

ARTÍCULO DE OPINIÓN

DE LA ENFERMOLOGÍA A LA SALUTOGÉNESIS: conceptos teóricos en la búsqueda de la salud como derecho universal

Rodríguez Torres, Alejandra^{1,2}; Casas Patiño, Donovan^{1,2}; Contreras Landgrave, Georgina³ y Luisa Ruano Casado⁴

^{1,2}Médico Familiar UMF 195 IMSS, Chalco, Estado de México

^{1,2}UAEM-CU Amecameca, Estado de México

³UAEM-UAP Nezahualcóyotl, Estado de México

⁴Departamento de Enfermería. Universitat de València, España

Resumen: La salud es construcción social la cual conlleva momentos históricos y de desarrollo social en sí misma. El tratar de entender a esta como un derecho universal de la humanidad es comprender las diferentes corrientes teóricas que han existido a su alrededor hasta encontrarse con la salutogénesis. La cual nos conlleva a entender a la salud desde los principios de otredad, dignidad y solidaridad, donde el colectivo y el individuo son parte fundamental en la toma de decisiones en salud como práctica social de su comunidad.

Palabras clave: salutogénesis, salud, salud pública, salud colectiva.

Fuente: DeCs.

Recibido: 29 Mayo 2015. Aceptado: 16 Agosto 2015. Publicado: 23 Octubre 2015.

THEORETICAL CONCEPTS IN THE SEARCH OF HEALTH AS UNIVERSAL RIGHT

Abstract: Health is a social construction which involves historical moments and social development. Trying to understand the health as a universal human right is to understand the different theoretical currents that have existed around until encountering salutogenesis. Which leads us to understand health from the principles of otherness, dignity and solidarity, where the collective and the individual are essential to take part in decision about health as social practice of the community.

Key words: salutogenesis, health, health collective, public health

“La salud es un problema muy serio para ponerlo sólo en las manos de los médicos” Voltarie

INTRODUCCIÓN

La interpretación dialéctica del fenómeno **salud-enfermedad** ha intentado buscar la explicación en niveles primarios de organización material y ha desconocido la particularidad cualitativa del hombre como unidad biológica, orgánica y funcional, pero sobre todo, social. La salud como valor humano ha adquirido, según la época histórica, distinta significación social de acuerdo al sistema socioeconómico.

La Medicina clínica constituyó su mirada, su saber, sus métodos y técnicas alrededor de la enfermedad y la muerte. Ante el “éxito” de la Medicina clínica sobre la enfermedad individual, también se consideró a principios del siglo XX, que era posible construir una “Enfermología Social” llamada Salud Pública, supuestamente capaz de dar cuenta de la enfermedad colectiva o pública, como sumatorio de enfermedades personales o particulares [1,2,3]. La Salud Pública se encargaba del tratamiento del cuerpo enfermo que correspondía a la Medicina clínica, y asumía al cuerpo como una máquina, con fallas mecánicas ubicadas por “fuera” y encargadas de vigilar a las “máquinas corporales”. No por nada Foucault [4] en *el Nacimiento de la clínica* afirmaba: “El hombre occidental no ha podido constituirse a sus propios ojos como objeto de ciencia... sino en la apertura de su propia supresión: de la experiencia de la sinrazón han nacido todas las psicologías y la posibilidad misma de la psicología; de la integración

una medicina que se da como ciencia del individuo”. Frente a esta concepción positivista-funcionalista de la salud y la enfermedad, surge un pensamiento contra hegemónico en el siglo XIX, que visualizaba la naturaleza social de la salud y la enfermedad, la Medicina social, ésta intentó lograr su identidad en contraposición con la salud pública y se nutrió del pensamiento marxista en toda una serie de marcas ideológicas: relaciones entre el concepto de salud, las formaciones socioeconómicas, relaciones entre la organización de la acción de salud, los modos de producción y los conceptos de salud, investigaciones históricas sobre la formación, el desarrollo y la consolidación de las organizaciones prácticas y de la educación médica. [5,6,7] La medicina social estudió las poblaciones a partir de su totalidad, cuyas características trascienden al mero agregado de individuos; ampliando así la definición de problemas, la investigación y prácticas dentro del encuadre materialista histórico y no solo en determinantes de la enfermedad [8]. Enfrentó la mirada positivista al incorporar otras categorías de análisis como lo económico, lo social, lo político, y lo ideológico como mediación para comprender la salud-enfermedad, como expresión de unas relaciones de producción histórico- cultural [9,10,11].

de la muerte, en el pensamiento médico, ha nacido



La salud como valor universal

En esta necesidad histórica de entender a la salud como un bien y valor universal, las diferentes instituciones en salud introdujeron diferentes conceptos apoyándose de los aportes teóricos y metodológicos ejemplo de lo anterior se encuentra:

- a. Carta de Ottawa (1986) precisa que la promoción de la salud, consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mejor control sobre la misma. Para alcanzar un adecuado bienestar físico, mental y social, un individuo o un grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones en función de satisfacer sus necesidades [12].
- b. Declaración de Liverpool (1988), se introdujo el concepto de municipios saludables, definiéndolos como aquellos espacios donde las autoridades políticas y civiles, las instituciones públicas y privadas, las organizaciones empresariales, de trabajadores, comunitarias y la sociedad en general; dedican esfuerzos en pro de crear y mejorar su medio físico y social, fortaleciendo la participación comunitaria y por ende la construcción de ciudadanía [13].
- c. Cumbre de Río (1992), introducen el concepto de desarrollo sostenible y como parte de éste, la protección y el fomento de la salud y calidad de vida [14].
- d. Declaración de Santa Fe de Bogotá (1992), se reafirmaron los principios de la promoción de la salud de la carta de Ottawa, y se enfatizó sobre la importancia de la solidaridad y equidad, como condición indispensable para el desarrollo de la salud en América Latina [15].
- e. Declaración de Yakarta (1997), se reafirma a la salud como un derecho humano y esencial para el desarrollo social. La promoción de la salud es reconocida como un elemento esencial para el desarrollo de la misma, contribuyendo a la reducción de las inequidades en salud [16].
- f. Conferencia de Adelaida – Australia (1998), se definió la política pública saludable como aquella que se dirige a crear un ambiente favorable para que la gente pueda disfrutar de una vida saludable [17].
- g. Conferencia sobre Población y Desarrollo celebrada en El Cairo, donde se planteó la necesidad de fomentar la capacidad y autosuficiencia de los países, para emprender una acción nacional concertada que promueva el crecimiento económico, fomente el desarrollo nacional sostenible y mejorar la calidad de vida y el desarrollo humano sostenible [18].
- h. Conferencia de México de la OMS (2000) en donde se afirmó que una de las estrategias para reorientar los servicios sanitarios con criterios de Promoción de la Salud es “fortalecer el componente de promoción de salud en los programas de formación de recursos humanos, tanto en las instituciones de enseñanza como en la formación continua de los profesionales de la salud” [19].
- i. Conferencia de Bangkok (2005), en ella los países representados se comprometieron a establecer las medidas necesarias para abordar los determinantes de la salud en un mundo globalizado, mediante la promoción de la salud para lograr una mejor salud. Se afirma que las políticas y alianzas destinadas a empoderar a las comunidades y mejorar la salud y la igualdad en materia de salud, deben ocupar un lugar central en el desarrollo nacional y mundial señalando la importancia de considerar los cambios surgidos en la última década y con posterioridad a la Carta de Ottawa, en el contexto social y político de los países y el modo en que influyen en la salud [20].
- j. Finalmente en la Conferencia de Nairobi (2009), aquí se consideró a la Promoción de la Salud (P.S) como una estrategia esencial para mejorar la salud y el bienestar y reducir las



inequidades en salud, contribuyendo a alcanzar las metas internacionales y nacionales de salud (Desarrollo del Milenio). Y al implementar la P.S. se crean sociedades más justas que permiten que las personas puedan llevar vidas que ellos mismos valoran, aumentando el control sobre su salud y los recursos necesarios para el bienestar [21].

Todas y en cada una de estas cartas y declaraciones, se denota la introducción de conceptos y términos según los momentos históricos y de desarrollo social del mundo que buscan conceptualizar a la salud como consecuencia de una totalidad de la realidad social de los pueblos para consolidarla como derecho innegable de la humanidad.

Salutogénesis: salud como derecho innegable.

Para configurar la nueva salud contra- hegemónica que sea capaz de desafiar efectivamente la salud pública hegemónica, es necesario partir desde la realidad y de las vivencias cotidianas. Esto demanda un contacto diferente con la realidad, con la gente, con sus necesidades y de allí deben surgir nuevas formas de conocer y de actuar en relación a su salud. En el gran reto de incorporar la otredad y la dignidad humana en un horizonte ampliado de alteridad-solidaridad; no restringido a quienes son cercanos en términos de grupos, clase social, geografía o ideologías. Un ejercicio pleno de libertades y autonomía, donde lo intersubjetivo posibilite entrar en consenso. Estos puntos han motivado, desde la proclamación de la nueva concepción de salud (en los albores de la constitución de la Organización Mundial de la Salud), hasta la proclamación oficial de la Promoción de la Salud como objetivo de las políticas de salud pública, basados en la salud y no sobre la enfermedad [22,23].

En este cambio paradigmático en la manera de abordar a la salud, encontramos la disciplina denominada "*Sanología*", utilizada por la comunidad cubana en relación a una corriente médica la cual pretende abordar de manera holística al ser, pero también maneja el principio

de otredad, teniendo como base la ética [24]. Sus pioneros y seguidores proponen que la Sanología puede contribuir hacia la transición de la salud [23]. El marco institucional sanológico es eminentemente Educativo donde opera la transmisión de valores apoyándose desde la familia y las instituciones educativas tradicionales con funciones eminentemente culturales. Por lo tanto en esta dimensión la *ética y estética*, además de la científica "sanología" es donde debe encontrar su lugar los nuevos sistemas educativos promoviendo profesionales más cultos, humanistas y sanos.

La Sanología tiene 20 años y es promovida por un equipo interdisciplinario que enfoca la salud y la enfermedad desde el aspecto olvidado de esta relación: la salud. La interpreta como un valor que se construye ejerciéndolo a través del itinerario que impone la vida misma y tiene en cuenta las prácticas culturales que le dan sentido. Una de las pioneras, la doctora Amable Ambrós, señaló: "Estamos aprendiendo, es un proceso que está abierto tanto en lo teórico como en lo metodológico y promocional, no tenemos verdades sino que las estamos construyendo" [24].

Otro modelo que rompe con el paradigma hegemónico, es el modelo salutogénico presentado en la década de los setentas por Antonovsky [25,26]. Este autor se centra en explorar el origen de la salud, no en explicar las causas de la enfermedad. Entiende la salud como un camino hacia la vida, cambia la orientación de lo patológico hacia la salud. Esto supone que las personas se definan de acuerdo con sus propias capacidades, identificando recursos de salud para responder a las diversas soluciones.

Tal y como explican Lindstrom y Eriksson [25,26,27], los conceptos fundamentales que Antonovsky desarrolla con esta teoría, son los Recursos Generales de Resistencia y el Sentido de Coherencia. Los Recursos Generales de Resistencia (RGRs) son factores biológicos, materiales y psicosociales que hacen más fácil a las personas percibir su vida como coherente, estructurada y



comprensible. Los típicos Recursos Generales de Resistencia son el dinero, el conocimiento, la experiencia, la autoestima, los hábitos saludables, el compromiso, el apoyo social, el capital cultural, la inteligencia, las tradiciones y la visión de la vida. Si una persona tiene este tipo de recursos a su disposición o en su entorno inmediato tiene más oportunidades para hacer frente a los desafíos de la vida [25].

A este respecto, el Sentido de Coherencia es un constructo caracterizado por una capacidad general del individuo para percibir y responder de forma constructiva a situaciones desfavorables. Dicho de otra manera, esto significa que las personas sean conscientes y tengan la capacidad de utilizar los recursos generales de resistencia para hacer frente a los retos y desafíos vitales [26].

Un fuerte sentido de coherencia protege contra la ansiedad, la depresión, el agotamiento y la desesperanza y está fuerte y positivamente relacionado con los recursos de salud, tales como el optimismo, la resistencia, el control y afrontamiento [27]. Además, parece ser una propiedad que se desarrolla durante toda la vida, lo que significa que se puede aprender. Tiene una fuerte correlación con la percepción de salud, bienestar mental y la calidad de vida [28].

La orientación salutogénica se presenta como un paradigma con una buena base de fundamentación para la Promoción de la Salud por ofrecer tres puntos importantes:

- 1.- el foco se coloca en la resolución de problemas y búsqueda de soluciones.
- 2.- identifica Recursos Generales de Resistencia que ayudan a las personas a moverse en la dirección de salud positiva.
- 3.- identifica un sentido de discernimiento global y omnipresente en los individuos denominado Sentido de Coherencia [25,26,29].

Con los años, la salutogénesis se ha convertido en un concepto establecido en la salud pública y la promoción de la salud. En estos momentos, hay más de 500 artículos sobre el tema disponibles en las bases de datos establecidas para la salud pública²⁸. Sin embargo, a pesar del entusiasmo de promoción de la salud para el modelo salutogénica de la salud, los profesionales han prestado poca atención a las ideas centrales de Antonovsky acerca de la ruptura del concepto de salud como ausencia de enfermedad, considerando que el bienestar, no sólo no es padecer sufrimiento sino que va mucho más allá, con una concepción positiva de la salud, de la vida [30].

En España se ha ido introduciendo de forma progresiva, con más de 10 artículos publicados, una conferencia europea, un simposio con expertos de todo el mundo, un seminario a nivel europeo, la creación de un grupo español de Salutogénesis y con un convenio nacional de Universidades Saludables-Salutogénicas [31].

Por su parte la Organización Mundial de la Salud en el 2005 conformó la Comisión de Determinantes, la cual pretende ofrecer asesoramiento respecto a la manera de mitigar las inequidades sociales y económicas que influyen en las diferencias individuales y colectivas que se reflejan en su estado de salud [24,29]. Sin embargo, las medidas necesarias para abordar los determinantes de la salud en un mundo globalizado, se hacen más confusas y complicadas, debido al incremento en la complejidad de las condiciones de vida que repercute en la forma en que asume la salud, la enfermedad, la atención y la muerte. Unido los aportes teóricos y prácticos alcanzados por las diferentes ciencias (Epidemiología, Salud Colectiva, Medicina Social, Sociología de la Salud, Psicología de la Salud, Antropología Médica, Bioética, Filosofía, etc.) se hace imprescindible un abordaje integral con la aplicación de herramientas interconectadas en este orden.

El desmantelamiento del Estado Protector, desarrollado de por sí insuficientemente en países



pobres, genera una situación de catástrofe en las familias, donde aparecen enfermedades y la falta de protección social condena a la marginación y muerte a ancianos, enfermos y personas sin recursos económicos. Las Instituciones pierden así, sentido o lo trastocan y dejan ser garantes sociales y referentes simbólicos [32,33,34].

Los determinantes sociales de cada etapa histórica conforman ideales y prohibiciones, de formas y objetivos de control social, de definición de un cierto imaginario social y de la construcción social de una determinada realidad lo cual se verá reflejada en su estado de salud individual y colectivo. Por ejemplo, el carácter obsesivo (trabajador, austero y ahorrativo) promovido culturalmente en la etapa del capitalismo naciente, que estudiara Weber [35] en su obra clásica "La ética protestante y el espíritu del capitalismo". El capitalismo avanzado actual centrado en el mercado, no requiere tanto énfasis en la producción, sino en el consumo y genera dos tipologías predominantes: la de los caracteres fronterizos, influenciados y dependientes, que conforman la gran masa de la población manipulable por los políticos, comerciantes y medios de comunicación masiva [32]. Si los antiguos imperativos sociales eran: sé responsable y trabaja, ahora son: consume y diviértete, a través de la industria del entretenimiento para que sea rentable al sistema.

Esta economía del consumo genera también otras patologías de época: las adicciones por una parte y por la otra la anorexia nerviosa y la bulimia. Las adicciones son ejemplo del énfasis social en el consumo. En este caso como consumo del placer inmediato a través de distintas sustancias psicotrópicas que el mercado ofrece en fácil accesibilidad de forma legal o ilegal y que han dado lugar a un severo problema social y de salud pública, al igual que están apareciendo otro tipo de adicciones: a las nuevas tecnologías.

Rojas y Sternbach [33] escriben respecto a este problema:

"La sociedad de consumo estimula la convicción de que adquirir y poseer objetos otorga plenitud al saturar ilusoriamente lo imposible del deseo humano. La incorporación substituye de este modo a la elaboración... En las adicciones, patología de la sujeción y la dependencia, encuentra su expresión extrema ese mito de una libertad paradójicamente esclavizante. El adicto configura así una trágica caricatura de la obligatoriedad de consumir".

Si modificamos el cuerpo, creemos ingenuamente que nos modificamos a nosotros mismos, el narcisismo desde el más patológico hasta el más saludable, pasa hoy día por la senda obligada del cuerpo controlando y sometiendo así al cuerpo humano, en la era de la hipermodernidad [36].

Los médicos, junto con la industria farmacéutica de la mano de los medios dotan de manera complementaria, de un menú de enfermedades y medicamentos. Así fomentan el autodiagnóstico y la automedicación. Este incremento de diagnósticos-autodiagnósticos y consumo de medicamentos se da en una sociedad fuertemente consumista, con exceso de demanda de productos y servicios sanitarios. Así la falta de energía, la timidez, la fobia social, el insomnio, la muerte de un familiar, la soledad, el divorcio, la pérdida o ganancia rápida de peso, la tristeza, los problemas laborales, el estrés, el vivir y habitar la ciudad, es decir, los "problemas de la vida cotidiana" son presentados como generadores de un estado de ánimo decaído y son vendidos como problemas médicos. Se manipulan los riesgos y se venden como enfermedad, generando una ilusión de que el proceso natural del cuerpo, el envejecimiento, es un problema de salud.

Los cuerpos se vuelven dóciles, son controlados, autodiagnosticados y automedicados, en definitiva se convierten en cuerpos y padecimientos mercantilizados. Ahora cada quien puede elegir las enfermedades que a uno le sean afines a su estilo de vida, que destaca por su manifiesta institucionalización.

CONCLUSION

Finalmente se cierra este ensayo haciendo una reflexión: la salud tiene una connotación histórica, biológica, social, política, económica, filosófica, etc; en esto radica su carácter de complejidad, por lo cual se requiere un abordaje transdisciplinario y multiprofesional, donde los recursos en salud que están presentes busquen un equilibrio de las fuerzas en pro no sólo de la salud misma, sino de la humanidad como derecho universal.

BIBLIOGRAFÍA

- López O, Blanco G. Políticas de salud en México. La Reestructuración neoliberal. En: Jarillo-Soto E, Guinsberg E, editores. Temas y desafíos en salud colectiva. Buenos Aires: El lugar; 2007, pp 21-48.
- Granda E. La salud pública y las metáforas sobre la vida. Revista Facultad Nacional de Salud Pública 2000, 18(2): 83-100.
- Granda E. Perspectivas de la salud pública para el siglo xxi. En: Granda E, editor. La salud y la vida. Quito: Alames, Universidad de Cuenca, Conasa, OPS/OMS; 2009, pp. 69-81.
- Foucault M. El nacimiento de la clínica. México: Siglo XXI; 1966.
- Solís G. Notas para la construcción de una visión sociológica de la salud y la enfermedad. Revista Universidad de Guadalajara 2002: 45-50.
- Díaz J. La Transdisciplinariedad compleja como referente teórico para el abordaje del proceso salud enfermedad. Investigación en Salud 2005: 24-28.
- Ponte C. Conceptos fundamentales de la salud a través de la historia reciente: salud y Ciudadanía, teoría y práctica de la innovación; 2008.
- Apráez G.I. La medicina social y las experiencias de atención primaria de salud (APS) en Latinoamérica: historia con igual raíz. Polis, Revista de la Universidad Bolivariana 2010: 9(27).
- Álvarez L.S. Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. Gerencia y Políticas de Salud, 2009; 8 (17), 869- 879.
- Ramis R.M, Sotolongo P.L. Aportes del pensamiento y las ciencias de la Complejidad al estudio de los determinantes de la salud. Revista Cubana de Salud Pública 2009; 35: 65-77.
- Breilh J. Una perspectiva emancipadora de la investigación y acción, basada en la determinación social de la salud. En: Breilh J, editor. Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud. México D.F: Alames; 2008.
- Ottawa Charter for Health Promotion (1986) .Carta de Ottawa. Salud Publica Educ Salud 2001; 1 (1): 19-22.
- Castro M. Promoción de la salud: cómo construir una vida saludable. Ed. Médica Panamericana, México, 2002 pp 56-64.
- PNUMA. Declaración de Rio sobre el medio ambiente y el desarrollo, 1992. <http://www.pnuma.org/docamb/dr1992.php>. 2005. Accesado 1 de marzo 2015.
- Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud. Declaración de la conferencia internacional de promoción de la salud, 1992. ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/documentos/doc_inter/santa_fe_bogota_92.pdf. Accesada 16 febrero 2015.
- Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI.(1997).http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/5_Declaracion_de_Yakarta.pdf. Accesada 24 enero 2015.
- OMS. (2010). Declaración de Adelaida sobre las salud en todas las políticas.http://www.opsoms.org.pa/drupal/SCMDSS/2%20WCSDH%20Discussion%20Paper%20resources/1%20Governance/Adelaide%20Statement/ETH_hiap_statement_2010_ES.pdf. Accesada 28 febrero 2015.
- ONU. Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. 1994.<http://www.un.org/es/development/devagenda/population.shtml>. Accesada 02 febrero 2015.
- Organización Mundial de la Salud. Conferencia de México sobre promoción de salud. 2000. http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/hpr_mexico_report_sp.pdf. Accesada 13 marzo 2015.
- Organización Mundial de la Salud. Conferencia de Bangkok sobre promoción de salud. Ginebra.2005. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr34/es/>. Accesada 03 de marzo 2015



21. Organización Mundial de la Salud. Conferencia de Nairobi sobre promoción de salud. Ginebra.2009.http://www.promocion.salud.gob.mx/dgp/s/descargas1/promocion/Nairobi_2009_sp.pdf. Accesada 28 marzo 2015.
22. Aldereguía J.H. Sanología y Salud Mental. Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana, 2004; 1, 2-3.
23. Lili W. Sanología, un nuevo enfoque de la salud. Tomado de Gaceta Facultad de Medicina UNAM 2010; 620:15.
24. Amable, Z. Aproximación a un Modelo de Promoción de Salud: Debate Abierto. Memorias del Congreso A.L.A.M.E.S., Cuba, 2000.
25. Lindstrom B, Eriksson M. Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. Health Promot Int. 2006; 21, 238-44.
26. Rivera de los Santos F, Ramos P, Moreno C, Hernán M. Análisis del modelo salutogénico en España aplicación en Salud Pública 2011; 85 (2), 129-139.
27. Eriksson M. Lindström B. Antonovsky's Sense of Coherence Scale and the relation with health—a systematic review. Journal of Epidemiology and Community Health. 2006; 60, 376–381.
28. Lindström B., Eriksson M. Salutogénesis. J Epidemiol Community Health 2005; 59, 440-442.
29. Álvarez D.C, Ruiz M. Patrimonio de salud ¿Son posibles las políticas salutogénicas?. Revista Española de Salud Pública 2011, 85(2),123-127.
30. Mittelmark MB, Bull T. The salutogenic model of health in health promotion research. Glob Health Promot. 2013; 20 (2): 30–38.
31. Ruano Casado, L. Mercè Valls, E. Current status of the salutogenesis in Spain. Fifteen years of research Enfermería Global 2014; 34, 395-405.
32. Lipovetsky G. La era del vacío. Ensayos sobre el individualismo contemporáneo. Barcelona, España: Anagrama. 1986.
33. Rojas, M.C. & Sternbach, S. Entre dos siglos. Una lectura psicoanalítica de la postmodernidad. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial, 1997. 137-144.
34. Grupo Doce. Del fragmento a la situación. Notas sobre la subjetividad contemporánea. Buenos Aires, Argentina: Grupo Doce.2001
35. Weber M. La ética protestante y el espíritu del capitalismo. México: Fondo de Cultura Económica 2003.
36. Talarn A. Salud mental y globalización. Barcelona, España: Editorial Herder 2007.

INFORMACIÓN DEL AUTOR

Casas Patiño, Donovan.

Correo: capo730211@yahoo.es



