

**CONCEPCIONES DE SALUD EN MUJERES QUE
TRABAJAN EN EL SECTOR FORMAL E INFORMAL
DE LA CIUDAD DE LEÓN, NICARAGUA**
**HEALTH CONCEPTS IN WOMEN WORKING IN THE
FORMAL AND INFORMAL SECTOR OF THE CITY OF
LEON, NICARAGUA**

Arlen Soto Vanegas

Centro de Investigación en Salud, Trabajo y Ambiente,
Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Nicaragua.
amsv80@yahoo.com

Fernando Conde Gutiérrez del Álamo

Comunicación Imagen y Opinión Pública (CIMOP),
Madrid, España.
fconde@cimop.com

Recibido: 01/03/2012

Aceptado: 16/05/2012

Resumen

Este artículo tiene como propósito dar a conocer cómo las mujeres de la ciudad de León-Nicaragua conciben, conceptualizan y describen la salud desde su propio contexto. Se realizó un estudio cualitativo con siete grupos de mujeres trabajadoras en la economía formal e informal. Por medio de un análisis de contenido y del discurso se identificaron cinco concepciones de salud: 1.Tradicional o campesina, 2.Maternal, 3.Social, 4.Equilibrio y 5.Biomédica. El conocimiento de estas concepciones podría ser utilizado para ajustar culturalmente los programas de prevención y promoción de salud en atención primaria en el país.

Palabras claves: desigualdades en salud; condición socioeconómica; bienestar familiar; salud física y mental

Abstract

This paper pretends to demonstrate how women in Leon, Nicaragua conceive, conceptualize and describe health from their own context. A qualitative study

was conducted with seven groups of women workers in the formal and informal economy. Through a content and discourse analysis five health concepts were identified: 1. Traditional or peasant, 2. Maternal, 3. Social, 4. Equilibrium and 5. Biomedic. Knowledge of these health concepts could be used to adjust culturally prevention programs and health promotion in primary health care in the country.

Keywords: Health Inequalities; socioeconomic condition; well-being; physical and mental health

INTRODUCCIÓN

Son pocos los estudios sobre conceptos de salud y enfermedad en mujeres, los estudios existentes demuestran que tales conceptos son culturalmente definidos y por tanto varían entre los países y sus normas sociales. Muchos conceptos identificados en la revisión bibliográfica incluyen elementos como: Estabilidad familiar, relaciones personales, nutrición y apariencia personal, mantenimiento de las actividades normales, espiritualidad y uso de plantas medicinales (Santas Kraatz 2001; Polakoff & Gregory 2002; Ailinger et al 2007).

El presente estudio fue realizado en la ciudad de León-Nicaragua considerada como una de las ciudades más antiguas, cuna de la cultura nicaragüense, que, debido al impacto de la globalización, sufrió una gran decadencia económica, que incidió de forma negativa en el sistema sanitario, y por ende en la búsqueda de nuevas alternativas de atención para la salud, tales como automedicación o el fortalecimiento de prácticas tradicionalmente utilizadas (Gorter et al. 1995; Ailinger et al. 2004; Aragón et al. 2001). La privatización y priorización de hospitales técnicamente avanzados y la desintegración del sistema público de atención primaria en salud son factores que han incidido en que el acceso al sistema de salud sea más difícil para las personas de escasos recursos económicos.

Este artículo tiene como propósito dar a conocer cómo las mujeres de la ciudad de León-Nicaragua conciben, conceptualizan y describen la salud desde su propio contexto histórico, cultural, social y político. El objetivo principal del estudio fue identificar la "percepción" y la "valoración" de los determinantes sociales de la salud en diferentes grupos sociolaborales y de ésta manera comprender comportamientos y reacciones sociales, personales ante los problemas de salud.

CONTEXTO SOCIAL Y TIPOS DE TRABAJO

León es la segunda ciudad más antigua de Nicaragua, con 300,000 habitantes, un 80% viven en la zona rural y el resto en campo, donde existen más limitaciones en las condiciones de vivienda y dificultades en el acceso a los servicios

básicos como el agua y la luz (INIDE 2008). Aproximadamente un 50% son mujeres. La población de León es joven y la mayoría es muy pobre, con dificultades para cubrir sus necesidades básicas como la alimentación.

Las opciones de trabajo para la mayoría de mujeres pobres del municipio están concentradas en el sector de la economía informal, específicamente en trabajos en el campo, trabajo doméstico y/o la venta en diferentes formas. Las mujeres con acceso a trabajos dentro del sector económico formal trabajan dentro de los servicios de salud y educación, y en menor grado en la manufactura en empresas, “maquilas”, de la zona franca.

El trabajo de *doméstica* consiste en realizar trabajos del hogar (lavar, planchar, cocinar y limpiar) para terceras personas, con el fin de percibir un ingreso económico más o menos estable. Es un trabajo que normalmente se realiza bajo un acuerdo verbal entre dos partes, sin un contrato escrito que garantice prestaciones sociales. El horario de trabajo oscila entre 8 y 12 horas.

El trabajo de la *venta* se refiere al ofrecimiento de productos de alimentación como frutas, verduras u otros artículos necesarios para el hogar. Puede realizarse en la calle, al aire libre, o en establecimientos fijos. Es un trabajo con una jornada diurna que dura aproximadamente 10 horas continuas y no cuenta con ningún tipo de prestación social.

El trabajo de la *mujer en el campo* consiste en apoyar al marido en la siembra de productos alimenticios y en el cuidado de la huerta. Realizan las tareas domésticas en el hogar y son las responsables del cuidado de la casa y los hijos. El grupo de mujeres del campo subraya las limitaciones para acceder a los servicios básicos, principalmente el acceso al agua, lo que incide directamente en su calidad de vida y salud.



Mujer vendedora de frutas y verduras. Mercado Central de León

Las mujeres que trabajan en la economía formal están representados en este estudio por las “maestras”, “enfermeras” y “trabajadoras de manufacturas” de la zona franca. Generalmente en este sector de la economía se integran personas con una educación superior y media. No obstante, lo que distingue esta economía de la economía informal es la **formalidad de contratación** que asegura el trabajo por un período de tiempo y conlleva la oportunidad de recibir atención médica gratuita y otros beneficios sociales.

El grupo de manufactura incorporado en este estudio realiza labores relacionadas con la elaboración de arneses (repuestos de vehículos). Tienen una jornada laboral de 10 horas aproximadamente y realizan sus actividades dentro de las instalaciones de la empresa donde se exponen a altas temperaturas, falta de ventilación y ruido.

Los grupos de enfermeras y maestras representados en éste estudio laboran en hospitales y escuelas respectivamente. Realizan su trabajo en ambientes cerrados, bajo techo. Este aspecto les permite gozar de mayor protección con respecto a las inclemencias ambientales.

METODOLOGÍA

La metodología utilizada en el estudio fue cualitativa, haciendo uso de la técnica dinámica de grupo. Este estudio fue realizado en dos etapas, una en el año 1998 y otra en el año 2004. Tomando como marco de referencia la perspectiva sociológica en el estudio de la salud.

Población y sujetos

La población de estudio fueron 52 mujeres habitantes de la ciudad de León, trabajadoras en los tres sectores económicos del país: Formal, Informal y Campesino, con las cuales se llevaron a cabo 7 dinámicas de grupo. Estos grupos fueron seleccionados de un total de 21 dinámicas de grupo (160 participantes) donde también participaron hombres.

Los criterios de selección de las participantes fueron: heterogeneidad de ocupaciones y pertinencia en términos de la división básica estructural informalidad/formalidad, con edades comprendidas entre 20-40 años. El muestreo fue basado en la técnica de bola de nieve, la cual consistió en tomar una lista de personas que se desenvolvían en las actividades laborales seleccionadas, quienes a su vez dieron referencia de otras personas que realizaban en el mismo tipo de trabajo.

En total se incluyeron cinco grupos ocupacionales distribuidos de la siguiente manera:

- Domésticas (1998)
- Vendedoras (1998 y 2004)
- Mujeres del campo (1998)
- Trabajadoras en zona franca (2004)
- Enfermeras y maestras (1998 y 2004). En el análisis de los datos, se analizaron las enfermeras y maestras como un grupo.

Recolección de información

Para la recolección de información se establecieron los contactos necesarios con cada una de las participantes. Una persona externa al grupo de investigadores se encargó de buscarles según los criterios considerados, explicando la meta y objetivos del estudio.

La técnica utilizada para la recolección de información fue la dinámica de grupo, basada en la pregunta inicial: “¿Cómo describen sus condiciones de vida, trabajo y salud?” Cada uno de los grupos iniciaba su descripción de diferentes maneras, en función de ello cada facilitador(a) (miembro del grupo de investigadores); daba secuencia al tópico y seguimiento a la discusión con preguntas que emergían en el desarrollo de la dinámica. En cada grupo participaron de 6 a 8 personas. Además del facilitador(a) participó un(a) observador(a), quien también formaba parte del grupo de investigación, su participación consistía en recopilar información de expresiones no verbales u otros aspectos funcionales del grupo.

Para la realización de los grupos se dispuso de un local lejano de su ambiente laboral, que prestaba las condiciones de tranquilidad y silencio necesarios. Además de ello se contó con los medios de grabación preparados en tiempo y forma. Estos al final de la dinámica fueron rotulados con el nombre del grupo y la fecha de realización. Se le solicitó autorización a los grupos para la grabación de la actividad, antes de introducirlos al local de reunión, además se les pidió que llenaran la ficha de registros de participación necesarios. La conducción de los grupos de discusión estuvo basada en las ideas centrales emanadas de los objetivos del estudio. El funcionamiento del grupo se estableció sobre la base de la flexibilidad, estableciendo las reuniones necesarias de acuerdo al tiempo disponible, horario y lugar más adecuado para los investigadores y las participantes.

Análisis de la información

El análisis de la información se inició con la transcripción literal de las grabaciones, respetando los ruidos, espacios de silencio y las diferentes opiniones tal y como fueron expresadas. Se hizo un análisis de contenido y del discurso

(Conde 2009). Se hizo una lectura “ordenada” de los textos transcritos (en función de las características de formalidad/informalidad, edad, tipo de trabajo de cada grupo). Se analizó el contexto en el que las participantes produjeron sus discursos, cómo los dijeron y su contenido implícito. Las diferentes concepciones sobre la salud emergieron del análisis del propio discurso de los grupos, una vez que el texto fue leído, codificado y categorizado.

El análisis permitió la identificación de expresiones que permiten explicar cada uno de los conceptos de salud (nombrados de manera empírica), así como los factores y determinantes familiares y sociales que influyen en cada una de ellas.

Consideraciones éticas

Como se ha mencionado en el texto, los investigadores informaron a los participantes sobre los objetivos, métodos y beneficios del estudio. Las participantes firmaron un consentimiento informado, que hace constar su deseo de participar voluntariamente en la investigación.

De igual manera, durante la realización de las dinámicas de grupo se solicitó autorización de los grupos para la utilización de grabadoras y videos, garantizándoles confidencialidad de los datos individuales en el manejo de la información durante su análisis y divulgación. Así, los datos personales como nombre y dirección fueron omitidos. No se divulgaron nombres de las empresas ni personas que brindaron información de las mismas, en el caso de las participantes que laboran dentro del sector formal de la economía. Los resultados finales no fueron alterados y serán utilizados para fines investigativos e intervenciones benéficas que contribuyan al mejoramiento de las condiciones de trabajo de la población de León en general y especialmente en los grupos de mujeres trabajadoras.

RESULTADOS

El análisis de contenido reveló cinco concepciones de salud:

1. Concepción tradicional o campesina
2. Concepción maternal
3. Concepción social
4. Concepción del equilibrio
5. Concepción biomédica

Concepción tradicional

Esta concepción de la salud está basada en criterios de moralidad, costumbres, tradiciones y creencias sólidas y con fundamento vivencial. El grupo de mujeres

que señalan con mayor énfasis esta concepción están muy enraizadas en creencias y tradiciones muy presentes en el ámbito campesino de León. Son personas que se dedican prioritariamente al trabajo del campo, en condiciones ambientales desprotegidas o a la intemperie.

En los discursos sobre la salud inspirados en esta concepción, a la hora de explicar el origen de los problemas de salud destacan el contraste entre lo frío y lo cálido, y lo húmedo y lo seco:

“La mayoría de nosotros nos enfermamos del trabajo que se hace en el campo, hay personas que vienen de otros lugares y si ellos se van a hacer algún trabajo en el campo, por lo menos jóvenes, y nosotros les decimos no se bañe porque usted anda agitado, entonces ellos hacen una pregunta ¿que cosa es agitarse?, nosotros como lo vivimos sabemos de que si nosotros nos vamos a la 6 de la mañana al campo y venimos a las 11 a la 1 del día nosotros no venimos en condiciones de mojarnos las manos, ni bañarnos, sabemos que nosotros fácilmente padecemos de artritis, de dolores en la espalda, canillas, de resfriado dolores de cabeza, maluqueras del cuerpo, tos (Grupo de mujeres campesinas).

El término “*agitado*” refiere la exposición solar o una labor agotante que no debe ser contrastada con el agua por su capacidad de daño a la salud, según se recomienda en las concepciones tradicionales que proscriben esta actividad una vez que se ha estado expuesto al sol. Esta concepción de salud puede tener una fuerte resonancia en la mayoría de los hogares de la ciudad de León, ya que posiblemente se tenga un mismo concepto y tradición sobre el contraste entre lo caliente y lo frío, lo húmedo y lo seco.

Concepción maternal (holística-global)

La concepción maternal de la salud es caracterizada por las mujeres como el bienestar asociado a un componente psicológico y a un vínculo emocional relacionado con el bienestar personal y familiar. Es una concepción relacional y holística de la salud con un fuerte componente simbólico y emocional de carácter familiar. Los grupos de mujeres que destacan esta concepción ofrecen discursos elaborados, ante todo, desde el rol de madres, destacando un alto grado de “responsabilidad por los cuidados” o protección. Los grupos que hicieron mayormente alusión a esta concepción fueron mujeres domésticas y vendedoras.

“Pero uno como dicen para que sus hijos no se enfermen uno tiene que estar atento a sus cosas, a sus alimentos, aunque sea una poquedad, pero como decía la compañera, que en realidad aunque uno no coma pero darle el bocado a su hijo”

“Uno se tiene que preocupar por la salud de sus hijos” (Grupo domesticas).

En estas expresiones las mujeres señalan como prioridad el cuidado de sus hijos, al punto que su salud es más importante que la de ellas. El bienestar de los hijos representa el bienestar de las madres. Las mujeres sugieren una devoción incondicional hacia sus hijos, sienten que “deben” vivir en función de ellos. Notemos como en la expresión mencionada la palabra “tener” implica “obligación” y “deber”. Dentro de los determinantes sociales de la salud se identificó que la posibilidad de contar con un trabajo permite a estas mujeres sentirse bien emocionalmente porque a través del ingreso que reciben pueden cubrir las demandas de sus hijos, de lo contrario experimentan sentimientos de depresión y ansiedad, lo cual a largo plazo puede repercutir en el deterioro de su calidad de vida.

Concepción social

La concepción social de la salud es descrita por las mujeres como un bienestar social colectivo que viene condicionado por dos cuestiones básicas: (1) el marco de las condiciones materiales inadecuadas (socioeconómicas e institucionales), y (2) el marco de redes y relaciones sociales.

Los grupos de mujeres que proponen esta concepción se caracterizan principalmente por la inestabilidad laboral y la carencia de ingresos económicos estables. Sin embargo, son mujeres que a través de su trabajo han creado y fortalecido relaciones de camaradería y apoyo social. Las mujeres que proponen esta concepción, en su mayoría, refieren enfermedades físicas y las relacionan constantemente con condiciones materiales inadecuadas: Ausencia de higiene y limpieza en el hogar; limitaciones económicas debido a bajos ingresos económicos; ausencia de trabajo; falta de acceso a los servicios de salud; y falta de apoyo del gobierno.

La posibilidad de *contar con un trabajo* es un aspecto social que la mayoría de las mujeres mencionan y no es extraño que la presencia o ausencia de éste incida directamente sobre la salud.

He estado en unos estados depresivos fuertes, no estoy acostumbrada a estar en la casa y eso me ha hecho caer en eso estados depresivos tan fuertes, para mi es terrible porque hay momentos en que se me vienen pensamientos que ustedes se pueden imaginar que lo que puede pensar una persona, sentirse así inútil que no aporta, que no ayuda, entonces uno se siente mal, se siente mal y está viendo las necesidades de la casa, está viendo que hay que pagar agua, hay que pagar luz, que los niños se les acabó el cuaderno, que hay que comprar esto, que fijate que el zapato que, entonces todo **eso me agobia a mí y la falta del trabajo me hace caer en mis estados depresivos** (Mujeres con diferentes oficios 2004).

Se puede observar como la falta de trabajo es percibida como un factor muy negativo que produce graves afectaciones en la salud mental. La condición social de desempleo genera sentimientos de inutilidad y devaluación personal, lo que produce angustia y estados depresivos, hasta el punto de tener ideas suicidas.

Otro de los determinantes sociales de la salud es la falta de apoyo del gobierno. Las mujeres perciben un “*desinterés del gobierno*” en apoyar los sistemas sanitarios y brindar una mejor atención de salud a la población.

“Yo estoy enferma, he estado enferma de los riñones, no tengo provisiones, este oído izquierdo me está punzando ya no hallo que hacer, tenemos una mala atención, no tengo para comprar medicamentos porque al Gobierno ni le interesa” (Grupo enfermeras y maestras 99)

El marco de redes sociales se refiere al entorno de relaciones personales y sociales y a las posibilidades de apoyo y solidaridad que se dan como producto de estas relaciones. Las mujeres sugieren que el apoyo social brindado por sus compañeras de trabajo en momentos difíciles genera un sentimiento de bienestar en ellas. Señalan también que el hecho de contar con el apoyo social y la solidaridad es sinónimo de gozar de buena salud, principalmente en el campo emocional y mental.

Esto indica que la presencia del apoyo social es un aspecto positivo para la salud, y aunque la vivencia del bienestar sea un resultante individual existe un marco colectivo que lo genera.

“Entonces yo considero que cuando nosotros nos sentimos así, desesperadas porque en el trabajo hay una serie de estrés, hay un momento en el que yo estoy haciendo los papeles y de pronto pierdo todo, Dios mío que hago, corro donde la una, te acordas como es esta cosa o sea, buscamos soluciones, somos, compartimos, el gremio del magisterio comparte con su alrededor, bueno y nosotros somos casi psicólogas, vuelvo a repetir nosotros arreglamos de todo” (Grupo maestras y enfermeras 2004).

“Para mí es muy importante el apoyo de mis compañeras y siempre gracias a Dios cuando he tenido algún problema siempre me lo han dado”. (Grupo maestras y enfermeras 2004).

Por lo que se ha manifestado en estas expresiones, es posible afirmar que en esta concepción de la salud el hecho de contar con un soporte o apoyo social permite sentirse bien, sentirse capaz de resolver los problemas y tener la seguridad de que pueden recurrir a alguien cuando se necesita.

Concepción de equilibrio

Esta es una concepción que se expresa a nivel más personal y se caracteriza por concebir la salud como el resultado de una homeostasis entre el trabajo, las demandas del hogar, la situación socioeconómica y la personalidad.

Los grupos de mujeres que hacen referencia a esta concepción son grupos que a pesar de estar dentro de la economía informal y enfrentar condiciones de intemperie y limitaciones económicas, se muestran más optimistas y dispuestos a la búsqueda de alternativas tanto en el campo laboral como en sus formas de vida.

Mi trabajo es de lunes a domingo, yo no descanso, y **también para no deprimirme tanto, yo busco como trabajar, como entretenerme en algo, porque si yo estoy así, o sea entre las situaciones económicas y las situaciones psicológicas, la depresión es un factor tremendo**, y entonces yo busco como, hasta acostarme rendida (Mujeres con diferentes oficios 2004).

Las participantes que expresan esta concepción de la salud señalan la “racionalización” como uno de los mecanismos que les permiten enfrentar las demandas del medio. Son conscientes de que no pueden evitar los problemas, pero sí pueden evitar la influencia negativa de éstos sobre su salud. La siguiente expresión deja ver las repercusiones en la salud física y psicológica que causan los problemas económicos, pero a su vez algunas formas de afrontamiento utilizadas por las mujeres para contrarrestar estos efectos.

Yo no podía dormir, te despiertas con aquella cosa, que paso buscando tantas, tantas respuestas a preguntas y entonces lo que **he buscado rendir en mi trabajo, buscar como trabajar bastante, para no poder pensar más allá en los problemas económicos que te agobian tanto** (Grupo de mujeres con diferentes oficios 2004).

Al comparar la concepción del equilibrio con la concepción social se puede observar que en la concepción del equilibrio se tiende a individualizar: el bienestar de la persona depende de sí misma. En cambio en la concepción social, el bienestar individual y colectivo depende de las condiciones materiales y redes sociales con las que se cuenta.

Concepción biomédica

La concepción biomédica se caracteriza por tres aspectos básicos: la salud como ausencia de enfermedad; la enfermedad como una cuestión básicamente orgánica, física; y una imagen del cuerpo personal como algo fragmentario. La concepción orgánica-médica es acentuada principalmente por los grupos de maestras y enfermeras. Son grupos que socialmente y laboralmente se encuentran más protegidos, con un nivel educativo formal más elevado, más inscrito en la vida urbana de León, en la economía formal y con mayor oportunidad de atender sus enfermedades.

En estos grupos de mujeres se utilizan términos propios del sistema sanitario para referirse a una enfermedad:

En lo personal yo actualmente **tengo artritis rematoidea**, en cuanto a mi problema de salud **tengo una extrasitola en el corazón que estoy con un tratamiento**, me toman un electrocardiograma para ir valorando pero a esto yo **no le presto mente**, porque si digo tengo esto, tengo lo otro, me siento hasta más enferma, **me tomo el tratamiento sigo adelante** (Grupo maestras y enfermeras 2004).

A diferencia de otras concepciones sobre la salud en las que la cura de la enfermedad se produce sin acudir a fármacos, por ejemplo, evitando el contraste frío-calor, en esta concepción la cura requiere medicamentos. Para estas mujeres la salud representa la ausencia de enfermedad como resultado de una práctica curativa previa en un “órgano” afectado.

“Estar sano es no tener ninguna enfermedad, comer bien, tener sus vitaminas” (Grupo de maestras y enfermeras).

Este grupo tiende a mantener una concepción más individualizada sobre la salud, se enfocan más en el estado de salud y las condiciones que les brindan a ellas como maestras, utilizando el término *sano* para definir un bienestar que les permite desarrollarse en su campo profesional.

“Atención para que uno como maestro este **sano completamente**, con más ánimo vos llegues a dar tu clase a las aulas de clase” (Grupo maestras y enfermeras).

“Un **maestro sano** puede hacer maravillas en su transmisión de conocimiento, en lograr sus objetivos frente a los alumnos” (Grupo maestras y enfermeras).

DISCUSIÓN

Los estudios sobre concepciones populares de la salud son menos frecuentes, en comparación con estudios sobre concepciones de enfermedades y curación. Antonovsky (1984) sugirió que el concepto fundamental del sentido de coherencia existencial es la fuente del salutogenesis, o el determinante básico de la salud. Se entiende este concepto como psicológico individual, basado en medidas psicométricas. El sentido de coherencia es fuertemente correlacionado con la salud percibida en distintas poblaciones y se considera igualmente como un predictor de la misma (Eriksson & Lindström 2006:379).

Bandura (1994:73) sostiene que la autoeficacia percibida de forma individual (confianza en su capacidad de ejecutar control sobre su funcionamiento y sobre eventos de la vida) tiene un rol en la promoción de la salud. Posadzki y Glass (2009) presentan una síntesis integrando los conceptos de la coherencia

de Antonovsky y la autoeficacia de Bandura para su consideración en la promoción de la salud.

Estos son algunos ejemplos de cómo la salud ha sido estudiada desde distintas perspectivas. En el presente estudio, el concepto de salud fue considerado en base a una definición de diferentes grupos ocupacionales, más que de forma individual. De igual manera se hace una descripción más empírica, cualitativa, sin bases psicométricas, pese a que en la búsqueda de definiciones de la salud se han construido también instrumentos psicométricos.

Laffrey (1986), por ejemplo, ha construido un instrumento para la evaluación de cuatro dimensiones de la salud: (1) clínica; (2) funcional (habilidades del individuo); adaptiva (flexible); y (4) “eudaimonístico” (capacidad de lograr éxitos de la vida). Estas dimensiones son parcialmente diferentes de las que hemos identificado en este estudio y son basadas en un diferente contexto conceptual y cultural: son dimensiones individuales (personales, no sociales/grupales) y no son validadas en los grupos o las culturas semejantes a las nuestras. Adicionalmente, es un instrumento cuantitativo y estructurado. No obstante, el uso de método y técnicas cualitativas, dio lugar a la identificación de cinco conceptos de salud de mujeres nicaragüenses en diferentes actividades laborales.

La concepción tradicional basada en tradiciones y creencias que, desde un punto de vista de las ramas científicas, podrían ser consideradas “pseudocientíficas”, más no para los grupos que las describen ya que para ellos son creencias muy sólidas y con fundamento vivencial. Tal como señalamos anteriormente, en los discursos sobre la salud inspirados en esta concepción más tradicional, a la hora de explicar el origen de los problemas de salud destacan los contrastes entre:

Lo frío y lo cálido.

Lo húmedo y lo seco.

Los grupos señalan que la salud vendrá a ser resultado de una buena articulación de dicha oposición. La enfermedad por el contrario sería el resultado de un contraste excesivo y simultáneo de ambas dimensiones.

No deja de ser curioso como Wheelock en su obra “*La comida nicaragüense*” (1999:197) señala una idea prácticamente similar cuando subraya que en las concepciones tradicionales de los nicaragüenses:

La creencia de que las enfermedades resultaban de desequilibrios entre lo frío y caliente, por ello, ciertos alimentos y platos debían evitarse en señaladas circunstancias. Después de una dura jornada de exposición al sol se consideraban muy malas las comidas calientes. Una regla es que no se debía comer

dos o más alimentos calientes o fríos al mismo tiempo, sino buscar un balance para conseguir comidas neutrales. Los alimentos calientes, podían causar malestares estomacales, dolor de cabeza, y pesadez. Entre los alimentos calientes estaban señalados, las carnes rojas de animales de montería, las bebidas de maíz, el chile y los frijoles; entre las frutas o verduras, el aguacate y el mamey.

En esta misma línea de razonamiento, el grupo de mujeres, principalmente del sector campesino, afirmó que el contraste del frío con el calor y lo húmedo con lo seco es la causa de los malestares físicos que ellos padecen y por tanto consideran que deben evitar dichos contraste. También en las labores del campo se está expuesto a las inclemencias del tiempo, ya sea el sol o la lluvia, más aún en un clima tropical como el de Nicaragua, que independiente de la época del año perdura la intensidad del sol.

El análisis de estas opiniones y razonamiento del grupo de mujeres del campo permitió sugerir que, según sus criterios, esta concepción surge por dos cuestiones:

- El aprendizaje de tradiciones y creencias, las cuales tiene que ver con el campo psicosocial del individuo y parecen anclarse en una mentalidad muy tradicional.
- El mantenimiento del trabajo en unas condiciones muy similares a las del pasado, es decir, al aire libre, expuestos al sol y a la lluvia.

En la misma obra de Wheelock, el autor pone en relación las creencias sobre la comida buena o mala y los contrastes asociados con aspectos sobrenaturales, espirituales, lo cual también es similar a la moralidad presente en los grupos en relación al respeto de sus creencias. Así, en la citada obra señala cómo para los nicaragüenses de los siglos anteriores *“la distinción entre alimentos “fríos” y “calientes”, “húmedos” y “secos” vinculaban a los seres humanos y a las comidas con los cambios en la naturaleza”*. Cambios en la naturaleza que en, las creencia de nuestros antepasados, partían de la idea de que *“todo estaba gobernado por dos grandes fuerzas:*

1. *Las del mundo de “abajo”, terrenal, dominado por esencias frescas, húmedas, femeninas y nocturnas.*
2. *Las de arriba, celestial, dominado por esencias calientes, secas, masculinas y diurnas.*

Y que de forma similar a la Naturaleza, *“todos los seres vivos al igual que la naturaleza participaban de las dos fuerzas”*. Como es posible notar estas dos fuerzas tienen mucha dependencia de una condición espiritual que tiene que ver lo correcto moralmente y lo incorrecto al cumplir o no sus creencias.

La concepción maternal, por su parte, es una concepción relacional de la salud con un fuerte componente simbólico y emocional que va más allá de la reducción de la salud o a la ausencia de la enfermedad orgánica, anteponiendo como lo más importante el bienestar familiar. Las mujeres que citaron esta concepción son adultas mayores y con hijos. Esta noción o concepción de la salud más que asociadas a unas mujeres concretas se asocia a las madres con rol de “responsabilidad por los cuidados”, de ahí que se exprese con más fuerza en dos actividades muy relacionadas con este rol.

Esta concepción tiene una fuerte similitud con la que cita Conde (1995:69) en el *Documento Técnico de la Salud Pública del Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid (España) acerca de las “Representaciones sociales sobre la salud de la población activa masculina de la comunidad de Madrid*. Este autor sugiere que “*las mujeres madrileñas en su rol de madre concebían el cuerpo femenino como un cuerpo fundamentalmente simbólico que iba mucho más allá de su propio cuerpo individual. Asimismo, en el marco de esta noción simbólica del cuerpo femenino y particularmente del cuerpo de la madre como un cuerpo colectivo, como un cuerpo familiar, destacan como las mujeres madrileñas resaltan la importancia de lo que ellas llaman “la fuerza de voluntad”, de lo que también llaman “la fuerza psíquica” y no solo física*”.

De la misma manera las mujeres en esta investigación también expresan que la ausencia de enfermedad en sus hijos es un motivo menos de preocupación, por tanto un efecto positivo para su propia salud.

“Yo en eso no me preocupo casi, en la salud de mi hija, porque gracias a Dios el señor me la manda casi sana, es sanita de su cuerpo no hay casi preocupación” (Grupo domesticas).

Aquí podemos notar como el hecho de que un hijo esté sano es una razón de tranquilidad para la madre y, por ende, es una causa de bienestar mental. El discurso de los grupos deja ver que todo lo relacionado a la salud está relacionado con sus hijos.

“Es que lo más importante son los hijos” (Grupo domesticas).

La concepción social destaca, tal como apuntamos anteriormente, dos aspectos fundamentales de los cuales depende la salud. El marco de las condiciones materiales inadecuadas, que según el discurso de los grupos, está relacionado con la ausencia de higiene y limpieza en el hogar, las limitaciones económicas, la ausencia de trabajo, la falta de acceso a los servicios de salud, la falta de apoyo del gobierno. El segundo aspecto es vinculado con el marco de redes sociales, es decir, con el entorno de relaciones personales y sociales y las posibilidades de apoyo y solidaridad que se dan como producto de estas relaciones.

Con relación al primer aspecto, la literatura científica refiere que en muchos estudios se han establecido relaciones entre la pobreza y las malas condiciones de vida. Rodríguez (1990), en su libro de “*Salud y Poder*”, indica que con la revolución industrial surgieron enfermedades asociadas con profesiones y con ciertas condiciones de vida. Lo cual llevó a una consideración social, donde surgió un debate ideológico importante entre la medicina y los distintos ámbitos sociales.

Se consideraba entonces que la pobreza y las malas condiciones de vida eran causa de enfermedades. Otras concepciones planteaban que la enfermedad era la causa de la pobreza; determinados sectores de la medicina postulaban la etiología social de las enfermedades, planteando que las soluciones para prevenir y curar pasaban por la necesaria transformación de las condiciones de vida. La Comisión de Determinantes Sociales de Salud (CSDH 2008) ha demostrado, basando en la evidencia global, que inequidades sociales causan también inequidades en la salud, pero la causalidad funciona también al revés.

Por lo tanto, se puede considerar que existen efectos positivos y negativos en dependencia de las condiciones socioeconómicas en las que las personas se desenvuelven. Ya que el tener mejores condiciones económicas parece ser sinónimo de mejores condiciones de salud y el empeoramiento de estas condiciones conlleva al empeoramiento de la salud.

Un estudio cualitativo en Nicaragua realizado con 14 mujeres viviendo en condiciones de pobreza mostró que las mujeres relacionaron el ser saludable con el hecho de tener trabajo, comer bien, tener disposición para ser feliz y tener un buen color en la piel, así como buenas condiciones sanitarias (Ailinger et al, 2007:384).

Referente al marco de las redes sociales, Haslam (2004:18) sugiere que la identidad social juega un papel importante para recibir apoyo social dentro de un grupo. Topa-Cantisano (2006:119) refiere que existe mayor probabilidad de que una persona brinde apoyo social a un miembro de su propio grupo, y por ende este apoyo gozará de mayor aceptación cuando quien lo brinda es percibido como miembro de una categoría social compartida.

Feldman (2007) identificó que el apoyo de la religión y del grupo social es una de las fuentes más importantes de apoyo para las mujeres, no sólo al tomar en cuenta los efectos principales, sino también sus efectos como factores protectores de la salud. En su estudio Feldman identificó que mientras más baja era la percepción de apoyo proveniente de la religión y de los grupos sociales, peor resultaba la percepción de salud mental y física. Hale, Hannum y Espelage (2005) refieren, por su parte, que pertenecer a un grupo genera una mejor la percepción de salud de las mujeres.

Estos datos soportan el hecho de que las mujeres en nuestro estudio refieran tener fuente de bienestar emocional y por tanto una buena salud mental al ser parte de un grupo social que les permite sentirse bien, les capacita para resolver los problemas y tener la seguridad de que pueden recurrir a alguien cuando lo necesiten.

“Para mí es muy importante el apoyo de mis compañeras y siempre gracias a Dios cuando he tenido algún problema siempre me lo han dado” (Grupo maestras y enfermeras 2004).

En la *concepción del equilibrio* el acento de los grupos apunta a como cada persona debe tener los mecanismos y la sabiduría para saber equilibrar las presiones contrapuestas del medio. Esta concepción está en estrecha relación con lo que se plantea en el concepto ecológico de la salud, que destaca la capacidad del individuo para adaptarse mental y socialmente a las condiciones variables de su ambiente vital (Barañano, 1992). En este enfoque teórico se señala que si el individuo tiene la capacidad de adaptarse en su medio, se considera un éxito que genera salud. En cambio si el individuo no logra adaptarse a las exigencias del medio, esto es considerado como un fracaso y como consecuencia de ello puede darse la aparición de enfermedades.

Conde (2000: 61) identificó que algunas mujeres perciben la salud como un estado de equilibrio entre el medio interno y externo. Este medio externo incluye todos aquellos factores culturales y socioeconómicos que inciden directamente en el estado de salud de las mujeres. En el medio interno se consideran aspectos individuales como el estado mental y emocional.

Un estudio realizado con grupos de mujeres anglosajonas y latinas señala claras diferencias en la forma en que dichas mujeres perciben su salud. Las mujeres anglosajonas, consideradas como provenientes de una cultura individualista, ofrecen un concepto de salud basado en la ausencia de enfermedad y plantean que trabajar duro es benéfico para su salud. Las mujeres latinas integran dentro de su concepto el impacto de las relaciones interpersonales o espirituales para el mantenimiento de su salud día a día. Ellas tienen un concepto de salud más relacionado con el estar bien, y no desligan la salud de su trabajo, ni de sus relaciones interpersonales, lo cual se considera muy característico de personas provenientes de culturas con un enfoque más colectivo (McCarthy et al. 2004).

La *concepción biomédica* vincula la salud con la ausencia de enfermedad. Este discurso evidencia una representación de la salud que viene a coincidir, o al menos, expresarse como muy próxima con el punto de vista más científico-técnico dominante o hegemónico en los medios sanitarios. Esta concepción se inscribe en una lógica más aislada, menos relacional y con tendencia

a centrarse exclusivamente en la dimensión más orgánica del propio cuerpo. De la Rue (2003) identificó en su estudio con mujeres de zonas rurales, que la salud era asociada a la ausencia de enfermedades. Estas mujeres afirmaron sentirse bien o saludables si no tenían dolores o síntomas de alguna enfermedad, su concepto de salud es asociado al modelo biomédico.

Es importante mencionar que las diferentes concepciones sobre la salud que hemos expuesto aisladamente se pueden encontrar mezcladas, en diversos grados, en los diferentes grupos realizados en la investigación y que el énfasis de unos y otros grupos en una u otra concepción depende del conjunto de dimensiones señaladas.

CONCLUSIONES

Existe más de un concepto de salud entre las mujeres que participaron en el presente estudio. El concepto tradicional está altamente influenciado por el medio sociocultural. Dentro de los determinantes sociales vinculados a este concepto las mujeres citan las condiciones de intemperie (exposición al sol y la lluvia) en las que realizan su trabajo como uno de los causantes principales de enfermedades musculo esqueléticas y respiratorias. Proponen evitar el contraste entre lo caliente y lo frío como un medio preventivo de las enfermedades, no mencionan tratamientos médicos o farmacológicos, posiblemente porque la dificultad de acceso a los sistemas de salud les ha obligado a la búsqueda de sus propias alternativas de tratamiento y mantenimiento de la salud.

El concepto de salud maternal evidencia un fuerte contenido simbólico y emocional, donde el bienestar familiar es sinónimo del bienestar individual. Los determinantes sociales destacados en esta concepción tienen que ver con la posibilidad de acceso a un trabajo y la estabilidad de un ingreso que garantice cubrir las necesidades de los hijos. Esta concepción al igual que la concepción social es compartida por mujeres madres que viven en condiciones de pobreza, por tal razón el acceso a un trabajo es un elemento esencial para garantizar una buena condición de salud física y emocional. A diferencia de la concepción tradicional, las mujeres no se enfocan en las condiciones de trabajo sino en la posibilidad de acceso al mismo. Vinculado con ello, en la concepción social también se menciona como determinante importante para la salud el hecho de poseer condiciones de vivienda adecuadas y estabilidad económica. Se hace alusión a un apoyo colectivo donde interactúan las instancias del gobierno y el grupo socio laboral. En este caso, el apoyo social juega un papel fundamental en el fortalecimiento y sostenimiento de un buen estado de salud mental.

El concepto de salud del equilibrio incluye aspectos personales interac-

tuando con los sociales. A pesar de que el acceso a un trabajo, la estabilidad económica y el apoyo social son importantes en esta concepción, se antepone la actitud y disponibilidad individual para afrontar las limitaciones del medio. Las participantes que expresan esta concepción no están concentradas en las carencias materiales que tienen, saben que el medio social les obliga a enfrentar esas limitantes, sin embargo proponen como contribuyente a la salud el uso de mecanismos de afrontamiento individuales y una actitud más proactiva ante los problemas.

El concepto biomédico de la salud es asociado al medio sanitario y con la valoración del cuerpo como algo fragmentario. Se enfatiza en el tratamiento curativo mediante fármacos. El determinante básico para la salud, según esta concepción, es la posibilidad de acceso al sistema sanitario. No se proponen medidas preventivas de las enfermedades como en caso de la concepción tradicional, ni tampoco se citan las necesidades de un trabajo o estabilidad económica como en la concepción social, posiblemente porque el grupo que expresa esta concepción ya tiene cubierta dichas necesidades.

Las concepciones encontradas en esta población de estudio tienen una estrecha relación con las condiciones del medio social y cultural, por tanto es posible que se encuentren conceptos similares sobre la salud en otras poblaciones laborales del país, o en poblaciones con contexto similares al nuestro.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece de manera muy especial a Timo Partanen (PhD) por su apoyo en la revisión y observaciones al artículo. De igual manera a Indiana López (PhD), Åke Thörn (PhD) y Aurora Aragón (PhD) por sus significativos aportes al mismo. Un agradecimiento para todas las mujeres participantes que hicieron posible esta publicación.

BIBLIOGRAFÍA

- Ailinger, R. L., Gonzalez, R. Zamora, L. (2007). "Health and illness concepts among lower income Nicaraguan women". *Qual Health Research* 17, 382-385.
- Ailinger, R.L., Molloy, Z., Zamora, L., Benavides C. (2004). "Herbal remedies in a Nicaraguan barrio". *J Transcult Nurs* 15, 278-282.
- Antonovsky, A. (1984). "The sense of coherence as a determinant of health". En J.D. Matarazzo, S.M. Weiss, J.A. Herd, N.E. Miller y S.M. Weiss (Eds.). *Behavioral health: A handbook of health enhancement and disease prevention*. New York: Wiley, 114-129.
- Aragón, A., Aragón, C., Thörn, A. (2001). "Pests, peasants and pesticides on the Northern

- Nicaraguan Pacific plain". *Int J Occup Environ Health* 7, 295-302
- Bandura, A. (1994). "Self-efficacy". En V. S. Ramachandran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior*, New York: Academic Press 4, 71-81
- Barañano, M. (1992). "Mujer, trabajo, salud". Trota/Fundación 1 de Mayo, Madrid, 13-43.
- Commission On Social Determinants Of Health (CSDH 2008). "Closing the gap in a generation: health and equity through action on the social determinants of health". Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization, 49-130.
- Conde, F (1995). "Representaciones sociales sobre la salud de la población activa masculina de la comunidad de Madrid". Documento Técnico de la Salud Pública del Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, España, 69-75.
- Conde, F (2000). "Las concepciones de salud de las mujeres". Documento Técnico de la Salud Pública del Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, España, 61-64.
- Conde, F (2009). *Análisis sociológico del sistema de discursos*. Cuadernos metodológicos 43. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- De La Rue, M. (2003). "The meaning of health and well-being: voices from older rural women". *Rural and Remote Health* 3, 192.
- Eriksson, M., Lindström, B. (2006). "Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review". *J Epidemiol Community health* 60, 376-381.
- Feldman, L., Saputi, D. (2007). "Roles múltiples, cualidad del rol, apoyo social y salud en mujeres trabajadoras". *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer* 12, 91-116.
- Gorter, Ac., Sanchez, G., Pauw J., Pérez, R., Sandiford P, Smith, J. (1995). "Childhood diarrhea in rural Nicaragua: beliefs and traditional health practices". *Bol Oficina Sanit Panam* 119 (5), 377-90.
- Hale, C., Hannum, J., Espelage, D. (2005). "Social Support and Physical Health: The Importance of Belonging". *Journal of American College Health*, 53 (6), 276-284
- Haslam, S. A. (2004a). "Psychology in organizations". The social identity approach (2. ed.). London: Sage
- Instituto Nacional De Información De Desarrollo (INIDE). (2008). "Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2006/2007 informe final". Managua, Nicaragua: Impresión comercial. La prensa.
- Laffrey, SC. (1986). "Development of a health concept scale". *Res Nurs Health* 9,107-113.
- McCarthy, M., Ruiz, E., Gale, E., Karam, C., Moore, N. (2004). "The meaning of health: perspectives of anglo and latino older women". *Health Care for Women International*, 25 (10), 950 – 969.
- Polakoff E, Gregory D. (2002). "Concepts of health: Women's struggle for wholeness in the midst of poverty". *Health Care for Women International* 23,835-845
- Posadzki, P, Glass N. (2009). "Self-efficacy and the sense of coherence: narrative review and a conceptual synthesis". *Sci Worlf J* 14,924-933.
- Rodríguez, J., De Miguel, J. (1990). "Salud y poder". Centro de Investigaciones Sociológicas, 12.

- Santas-Kraatz E. (2001). "The Structure of Health and Illness in a Brazilian Favela". *Journal of Transcultural Nursing*, 12 (3), 173-179.
- Topa-Cantisano, G., Fernández, I., & Palaci, F. (2006). "Identidad social, Burnout y satisfacción laboral: estudio empírico basado en el modelo de la categorización del yo". *Revista de Psicología Social*, 20 (2), 115-126.
- Wheelock, J. (1999) "*La comida Nicaragüense*" Breviarios de la cultura nicaragüense (2. ed.). Hispamer, Managua, Nicaragua, 190-290.

ARLEN SOTO es Licenciada en Psicología por la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-León (UNAN-León) en el año 2003 y Máster en Salud Ocupacional por la misma universidad en 2007. Inició sus estudios de doctorado en Comportamiento Social y Organizacional: Investigación, Desarrollo e Innovación en la Sociedad del Conocimiento, en el Programa interuniversitario de la Universidad Autónoma de Madrid y la Universidad Rey Juan Carlos (UAM-URJC). Actualmente está finalizando su tesis de doctorado en la URJC. Desde el año 2004 es investigadora en el Centro de Investigación en Salud, Trabajo y Ambiente de la UNAN-León y está adscrita como docente en la Carrera de Psicología, de la Facultad de Ciencias Médicas (UNAN-León). Ha desarrollado investigaciones relacionadas con condiciones de vida, trabajo y salud, diagnóstico sociolaboral de mujeres, trabajo infantil y evaluación de riesgos psicosociales en el trabajo.

FERNANDO CONDE es Licenciado en Sociología por la Universidad Complutense. Director desde 1985 de CIMOP (Comunicación, Imagen y Opinión Pública). Fundador y Profesor del Curso de Post-grado de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociología de la Universidad Complutense: "Praxis de la Sociología del Consumo: Teoría y Práctica de la Investigación de Mercados (1986-2008)". Autor de diversas y numerosas publicaciones sobre metodología de la investigación en Ciencias Sociales, sociología de la salud, de la juventud, del consumo y de sociología urbana.