenta con buena salud. En cuanto a la visión de sexo, los varones destacaron el no tener vicios (como el consumo de alcohol), así el estilo de vida representa en gran medida una de las causas de la enfermedad¹⁰. Las mujeres resaltaron el tener buenas

relaciones interpersonales al igual que lo reportado por Conde y Concha para las mujeres españolas⁹.

En esta concepción de la salud se observa un sentido de responsabilidad centrado en lo individual aun cuando los aspectos sociales se mencionan como parte del entorno. Resaltan dentro de esta perspectiva algunos elementos ausentes como la promoción y el desarrollo de la salud.

En el concepto de enfermedad se destaca una visión biológica y social que incluye aspectos como la deficiencia física, los estados emocionales alterados, así como el tratamiento y la atención de la enfermedad. Desde el enfoque de las representaciones sociales, la enfermedad se considera una experiencia subjetiva que integra lo biológico y lo social. Dentro de lo social se ubica el sistema de interpretación propio de cada cultura que lleva al reconocimiento, identificación y posterior tratamiento de un padecimiento¹⁹.

Los elementos más importantes del concepto de enfermedad se ubican en los gastos económicos que implica su atención, así como en la consecuente muerte del que la tiene. Los varones dieron mayor importancia a los gastos y las mujeres al agotamiento que conlleva el trabajo de atención a los enfermos. Esto puede tener relación con el rol de cuidadora de los enfermos, que por ser mujeres es socialmente establecido en nuestro contexto. Las diferencias observadas desde las visiones de género llevan a considerar distintos acercamientos al proceso preventivo y de tratamiento de la enfermedad. Así, el uso de esta perspectiva permitiría analizar las formas simbólicas de que se vale la cultura para institucionalizar las diferencias entre varones y mujeres²⁰ e implementar en la práctica educativa la inclusión de los enfoques masculino y femenino.

La visión de muerte del concepto de la enfermedad no se ha observado en otros estudios^{11,12}. Con esto se refuerza el carácter cultural del término, ya que los sistemas de significados sobre la enfermedad de los mexicanos llevan a moldear la experiencia (real o subjetiva) de tener una enfermedad. Esto condiciona sus percepciones e interpretaciones² al respecto; además de que podría influir en sus prácticas de atención (o de no atención).

Los elementos para considerar en los programas educativos serían el respeto de creencias religiosas, las formas de control emocional y los cuidados integrales²¹.

Este trabajo muestra algunas limitaciones, como la falta de un abordaje plurimetodológico, ya que sólo se usaron métodos asociativos y no conversacionales (como grupos focales o entrevistas individuales). Otra limitación fue la falta de triangulación de información con los participantes, lo que no fue posible ya que no era una población cautiva. La última limitación fue el énfasis en los elementos cognitivos, así no se consideraron los niveles de análisis grupal y las prácticas. Sin embargo, la metodología empleada presenta la ventaja de utilizar técnicas de aplicación y análisis de resultados en forma más rápida que las utilizadas en los estudios cualitativos tradicionales, por lo que la transferibilidad metodológica podría resultar de interés en otros campos de la atención primaria de salud, mientras que la transferencia de los resultados sólo puede considerarse en poblaciones con características sociales y culturales similares a la de los informantes seleccionados.

Lo conocido sobre el tema

Las concepciones sobre salud y enfermedad de los legos son diferentes a la visión científica.

Las representaciones sociales varían de acuerdo al contexto de las personas.

Existen pocos estudios sobre el tema en la población latinoamericana.

Qué aporta este estudio

Las representaciones sociales sobre la salud y la enfermedad muestran una visión global, no sólo aspectos biomédicos.

La representación social de la enfermedad centra su significado en los gastos económicos que su atención implica y en la muerte.

Existe una visión diferenciada por sexo de los conceptos de salud y enfermedad.

Bibliografía

1. Flores-Guerrero R. Salud, enfermedad y muerte desde la Antropología sociocultural [consultado 27/4/2009]. *Revista Mad.* 2004;10:1-8. Disponible en: <http://www.revistamad.uchi.cl/10/paper03.pdf>
2. Colomer C, Alvarez-Dardet C. Promoción de la salud y cambio social. Barcelona: Masson; 2001 p. 3-12.
3. Herzlich C, Pierret J. De ayer a hoy: construcción social del enfermo. *Cuadernos Médico Sociales.* 1988;21-30.
4. Abric JC. Prácticas y representaciones sociales. México: Ediciones Coyoacán; 2001 p. 11-32.
5. Bovina IB. Représentations sociales de la santé et de la maladie chez les jeunes russes: "forcé" versus "faiblesse". *Papers on Social Representations.* 2006;15:5.1-1.
6. Ravenell JE, Johnson WE, Whitaker EE. African-American men's perceptions of health: a focus group study. *Journal of National Medical Association.* 2006;98:544-50.
7. Flick U, Röhsch G. Idealization and neglect: health concepts of homeless adolescents. *J Health Psychol.* 2007;12:737-49.
8. Flick U, Fischer C, Neuber A, Schwartz FW, Walter U. Health in the context of growing old: Social representations of health. *J Health Psychol.* 2003;8:539-56.
9. Conde F, Concha G. La evolución de las representaciones sociales sobre la salud de las mujeres madrileñas, 1993-2000. *Rev Esp Salud Pública.* 2002;76:493-507.
10. Conde F. Las representaciones sociales sobre la salud de la población activa masculina de la Comunidad de Madrid. Madrid: Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud, Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, Comunidad de Madrid; 1995.
11. Conde F, Marinas JM. Las representaciones sociales sobre la salud de los mayores madrileños. Quinta monografía del Programa de Investigación del Sistema de Indicadores de Salud de carácter sociocultural. Madrid: Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud, Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, Comunidad de Madrid; 1997.
12. Berenson S, Mora J. Los padeceres emocionales cotidianos: percepciones y creencias en dos poblaciones de la ciudad de México. *Investigación en Salud.* 2005;7:181-7.
13. Romney AK, Batchelder WH, Weller DC. Recent applications of consensus theory. *Am Behav Sci.* 1987;31:163-77.

14. Weller SC, Romney AK. Systematic data collection. Newbury Park: Sage Editorial; 1988.
15. Arcury T, Quandt S. Qualitative methods in arthritis research: Sampling and data analysis. *Qualitative Methods*. 1998;11: 66-74.
16. Ruiz JI, Ponce de León E, Herrera AN. Avances en medición. Evaluación en psicología y educación. Bogotá: Universidad del Bosque; 2001 p. 117-120.
17. Doise W, Clemence A, Lorenzi Cioldi F. The quantitative analysis of social representations. London: Harvester Wheatsheaf; 1993 p. 15-34.
18. Abric JC. Prácticas y representaciones sociales. México: Ediciones Coyoacán; 2001 p. 53-74.
19. Augé M. Biological order, social order: Illness, an elemental form of event. En: Augé M, Herzlich C, editors. The meaning of illness. Luxembourg: Harwood Academic Publishers; 1995. p. 23-70.
20. Lamas M. Usos, dificultades y posibilidades de la categoría de género. *La Ventana*. 1995;1:10-1.
21. Minayo C. Representações da cura no catolicismo popular. En: Alves PC, Minayo C, org. Un olhar antropológico. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994. p. 57-71.