



Universidad Autónoma de Bucaramanga

~~Escuela de Ciencias Sociales~~ Humanidades y Artes

Programa de Psicología

70/37.05
A174r
E.1

REPRESENTACIONES SOCIALES DE SALUD Y ENFERMEDAD EN
MEDICOS Y PARAMEDICOS DE BUCARAMANGA Y FLORIDA BLANCA

Trabajo de grado para optar por el título de:
PSICÓLOCA

Presenteido por:

Adriana Isabel Acevedo León

Angela Patricia Duran López

Bajo la dirección de: Psicólogo Leonardo ZAÁlvarez

Bucaramanga, Noviembre de 2005

UNAR BUCARAMANGA

23/11/2005

Tabla de Contenido

REPRESENTACIONES SOCIALES DE SALUD Y ENFERMEDAD EN MEDICOS
Y PARAMEDICOS DE BUCARAMANGA Y FLORIDABLANCA.

Planteamiento del Problema	4
Objetivos	
Objetivo General	4
Objetivo Especifico	4
Antecedentes de la investigación	5
Marco Teórico	18
El Desarrollo Histórico de las Creencias acerca de la salud y la Enfermedad en las Sociedades Occidentales.	
El Estudio de las Creencias de la Salud y la Enfermedad con base en el Paradigma de la Psicología Cognoscitiva.	
Estudio de las Creencias de la Salud y la Enfermedad con base en la Teoría de las Representaciones Sociales.	
Método	Y 8
Tipo de investigación	79
Variables	79
Definición Conceptual	80
Operacionalización de las Variables	81
Hipótesis	82
Sujetos	83
Instrumento	84
Descripción del instrumento	84
Procedimiento	85
Viabilidad	85
Resultados	86
Discusión	105

Referencias 111

Apéndices

Apéndice A: Esquematización de las Representaciones de la Salud y la Enfermedad

Apéndice B: Explicación de la Salud y Enfermedad

Apéndice C: Representación Activa/contra las Medicinas.

Apéndice 0: Modelo de creencias de salud

Apéndice E: Modelo De los Sistemas Autorregulatorios De Leventhal

Apéndice F: Batería de Evaluación Multivariada

Lista De Tablas

Tabla 1. Afrontamiento	87
Tabla 2 .Estereotipo	90
Tabla 3 .Actitud	91
Tabla 4 .Emociones	92
Tabla 5. Explicaciones	94
Tabla 6. Formas de Control	96
Tabla 7 .Valores	97
Tabla 8 .Formas de Cuidado	100

Resumen

Esta investigación tiene el propósito de describir las representaciones sociales de salud y enfermedad en la población objeto de estudio. El estudio permitió establecer de que manera las representaciones sociales hacen parte de las diversas formas como las personas construyen y se representan en la salud y la enfermedad. Estas dos concomitantes vitales inciden en cómo viven esos dos procesos en sus vidas, como dan cuenta de ellos, como las previenen, como las afrontan y cómo consideran que la pueden curar o sobrellevar.

La muestra la constituyeron 200 médicos y paramédicos de Bucaramanga y Floridablanca; se les aplicó una batería de instrumentos de evaluación multivariada. Se realizó un Análisis Factorial mediante Componentes Principales y rotación Varimax. En la variable Afrontamiento se encontraron nueve componentes que explican el 64.057% de la varianza; en Estereotipos, tres que explican el 56.488%; en Actitud, siete que explican el 66.412%; en Emociones, cuatro que explican el 63.744%; en Explicaciones, cinco que explican el 70.218%; en Formas de Control, cuatro que explican el 71.283%; en Valores, seis que explican el 64.467%; en Formas de Cuidado, uno que explica el 58.080%. A partir de los resultados obtenidos, se evidencia que la teoría de la representación social puede ser considerada como una buena herramienta para el estudio social de las creencias de salud y enfermedad.

Palabras claves: Representaciones sociales, salud y enfermedad.

REPRESENTACIONES SOCIALES DE SALUD Y ENFERMEDAD EN
MEDICOS Y PARAMEDICOS DE BUCARAMANGA Y FLORIDABLANCA

El tema de la salud y la enfermedad, con el paso del tiempo, ha llegado ha constituirse como una razón más de ser de la sociedad y la ciencia. La historia muestra cómo se ha intentado explicar este fenómeno desde diferentes enfoques; en épocas remotas las creencias acerca de la enfermedad estaban impregnadas de elementos mágico-religiosos, (donde en una fase politeísta, las diferentes enfermedades se atribuían a la ira de determinados dioses y su cura, a la bondad de los mismos); los acontecimientos eran impredecibles e incontrolados, y por más voluntad que el hombre pusiera no lograba escapar de Jos efectos del fenómeno. Más recientemente desde las ciencias modernas se constituye un conjunto de ideas que tienen como base un fundamento científico y empirista.

En la ciencia moderna se ha privilegiado un enfoque primordialmente organicista, se fundamenta en que el origen de la enfermedad es puramente orgánico, por lo cual no tienen cabida las explicaciones de las enfermedades en términos de los factores sociales, institucionales o históricos; uno de los principales objetivos y prioridades de la ciencia hasta nuestros días ha sido aportar soluciones en este nivel. Sin restar importancia a estas soluciones, las mismas son insuficientes para resolver de manera integral esta problemática, ya que se minimiza la influencia de factores sociales como los económicos, políticos, migratorios, catastróficos, etc., que también contribuyen a la problemática de la salud y la enfermedad.

En la actualidad existe una corriente de conocimiento que intenta entender y explicar cómo Las personas comunes

entienden los aspectos relacionados con la salud y la enfermedad. Esta corriente desarrollada por Moscovici (1961), es la teoría de las representaciones sociales, la cual afirma que las personas dadas sus características inherentes, su propio desarrollo y las condiciones específicas en las que están inmersas, dan una interpretación propia a los hechos. Con este enfoque deja de priorizarse el aspecto orgánico de la salud y la enfermedad, y se toman en cuenta tanto los procesos cognoscitivos como el simbolismo social acerca de estos temas (las ideas de la gente de la calle).

Las diversas formas como las personas construyen y representan estas dos concomitantes vitales inciden en cómo viven esos dos procesos en sus vidas, cómo dan cuenta de ellos, cómo la previenen, la afrontan y cómo consideran que la pueden curar o sobrellevar.

Con el propósito de estudiar la función que desempeñan las múltiples teorías que las personas elaboran acerca de la salud y la enfermedad, así como de sus propias enfermedades y/o tratamientos, existe la necesidad de indagar, cómo las creencias acerca de la salud y la enfermedad dan cuenta de muchos de los problemas de las personas asociados con los hábitos de salud, estilos de vida y de sus conductas preventivas de salud.

Este estudio acerca de las representaciones sociales de la salud y la enfermedad intenta explorar y analizar cómo éstas se manifiestan en las personas, concretamente en los médicos y paramédicos de hospitales y clínicas de la ciudad de Bucararnanga y municipio de Floridablanca; además, busca identificar las características y particularidades de las mismas y sus componentes cognitivos-sociales en la población objeto de estudio.

El aproximarnos a estas concepciones sobre la salud y la enfermedad en los médicos y paramédicos de hospitales y clínicas de la ciudad de Bucaramanga y el municipio de Floridablanca permite identificar de manera específica las características de significado que atribuyen a la salud y la enfermedad, las formas de afrontamiento, estereotipos ante los enfermos, actitudes, emociones, explicaciones, formas de control, valores, formas de cuidado sobre la concepción de la salud y la enfermedad, y su forma de concebirlas dentro de sus estilos de vida.

Teniendo como referente lo anterior surge el siguiente problema de investigación: ¿A partir de cuáles categorías de las representaciones sociales interpretan los médicos y paramédicos de hospitales y clínicas de la ciudad de Bucaramanga y el municipio de Floridablanca ante el fenómeno de la salud y la enfermedad?.

Objetivos

Objetivo General

Identificar cuáles categorías de las representaciones sociales interpretan los médicos y paramédicos de hospitales y clínicas de la ciudad de Bucaramanga y el municipio de Floridablanca ante el fenómeno de la salud y la enfermedad.

Objetivos específicos

Identificar las formas de afrontamiento que utilizan los médicos y paramédicos estudiados, ante la salud y la enfermedad desde su lógica interpretacional no formal o cultural.

Detectar estereotipos que poseen los médicos y paramédicos estudiados respecto a la salud y la enfermedad

de la ciudad de Bucaramanga y el municipio de Floridablanca.

Distinguir los componentes de las representaciones sociales evaluadas: actitud, emociones y valores en la población objeto de estudio.

Discriminar razonamientos cotidianos que influyen en las representaciones sociales entorno a la salud y la enfermedad en la población objeto de estudio.

Establecer las formas de control del proceso de la salud y la enfermedad que utiliza la población objeto de estudio.

Categorizar las formas de cuidado de la salud de la población objeto de estudio.

Antecedentes de la investigación

En los estudios acerca de las creencias de la salud y la enfermedad se describen elementos válidos que permiten hacer inferencias verosímiles acerca de los procesos involucrados en las mismas.

En la década de los sesentas, Claudine Herzlich (ct al., 1969. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002) inició en Francia una serie de investigaciones con objeto de detectar qué representaciones de la salud y la enfermedad estaban presentes dentro de la población de ese país. Al analizar las entrevistas, Herzlich encontró, por una parte, tres concepciones de la salud: 1. La salud como ausencia de enfermedad o falta de conciencia de sintomatología. 2. La salud como reserva, como un activo de inversión, como un estado, como medida de fortalecimiento, etc. 3. La salud como equilibrio, como armonía de la mente y el cuerpo. Por otra parte, tres concepciones de la enfermedad: 1. La

enfermedad como destructora, la enfermedad vista como limitadora de la capacidad para llevar a cabo las obligaciones, aunada a la pérdida del estatus social y soledad. 2. La enfermedad como liberadora de responsabilidades no deseadas, lo que permite el desarrollo de otras actividades, por ejemplo estar con la familia, leer, etc. 3. La enfermedad como ocupación, como reto al que hay que enfrentar con energía. (Apéndice A)

En 1990, Agustín Echebarria (*et al.*, 1992. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002) del departamento de Psicología Social de la Universidad del País Vasco, llevaron a cabo un estudio para conocer las representaciones de la salud, la enfermedad, las medicinas y su influencia en las estrategias de afrontamiento ante los primeros síntomas de enfermedad; se efectuó sobre una muestra de 902 sujetos. Se halló en el primer análisis de cluster, que la salud se consideraba como el resultado de un balance entre el cuerpo y la mente y la enfermedad se consideró que era causada por la falta de ejercicio, el estrés en el trabajo, el mal humor, la contaminación ambiental y la pobreza. Las fórnias de control de la salud y la enfermedad se basaban en sus propias conductas, donde la dieta, el ejercicio y el buen humor son importantes para una existencia saludable. Las medicinas se evaluaron negativamente, las personas subrayaron las consecuencias negativas de las medicinas, que se consideraron inútiles y un gran negocio de algunas empresas. (Apéndice B) . En el segundo *cluster* se encontraron los siguientes factores: La salud era sinónimo de existencia de capacidad en el trabajo y vida alegre, y la enfermedad se explicó por diferentes factores como la pobreza, la herencia y la adulteración de los alimentos,

pero también por el vicio y el libertinaje. La forma de control de la salud y la enfermedad se basaba en la dieta y el ejercicio, pero también en factores expertos como La suerte y Dios. La actitud hacia las medicinas fue positiva. Las medicinas se consideraron como el mejor recurso que ayuda a recuperarse de la enfermedad y aliviar el dolor.

(Apéndice C). El tercer *cluste*: debido a sus características ocupó una posición intermedia entre los dos anteriores. Las medicinas se consideraban que contribuían para recobrase de la enfermedad. La propia conducta era considerada importante para iniciar la salud y recuperarse de la enfermedad, pero también las medicinas, las revisiones médicas y los médicos eran importantes.

Stainton (et al., 1991. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: LJAHL, 2002), realizaron un estudio en Inglaterra que tenía como objetivo conocer las creencias de las personas sobre la salud y la enfermedad. Las respuestas de los sujetos se sometieron a un análisis factorial del cual se extrajeron siete factores: El primer factor se llamó crítica cultural; en éste se explicaba la salud como resultado del estatus, el poder y la riqueza. Por el contrario, la enfermedad se explicaba como el resultado de las desigualdades sociales, La explotación y la pobreza; El segundo factor se llamó fuerza de voluntad, en el cual, la salud se explicaba como una capacidad del control de las personas para promover su propia salud y la lucha contra las enfermedades. La enfermedad se entendía como una pérdida del control, sobre si mismo, como consecuencia de La irresponsabilidad y la falta de voluntad para luchar contra las enfermedades. El tercer factor se nombró promoción de la salud; en él se explicaba la salud como el resultado de un equilibrio

psicológico promovido a través de conductas de vida sanas, La enfermedad se explicaba como producto del desequilibrio espiritual y es estrés ambiental. El cuarto factor se llamó el cuerpo como máquina, en éste se explicaban 1.a salud y la enfermedad a través de la analogía del cuerpo como una máquina, que puede funcionar correctamente si se le mantiene en forma adecuada, y empezar a fallar si se le descuida. Se interpretaba que éste mantenimiento era una responsabilidad personal y que la negligencia producía la enfermedad. El quinto factor se nombró desigualdad de acceso, que era similar al factor 1, crítica cultural, dado que en éste también se explicó la salud como el resultado del estatus, dinero y poder, que se constituían como medios de acceso a los buenos alimentos y a los servicios de salud. El sexto factor se nombró cuerpo asediado, en él se explicaba la salud como una responsabilidad personal. La enfermedad se concebía como el producto del vencimiento de la persona por parte de entes biológicos malignos (virus, gérmenes, etc.), también podía ser el resultado de un mal manejo personal de las emociones o una combinación de ambos (lo biológico y lo emocional). El séptimo factor se llamó individualismo robusto; en él se explicaba la salud como responsabilidad de las personas. La salud era altamente valorada como parte de la libertad individual. La enfermedad se explicaba como resultado de los elementos de vida moderna: el estrés, la contaminación, etc.

A partir de los estudios anteriores se realizaron diversas investigaciones en diferentes países. Álvarez (el: al., 2002) realizó un estudio correlacional en México; la muestra estuvo constituida por 756 personas de centros educativos, hospitalarios y asociaciones civiles. En un primer momento se ejecutaron diversos análisis factoriales

y de Cluster, de los que se concluye lo siguiente: Se encontró una representación llamada amenaza/externa, muy relacionada con la hipótesis de desafío. En esta representación se halló que las personas perciben el medio como amenazante y/o nocivo, y por tanto deben sortear las constantes dificultades que éste les plantea. También se encontró otra representación planteada como hipótesis, llamada psicosocial, dado que asocia la enfermedad a la pérdida del papel y se define por explicar la enfermedad a través de la combinación de factores internos y externos. Finalmente, se encontró una tercera representación de las planteadas como hipótesis, llamada evasión externa. Se define por utilizar formas de control mágicas y médicas; esta representación también se define por un afrontamiento a través del alcohol y los tranquilizantes, lo que se asocia a la hipótesis de evasión.

Posteriormente Álvarez (et al., 2002) realizó en México un estudio experimental, la muestra estuvo constituida por 756 personas. Los resultados encontrados confirman la cuarta hipótesis, aquella que plantea que se atribuyen diferentes enfermedades, causas de la enfermedad y gravedad de las mismas dependiendo del estatus de la persona que la padece. Existen procesos de explicación intergrupales, dado que no se explica lo mismo si es un hombre o una mujer quien lo padece. Al ama de casa se le atribuyen más enfermedades de tipo psicológico, menos gravedad y se explica que las causas de sus enfermedades tienen que ver más consigo misma (su modo de vida, su carácter, problemas personales, aspectos hereditarios, etc.) y con la alimentación (mala alimentación, abuso de ciertos alimentos, etc.) y las adicciones. En cuanto al ejecutivo, se le atribuyen más enfermedades de tipo cardiovascular,

con un nivel de gravedad intermedio entre las de los otros personajes y se le atribuyen causas relacionadas con el trabajo. Pero también se explica de manera diferente en el grupo de hombres si es un obrero o si es un ejecutivo; las explicaciones acerca de la enfermedad, su gravedad y sus causas están determinadas por la distribución social de la posición en el trabajo (Echebarria; Valencia et al., 1993. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002). También existen esquemas de explicaciones sociales dado que hombres como mujeres atribuyen diferentes causas y diferentes enfermedades tanto al hombre como a la mujer, esto es, se podría esperar que las mujeres utilizarán un esquema de explicación diferente respecto a sí mismas, no obstante utilizan el mismo que emplean los hombres, de lo que se puede inferir que existen esquemas de explicación más generales o comunitarios, producto del desarrollo de las condiciones sociales en las cuales están inmersos (Marín; Weiner; Echebarria et al., 1989, 1982, 1993. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002).

Álvarez (et al., 2002) realizó un estudio correlacional, en el País Vasco, la muestra estuvo constituida por 377 personas de centros educativos, hospitalarios y asociaciones civiles. En un primer momento se realizaron diversos análisis factoriales y de Cluster de los cuales se concluye: Se encontraron también algunas representaciones planteadas como primera hipótesis. Muy relacionada con la representación de desafío, de ruptura del papel, moral y una promédica; se ha encontrado una representación llamada promédica/incapacidad. En cuanto al desafío, esto se debe a que en esta representación se encontró que las personas

perciben el meclio como amenazante y nocivo, y por tanto deben sortear las constantes dificultades que éste les plantea, para ello elaboran planes de acción, se informan, luchan y evitan precipitarse. Respecto a lo promédico se debe a que se apoyan en la institución médica para salir de la situación de enfermedad. Asimismo, lo de la ruptura de papel se debe a que la enfermedad se asocia a las incapacidades y a la pérdida de estatus. Respecto a lo moral, esto se debe a que la enfermedad se explica por el vicio y el libertinaje. Igualmente, se encontraron otras de las representaciones planteadas en las hipótesis, llamadas crítica a la medicina y desafío. La representación llamada autocrítica/interna presenta la primera de esas características, debido a que en ella se niega a utilizar la institución médica como forma de ayuda ante la enfermedad a la actividad para salir de ella junto a la fortaleza y a una actitud positiva. Finalmente se encontró una tercera representación llamada derrota/externa, que concuerda con la hipótesis de evasión, debido a que se define por utilizar el alcohol como forma de afrontamiento, al igual que no luchar contra la enfermedad y no buscar ayuda profesional. Asimismo se define por utilizar elementos externos como formas de control.

Posteriormente, Álvarez (et al., 2002) realizó en el País Vasco un estudio experimental, la muestra estuvo constituida por 377 personas. Los resultados confirman la cuarta hipótesis, aquella que plantea que se atribuyen diferentes enfermedades y gravedad de las mismas dependiendo del estatus de la persona que las padece. Al ama de casa se le atribuyen enfermedades de tipo urinario, anémico y psicológico, y se explica que las causas de sus enfermedades tienen que ver más consigo misma (su modo de

vida, carácter, problemas personales, aspectos hereditarios, etc.) y con la falta de descanso, En lo que respecta al obrero, se le atribuyen más enfermedades de tipo respiratorio y causas que tienen que ver con su trabajo (exceso de trabajo, falta del mismo, clima Laboral, querer ser mejor en el trabajo, etc.) y con la falta de descanso. Existen procesos de explicación intergrupales, dado que no se explica de la misma manera si es un hombre o una mujer quien lo padece; también se encontró que no hay una explicación diferente dentro del grupo de hombres si es un obrero o un ejecutivo, las explicaciones acerca de las enfermedades, su gravedad y sus causas están determinadas, junto con la pertenencia sexual, por la distribución social de la posición en el trabajo. (Echebarria; Valencia et al., 1993. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad:

Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002). También existen esquemas de explicación social, dado que tanto hombres como mujeres atribuyen diferentes causas y diferentes enfermedades tanto al hombre como a la mujer.

Esto es, se podría esperar que las mujeres utilizarán un esquema de explicación diferente respecto a sí mismas, no obstante utilizan el mismo que emplean los hombres, de lo que se puede inferir que existen esquemas de explicación más generales o comunitarios, producto del desarrollo de las condiciones sociales en las cuales están inmersos

(Marín, 1989; Weiner, 1982; Echebarria, 1993).

En Colombia Arriviilaga (et al., 2003) realizó un estudio en la ciudad de Cali, los sujetos utilizados en la investigación fueron 4.416 jóvenes y adultos de las diferentes facultades de la Pontificia Universidad Javeriana. Los resultados que se encontraron fueron; *Condición, actividad física y deporte*, Los jóvenes

presentaron una alta o muy alta presencia de creencias favorables relacionadas con esta dimensión (96%). El grupo de edad más joven tuvo mayores niveles de creencias favorables. En esta dimensión, no coincide la presencia de creencias favorables con las prácticas que resultaron poco o nada saludables. *Recreación y manejo del tiempo libre*, los jóvenes tienen una alta o muy alta presencia de creencias favorables en esta dimensión (96.6%). Cabe destacar, que el resultado de las creencias en esta dimensión coincide con el de las prácticas; es decir, jóvenes con un nivel de prácticas saludables o muy saludables tienen también creencias favorables. *Auto cuidado y cuidado médico*, los jóvenes presentan una alta o muy alta presencia de creencias favorables (82%). Como en el caso de la condición actividad física y el deporte, los jóvenes con creencias favorables en esta dimensión tienen prácticas poco o nada saludables. *Hábitos alimenticios*, los jóvenes tienen alta o muy alta presencia de creencias favorables en esta dimensión (73%). A pesar de ello tienen prácticas poco o nada saludables. *Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas*, los jóvenes tienen una alta o muy alta presencia de creencias favorables al respecto (69.8%). De igual forma que en el caso anterior, este resultado no es coincidente con las prácticas que fueron poco o nada saludables. *Sueño*, en esta dimensión 69.3% de los jóvenes presentaron niveles bajos o muy bajos de presencia de creencias favorables. Este resultado no coincide con el de las prácticas que fueron saludables y muy saludables. En la única dimensión donde el comportamiento de los jóvenes es coincidente entre creencias y prácticas es en recreación y manejo del tiempo libre. La incongruencia entre creencias y prácticas en la mayoría de las dimensiones descritas pone de manifiesto que

el factor cognitivo no siempre actúa como mediador determinante en la ejecución de conductas prosalud.

En Cuba Knapp (et al., 2003) realizó una investigación con una muestra de 105 sujetos de ambos sexos. A partir de los resultados se llegan a las siguientes conclusiones:

Existe una representación social en la muestra estudiada en tanto que los sujetos poseen un conocimiento específico de sentido común, orientado a la práctica, la comunicación, comprensión y dominio de su entorno social; la representación social de la salud se caracteriza por un núcleo figurativo constituido por el Bienestar, alrededor del cual se encuentran las categorías referidas a la Institución, Personal y Práctica Médica, Calidad de Vida, etc.; la información que poseen los sujetos sobre el objeto de representación proviene fundamentalmente de los medios formales, de las instituciones de salud y personal especializado y de forma vivenciada por la comunicación social y la observación; la actitud hacia la salud no es favorable, ni activa, aunque conocen y diferencian las conductas saludables de las que no lo son, pero no asumen un comportamiento activo y hacedor de su salud; se constatan diferencias en la representación social de la salud entre los grupos etéreos estudiados con relación a las características con la misma.

En otro estudio descriptivo correlacional realizado en México por Meda (et al., 2004), se obtuvieron datos de 1234 estudiantes; todos eran alumnos regulares del Centro Universitario del Sur (CUSUR), de las carreras de psicología, negocios internacionales, medicina, enfermería, nutrición, derecho, turismo, rescates y seguridad laboral y administración de redes de cómputo, así como alumnos regulares de la carrera de psicología de la Universidad

Autónoma de San Luis Potosí. En los resultados, se realizó un análisis factorial con rotación Oblimin de la Escala de Creencias de Salud Enfermedad, obteniéndose cinco factores que explicaban el 47.60% de la varianza. Factor 1 relaciones sociales, Factor 2 autocuidado, Factor 3 consumo de sustancias, Factor 4 conductas preventivas, Factor 5 consumo de tabaco, alcohol y drogas. Los resultados indicaron que se encontraron diferencias significativas por género, siendo las mujeres las que tuvieron puntuaciones más altas en todos los factores del cuestionario de Creencias de Salud Enfermedad y por Universidad se encontró que los estudiantes de CUSur tuvieron puntuaciones más altas en las creencias de conductas preventivas y de consumo de tabaco, alcohol y drogas, pero los estudiantes de San Luis Potosí tuvieron puntuaciones más altas en el Factor 2 relacionadas con las creencias de Autocuidado.

Sobre la base de lo anterior, se encontró que de manera general los estudiantes se caracterizaron por tener creencias orientadas a la salud; como, por ejemplo, creen importante hacer ejercicio físico sistemáticamente y que esto se refleja en la salud, además de que creen que es importante tener conductas de autocuidado como, por ejemplo, visitar al médico una vez cada año, revisar periódicamente se cuerpo en busca de cambios, entre otros (Krauskopf et al., 1995. Creencia de Salud - Enfermedad en estudiantes universitarios. Revista de Educación y Desarrollo 2004). Así mismo creen que se deben evitar el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias (Bray et al., 2003. Creencia de Salud - Enfermedad en estudiantes universitarios. Revista de Educación y Desarrollo 2004).

Sin embargo llama la atención las creencias que tuvieron calificativos de ambiguas (Factor 3) tales como la creencia

de que ciertos estimulantes favorecían los procesos de aprendizaje, que el consumo de cigarrillo puede disminuir la ansiedad, la automedicación para evitar ir al médico y el sacrificio de reducir grasas, azúcar y embutidos en la alimentación (Ilczyszyn; Gurí et al., 2002. Creencia de Salud - Enfermedad en estudiantes universitarios. Revista de Educación y Desarrollo 2004). Anudando lo anterior, las creencias de los estudiantes reflejaron una tendencia a la prevención y atención a la salud. Resultó interesante que las mujeres tuvieron creencias mayormente protectoras con relación a los hombres.

En otro estudio realizado en México, España y Colombia Gil (et al., 2004) se analizaron los hábitos de alimentación y actividad física y las creencias sobre la salud y enfermedad de una muestra de 954 adolescentes, distribuidos en los países, así; Colombia (401), España (321) y México (232). Se emplearon cuestionarios sobre hábitos de salud y creencias sobre salud y enfermedad. Los resultados indican que el 58% de los participantes muestran un perfil de riesgo en alimentación, y el 62,9% presentan un perfil de riesgo en actividad física. Las comparaciones entre países indican peores perfiles de hábitos de alimentación para la muestra colombiana frente a la mexicana y la española, y peores perfiles de hábitos de enfermedad con el 61% de los sujetos mostrando un patrón indefinido de creencias sobre la salud y el 54% un perfil indefinido de creencias sobre la enfermedad, con diferencias significativas entre las muestras de los distintos países. El estudio que recoge este informe persigue comprobar la práctica o no de ciertos comportamientos de salud en población preadolescente y obtener el perfil de riesgo derivado de los mismos, a la

vez que la exploración del tipo general de creencias sobre la salud y la enfermedad y sus posibles relaciones con las prácticas de salud estudiadas. Se trata de un estudio exploratorio que representa un primer intento por aunar esfuerzos entre grupos de investigación de diferentes países y confirmar si las relaciones entre creencias y conducta de salud son universales o existen importantes diferencias culturales, incluso entre países con una lengua común, que obliguen una conceptualización ajustada a cada contexto. Los resultados han indicado que el perfil de riesgo básico de la muestra total resulta preocupante, habida cuenta que se trata de preadolescentes y adolescentes, puesto que sólo el 16,2% de la muestra total obtiene un perfil de riesgo básico bajo, lo que significa que un abrumador 83,8% de los sujetos muestra comportamientos de riesgo en las variables estudiadas. Por su parte, el análisis y discusión de los resultados relativos a las creencias sobre salud y enfermedad que presentan los sujetos de este estudio, cabe señalar que ambos tipos de creencias presentan similares patrones o perfiles, aunque también muestran ciertas diferencias parciales. En cuanto a los datos de la muestra total, cabe señalar que aproximadamente un tercio de la muestra presenta un patrón correcto de creencias en salud y en enfermedad, y más de la mitad de la muestra lo presenta indefinido en ambos casos, lo que significa que este patrón de creencias indefinido o impreciso en el tipleo en este tipo de sujetos, al que concuerda con los datos de estudios previos. Dicho patrón de creencias puede estar reflejando la gran importancia que se le ha otorgado a la información sobre la salud en las sociedades desarrolladas, que en casi todos los casos incluyen abundante y repetitiva información

tanto en los medios de comunicación como en el sistema escolar y el resto de contexto social (sistema de salud, publicidad, etc.). Parecería, por tanto, que el sistema de información ha conseguido que la mayor parte de la población presenta desde muy pronto escasas creencias incorrectas sobre la salud y la enfermedad, tomando grandes rasgos.

Marco Teórico

El Desarrollo Histórico De Las Creencias Acerca De La Salud, y La Enfermedad en las Sociedades Occidentales

El interés por hacer una breve revisión histórica de las creencias es con el fin de ver el recorrido y la evolución de las creencias acerca de las enfermedades, y las consecuencias que estas han tenido en las prácticas de la salud. Diversas creencias acerca de la salud y enfermedad se integran en la vasta red de creencias y valores culturales de toda la sociedad, dado que desde que las sociedades son tales, han estado asociados a las enfermedades, puesto que éstas se derivan de las condiciones sociales y las relaciones que los individuos establezcan entre si.

Explicaciones mágico-religiosas de la antigüedad

En épocas remotas las creencias acerca de la enfermedad estaban impregnadas de elementos mágico-religiosos, donde en una fase politeísta, las diferentes enfermedades se atribulan a la ira de determinados dioses y su cura, a la bondad de los mismos. En las explicaciones mágico-religiosas los acontecimientos son impredecibles e incontrolados, y por más voluntad que el hombre ponga no logra escapar de los efectos del fenómeno.

En la antigua Grecia las personas que enfermaban eran consideradas como seres inferiores, y la enfermedad como una maldición de los dioses. Al enfermo se le despreciaba por su imperfección, por su inferioridad. A cada dios se le atribuían diferentes enfermedades y desgracias cuando se le ofendía. Por ejemplo, si se manifestaba locura con la característica de dar gritos agudos como caballo, se decía que se había ofendido a Poseidón (Rosen et al., 1974. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002); a Atenea se le atribuían todos los bienes y males relacionados con el embarazo; el malestar de Apolo se traducía en peste para el pueblo; quien osaba mirar a Medusa era castigado con la parálisis; a Bacchos se le atribuían las manías y a Hera la demencia (De Coulanges et al., 1983. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002). El interjuego de lo mágico-religioso de esta civilización cristalizó en la figura de Esculapio, el dios con el don de curar de la ira de los demás dioses y por tanto de las enfermedades que sus iras provocaban.

Explicaciones mágico-religiosas y la cultura precolombina

En una de las culturas más conocidas del México antiguo, la azteca, sucedía un tanto de lo mismo/ las creencias acerca de las enfermedades estaban impregnadas de elementos mágico-religiosos. Cada enfermedad estaba relacionada con un dios específico o determinado evento mágico. Por ejemplo, el dios Xipe castigaba con males oculares; la ira de la diosa Macuilxochitlquetzal provocaba problemas en el embarazo; a Tláloc se le pedía fertilidad; el enojo de Quetzalcóatl provocaba reumatismos; Tlaltecútl enfermaba a los niños; Arnimitl provocaba enfermedades

digestivas; Xolotl provocaba deformaciones; Nanahuat.1 producía lepra (De Gortari et al.,1980. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002), etc. Algunas formas en que los aztecas trataban de calmar la ira de los dioses era el autosacrificio a través de la introducción de espinas de puerco espín; las ofrendas florales y de metales como el oro, el estaño, la plata y el mercurio; los sacrificios de animales como el pavo o la serpiente y sacrificios humanos de esclavos y prisioneros (Gutiérrez et al.,1988. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002). Cuando no se podía curar la persona, o no se sabía qué dios, malo o espíritu estaba castigándolo, se acudía a los adivinadores (tonalpohqui), para que le orientaran sobre su enfermedad y al dios al que se debía acudir para sanar, y se hacía un ritual de limpieza (neyolmelahualiztli) ante un adivinador (tonalpohqui).

Cristianismo y edad media: La enfermedad-pecado

La aparición de Cristo vino acompañada por los relatos de sus milagros de curación, a él se le atribuían saltaciones de todo tipo. Esos dones se transmitieron a sus discípulos y éstos también realizaban curas. Así, uno de los principios del cristianismo era la cura por la fé, lo que constituyó una de las más fuertes creencias respecto a las enfermedades en este periodo. Cuando alguien enfermaba los sacerdotes oraban por él, e invocaban a Dios y a su hijo Jesús; poco a poco la extensión de esas creencias dieron a los cristianos una gran influencia sobre la función de curar (Sigerist et al.,1987. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002), que con la leyenda de la

resurrección se hizo prácticamente dominante. La difusión del cristianismo trajo consigo una división en la especialización de los milagros de la curación por sus apóstoles o santos. Cada santo era invocado en determinadas enfermedades: San Sebastián protegía de las plagas; San Lázaro de la lepra; San Vito de la epilepsia; San Antonio del ergotismo; San Blas de la garganta, etc.

El cristianismo se autonostró la religión de curar, dirigida a los pobres, los enfermos, los afligidos y los desarraigados. Entre las primeras obras de los cristianos se encuentran la creación de limosnas, albergues y hospitales (Sigerist; Rosen et al., 1987,1985. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: IJANL, 2002).

El cristianismo atribuía las enfermedades a castigos por los pecados cometidos por las personas y por los pueblos; las enfermedades y las epidemias era una limpieza que hacía Dios, dado que solo atacaba a los impuros, y por tanto el sufrimiento era purificación y desarrollo espiritual.

Durante la edad media una de las creencias más sustentadas por el cristianismo era que se consideraba a los enfermos mentales como poseídos por el demonio, y como tales debía tratárseles aislándolos de la población y sometiéndolos a flagelación y exorcización (Rosen et al., 1974. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002). La institución religiosa aprovechó toda esta situación para desprestigiar a médicos y sanadores, acusándolos de charlatanes que nunca podrían hacer nada contra el poder de Dios (Resina et al., 1991. Estudio de las Creencias, Salud

y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002).

Con el dominio del cristianismo en el mundo occidental, se impuso su sistema de creencias respecto a las enfermedades. La enfermedad era considerada como algo sobrenatural, más allá de los hombres y de los pueblos, algo del dominio único de Dios. La asistencia de los clérigos a los enfermos era de naturaleza espiritual, dado que el dominio de la salud era otra de las formas de mantener el orden social existente. Los castigos y penas espirituales eran más severos para los desposeídos. Así, los hombres y los pueblos sanos se les consideraban libres de pecado. Por el contrario los hombres y pueblos que eran afectados por las enfermedades se les consideraban como impuros de pensamiento y de acción. El enfermo tenía la obligación de confesar todos sus pecados para que el sacerdote dedujera e impusiera la penitencia que aplacaría la molestia de Dios, lo que se traduciría en salud para el pecador.

El ambiente de la iglesia fue cada vez más sofocante debido al absoluto control de la vida social, su filosofía de inmutabilidad de las condiciones de pobre y rico, su asiduo control de la vida doméstica e íntima, y sobre todo porque aquel que negara esa intromisión era acusado de desacato a las leyes de Dios y por tanto castigado (Hale et al., 1986. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002). Todos estos hechos, junto con los temores a la ira de Dios; el ambiente emocional e intelectual de la época, provocado por las ideas religiosas que señalaban próximo el fin del mundo; la descomposición del orden debido sobre todo a la miseria y el reclamo de uno nuevo, desataban grados de

irracionalidad en torno a las explicaciones de las causas de las enfermedades. Así, conflictos entre los mismo cristianos, los horrores de las cruzadas, el abuso del papado en el sistema fiscal (Riu *et al.*, 1985. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002), el crecimiento demográfico, la malas cosechas, el azar de los precios, la invasión de la ciudad por gente del campo, el aumento considerable de la pobreza, el constante aumento del poder ideológico y material de la burguesía con el control del comercio de intercambio y; los descubrimientos científicos, terminaron provocando el descontento de una parte del Clero, y sobre todo en el pueblo, y minimizaron la credibilidad de las bondades de la fé cristiana con esas características.

Renacimiento y secularización

Con la llegada del renacimiento las creencias cristianas fueron perdiendo fuerza y fueron apareciendo otras. Poco a poco la estructura de una nueva organización social tomaba forma a través de los valores de la burguesía. Las creencias acerca de las enfermedades también se transformaban. Los nuevos descubrimientos empezaron a destruir la gran barrera del poder eclesiástico medieval, debido a que dieron nuevos motivos para la discusión de los puntos de vista de los científicos de la antigüedad. A medida que el sistema feudal iba perdiendo fuerza y el cristianismo se debilitaba, nuevas corrientes religiosas cobraban fuerza.

En cuanto a la ciencia médica, los textos De Medicina de Cornelio Celso, el Corpus de Hipócrates, y los textos de Galeno, avivaron enormemente las críticas al abordaje de la enfermedad por parte de la iglesia. Otros textos fueron De Humanis Corporis Fábrica de Andrea Vesalio, en el que se

alienta a los científicos a experimentar con el cuerpo humano, y Quaderni d' Anatomía de Leonardo da Vinci (Man et al., 1989. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002). Estos acontecimientos fueron minando las creencias religiosas y afirmando las de carácter científico u objetivo. Las explicaciones de las enfermedades pasaron de lo religioso a lo terrenal, se rompieron tabúes como la disección, el tocar el cuerpo del enfermo, el de la cirugía (Foucault et al., 1974. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002), lo cual trajo como consecuencia un acercamiento cualitativamente diferente tanto de la enfermedad como del enfermo. Se pasó de lo sobrenatural a lo terrenal, de la oración a la observación y experimentación, del escapulario y el crucifijo a la auscultación. Por tanto a la par de nuevos descubrimientos acerca de la causa de las enfermedades, los médicos hicieron su aparición ofreciendo sus productos medicinales.

Desarrollo del capitalismo y medicina social

Con el advenimiento de las revoluciones polacas e industriales en Europa, se inicia una época de grandes cambios en los pensamientos de los hombres y en la organización de los pueblos europeos. Las nuevas formas de organización social llamadas Estados empezaron a hacerse cargo de diversas actividades de la sociedad, como la salud (la salud del pueblo es un problema que concierne a toda la sociedad).

En esta época, se inicia el uso público del recuento o las estadísticas como una forma del estado de definirse a sí mismo y de ver, en forma más clara, su poderío, a través de conocer más de cerca de su población, así como de la

cuantía de sus recursos; además de, interesarse por las cifras de los nacimientos, muertes y casamientos que se daban dentro de los estados.

La salud se organizó y racionalizó bajo el interés de conocer en qué forma el potencial del país podía verse afectado por las enfermedades. Se fomentó una nueva definición del enfermo, como aquel que no podía trabajar, que no era productivo. Se elaboró un nuevo discurso y conocimiento sobre la forma cómo debe entenderse el origen, distribución y las diversas formas de solución a los problemas de la salud que se plantean en la nueva forma de organización social, entre ellos la atención a la salud y la enfermedad. La salud se hizo más democrática.

La salud era una responsabilidad de la comunidad y la sociedad tenía la obligación de velar por la salud de todos sus miembros; así, se organizaron instituciones y recursos a través de las nuevas autoridades. Se impusieron nuevos procedimientos y concertaciones acordes con la nueva corriente ideológica, en los cuales se veían inmersos el estado, grupos religiosos, sociedades de ayuda o socorro, sociedades filantrópicas, etc. Se implantaron en forma fija medidas de higiene (Rosen et al., 1985. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002). Esta era la filosofía del nuevo estado, que asumía las formas de mantenimiento del nuevo orden para una mejor productividad, bajo el argumento de que esto acarrearía un aumento en la riqueza de sus miembros.

La medicina moderna se iniciaba siendo social, se fue fomentando e institucionalizando la creencia de que la salud debería estar en manos de los especialistas médicos, y éstos bajo la supervisión de las autoridades. Los médicos

tenían el conocimiento y la técnica que permitía controlar la enfermedad y fomentar la salud, los conocimientos que poseían les permitían enseñar a las personas las normas y reglas básicas que deberían seguir y respetar, en beneficio de su propia salud y sobre todo en el de la comunidad. Por esta razón, los médicos se instalan en las estructuras administrativas constituyéndose en grupo y/o instancia del poder. Como grupo se abocan a la tarea de encontrar las mejores formas de mantener sana la producción atendiendo a todos aquellos fenómenos que la pudieran afectar. Otro de los objetivos era el de poder delimitar cuándo una persona podía estar sana o enferma, tomando como base de diagnóstico el que pudiera trabajar o no (Foucault. *et al.*, 1991. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002). Imperaban criterios de productividad en las primeras exigencias sociales a la medicina moderna. La ciencia médica se ponía al servicio del nuevo orden, se legitimaba aceptando al nuevo régimen, pasaba a formar una estructura social más, monopolizando el conocimiento en torno a La salud y la enfermedad.

En el fondo de todo esto se encontraba la idea de control, ya sea a través de la disminución de la morbilidad, mortalidad o el incremento de la esperanza de vida, con el fin de mejorar el rendimiento de la personas en el trabajo y tener una mayor producción (los médicos insertan su práctica médica a una práctica política). La práctica médica se introduce no solo en la enfermedad, sino también en las formas generales de vida (alimentación, vestimenta, etc.).

El estado trataba de favorecer las elites científicas o industriales, como una forma de protección en la

competencia por el desarrollo y los mercados ante otros estados. Se impuso la creencia de que el conocimiento médico debía estar en manos de los médicos. Estos personajes se convirtieron en los consejeros fijos y máximas autoridades morales en la administración de la salud.

El modelo médico de la enfermedad

Constituye un conjunto de ideas que tiene como base un fundamento científico y práctica empirista.

Se fundamenta en que el origen de la enfermedad es puramente orgánico. En este enfoque no tienen cabida las explicaciones de las enfermedades en términos de los factores sociales, institucionales o históricos, ya que parte de la neutralidad del sanador, dada su objetividad (Crevena et al., 1979. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UZkNL, 2002), y además la consecución de la salud tiene un costo económico.

El desarrollo de la nueva sociedad capitalista trajo sus consecuencias, una de ellas era que quien no podía pagar los servicios médicos, simplemente no los obtenía. Otra era que los conocimientos médicos extraídos básicamente del estudio, manipulación y experimentación sobre los cuerpos enfermos de los pobres, redituaron en la salud de los que podían pagar los servicios médicos (Foucault et al., 1991. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002).

Así la sociedad industrial trajo consigo a la par de la distribución y estratificación de los factores económicos, la división de las parcelas del conocimiento; entre ellas, el saber de la curación y la consecución de la salud. El

conocimiento que antes era popular y de fácil acceso para todos, se volvió un coto privado a través de la escritura, los textos y sobre todo el secreto; conocimiento solo para aquellos iniciados dentro de las normas de las sociedades médicas, que florecen bajo los estatutos de la nueva organización social, que ve con buenos ojos cómo sus puntos de vista económicos alinean y convergen la ciencia y prácticas médicas. Por tanto, todo aquel que no cumpliera con los lincamientos de formación de la profesión médica era condenado, puesto que el conocimiento tenía un valor y, como el valor de la salud era elevado, su tasa de fijación también lo era. El conocimiento médico entra en el juego de la oferta y la demanda. Por tanto, el conocimiento médico se convierte en una profesión liberal. La creencia en el saber de los médicos se va imponiendo a la creencia del saber de los religiosos.

Con la posterior soberanía de los médicos sobre el saber en torno a la salud y la enfermedad y las instituciones que se hacen cargo de las mismas, su poder se amplía más allá de la eficacia de su saber. Esto es aprovechado también por ellos para alejar a otras personas y a otros científicos de los centros de decisión en torno a la salud. Respecto a la salud y la enfermedad, ningún otro tiene una opinión y un conocimiento que esté por encima del médico, nadie puede intervenir en el problema de la enfermedad si no es el médico, por no ser este su dominio. Los demás científicos quedan excluidos, solo pueden opinar y ayudar en la elaboración de instrumentos y herramientas, no de conocimientos.

El nuevo orden de las cosas trajo como consecuencia una gran cantidad de pobres y desamparados que no tenían acceso a servicios médicos ni al bienestar en general. Lo que

provocó que el estado tomara en sus manos la organización de la salud en aras del bien público.

Bajo los principios del modelo médico, los sistemas nacionales de salud se fueron organizando en los países occidentales.

La distribución de los servicios de los sistemas nacionales de salud se fueron organizando en los países occidentales; el modelo médico se institucionalizó para organizar la atención a la salud. Se creó un medio más del estado para dirigir y controlar.

El grupo en el poder ya tenía bastante experiencia e interés en una serie de fenómenos que algunos científicos ya habían señalado. Por ejemplo, los estudios de John Arbuthnot acerca de la proporción de nacimientos de hombres y mujeres, que si bien databan de tiempo atrás dado pie a un interés y fomento en tratar de extraer leyes sociales para una utilización racional de las mismas. Lo racional lo referían a la planificación y mejora de la producción. Otro ejemplo, fueron los estudios de J.H. Lambert sobre la ley de la mortalidad, las tablas de duración de la vida, las tablas de nacimientos y las de casamientos. A raíz de esto empezaron a abundar leyes sociales de todo tipo, sobre todo las de mortalidad y natalidad, que servían para tomar decisiones referentes a por ejemplo, cómo un gobierno podía tasar correctamente su política de ventas de rentas vitalicias, cuando en el mercado predominaba cierta tasa de interés con la cual obtuvieran muchas ganancias (Hacking et al., 1974. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002).

Al poder le interesaban este tipo de regularidades en las conductas humanas. Pero había una que en especial le interesaba, la obtención de tablas sobre las tasas d

enfermedades en las diversas edades. Este era un problema material y de efectos inmediatos en su economía, de ahí el interés por atacar ese problema. Así, en la época de los cincuenta del siglo XX ya había tablas de tasas de enfermedad por sexo, ocupación, localidad, etc., muchas de ellas ya eran consideradas leyes por muchos de sus investigadores. En este sentido, cobraron especial interés las tablas de enfermedad y mortalidad que desarrolló Richard Price para una compañía de seguros. En ellas preveía una pérdida de una semana laboral debido a enfermedades en personas de hasta 32 años y dos semanas en caso de personas de 60 años; preveía una duración media de vida de 24 años, y había llegado a la conclusión de que la tasa de enfermedad era proporcional a la tasa de mortalidad (ídem). Estos eran los principios epidemiológicos. Bajo una política de salud mercantilista, la distribución de los servicios estuvo enmarcada desde sus inicios con una determinada desigualdad, por lo que, del grado de inserción de las personas en el proceso productivo dependía el grado de atención a la salud que se les brindaba.

Con el desarrollo de las sociedades y los avances científicos y médicos, se ha acrecentado el poder social del grupo médico en nuestras sociedades.

Creencias actuales sobre la enfermedad

Respecto a las creencias mágico-religiosas, estas no han desaparecido a pesar del desarrollo de las sociedades occidentales. Estas creencias conviven con el modelo médico, por la continua labor de los grupos religiosos.

Las creencias mágico-religiosas afloran cuando la enfermedad no puede curarse con los conocimientos médicos actuales. La creencia de los castigos de Dios surge sistemáticamente en los primeros momentos en que aparece

alguna enfermedad de proporciones alarmantes y desconocimiento de cura para la misma. Siempre habrá personas que se guien por creencias mágico-religiosas y que se someten en el nivel social, sobre todo cuando la ciencia tiene ante sí un gran número de enfermedades que no puede curar ni evitar.

Las creencias del modelo médico estarán siempre presentes en nuestras culturas, debido a que forman parte del corpus de ideas base de las características de este sistema social, y porque, son fomentados por los grupos sociales interesados en que se mantengan, dado su carácter legitimador de la institución. Otro de los elementos que pueden explicar el mantenimiento de estas creencias, las religiosas, las médicas y las del estado como protector de la salud del pueblo, es que éstas forman parte y son pilares del sistema de producción, son parte integral de un sistema de creencias que caracteriza a la sociedad occidental.

Además, en lo referente a la enfermedad quedan por resolver infinidad de problemas. Así, ante la falta de explicaciones y soluciones por parte de las instituciones, se hace uso de las especulaciones ya sean religiosas o médicas.

Una de las creencias que ha tomado forma en los últimos años: la del miedo y la desconfianza hacia el modelo médico (Illich et al., 1978. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002), al médico y a la medicación. Un ejemplo serían las terapias de electrochoques y las lobotomías utilizadas como "métodos de cura para las enfermedades mentales", técnicas muy usadas hasta hace relativamente corto tiempo (Jaspers

et al., 1988. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002).

La desconfianza hacia el modelo médico tiende a ser sistemática en nuestras sociedades; se fundamenta en que muchos de los problemas de salud se deben al uso político de la salud, la enfermedad y los sistemas nacionales de salud, por parte de los médicos y las industrias farmacéuticas en su propio beneficio. Un ejemplo de esto sería el continuo fomento a la medicación para combatir las enfermedades, con una política mercantilista que trata de que las medicinas sean vistas casi como remedios mágicos, que curan casi todo. Con esto no se fomenta la cura a sí mismo desde el modelamiento de los hábitos y del hábitat, sino desde el protagonismo del médico y de su tecnología.

Otro factor que ha producido desconfianza, es la omisión de los fracasos en la explicación de las enfermedades más importantes de las sociedades en la actualidad; además de, la negación sistemática por parte del sistema médico de los escándalos de su profesión (Foucault; Illich; Paez et al., 1988-1981, 1978,1985. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002).

Como Foucault, se puede argumentar que no existe hasta ahora un progreso médico que no haya traído hasta ahora consecuencias negativas directamente vinculadas con él (Foucault et al., 1990. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002), como en el caso del descubrimiento de la anestesia general, que provocó furor en las intervenciones quirúrgicas, pero no se había desarrollado la asepsia y por lo general todos los intervenidos morían.

El modelo médico es activo y se renueva, últimamente por explotación de las nuevas tendencias del hedonismo social así, trata de mantener su estatus de dominio sobre las "imperfecciones" humanas, y se adecúa a la nueva filosofía de capital cuerpo (Lipovetsky et al., 1994. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002). Pero continua su política de desligamiento de cualquier otro tipo de cura, llámese osteopatía, quiropráctica, acupuntura, homeopatía, etc., y fomentando la creencia de que la enfermedad es destructora y hace al individuo un ser inferior, dependiente y un estorbo social.

Los sistemas nacionales de salud siguen siendo los mismos principios de costo-beneficio para mantener la productividad, puesto que, los últimos avances médicos no se integran en los sistemas nacionales de salud hasta mucho después de su descubrimiento, y hasta la reducción de los costos de éstos, dado que no serían rentables para "los administradores de los bienes de la nación".

Estudio de las creencias acerca de la salud y la enfermedad con base en el paradigma de la psicología cognoscitiva

La teoría cognoscitiva tomó de Lewin la tradición de la experimentación con los grupos en el laboratorio y la manipulación de la conducta, también sus planteamientos sobre la dinámica del proceso del espacio vital psicológico y contextual, así como la concepción del grupo como un todo dinámico y sus ideas sobre el clima social (Lewin et al., 1978. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002). De Festinger tomó sus estudios sobre la dicotomía equilibrio-desequilibrio cognoscitivo, y la importancia de considerar

las diversas cogniciones, contradictorias entre si , que posee la persona, y que influyen en sus opiniones, actitudes, prejuicios, etc., dicotomía que llamó disonancia cognoscitiva; así mismo tomó sus ideas sobre los procedimientos que usan las personas para tratar de reducir la disonancia cognoscitiva en el momento de tomar una decisión (Festinger et al., 1954. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002). Además la psicología cognoscitiva se sirvió de las explicaciones de Festinger acerca del contexto social que influían en la conducta de las personas, al igual que de sus ideas sobre las formas de comunicación en el grupo respecto al apoyo, la persuasión o proselitismo y la comparación social.

Síntesis de los antecedentes de la psicología cognoscitiva

Debido a la insuficiencia de los modelos psicológicos aparecidos a principios del siglo XX para explicar diversos aspectos de la personalidad y la conducta humana, surge un paradigma alternativo, el de la psicología cognoscitiva.

La psicología cognoscitiva integra los diferentes paradigmas que interpretan a las personas como constructoras y procesadoras activas de la información vertida en el medio social, para lo cual utiliza planes, esquemas prototipos y guiones de interpretación (Ladina n; Manís et al,, 1983. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002) . Esta teoría entiende que los procesos cognoscitivos están regidos por reglas formales similares a los procesos lógicos o matemáticos, y parte del supuesto de que la funcionalidad de las personas es instrumentada con b;ise en las formalizaciones que llevan a un comportamiento lógico-funcional. Considera al organismo humano como un sistema.

eficiente, adaptativo cuyo comportamiento es instrumental, debido a que construye modelos eficaces para explicar y predecir los hechos, afrontar su medio y dominarlo a través del conocimiento y los comportamientos racionales e intencionados (Fodor et al., 1980. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002). Así, la conducta de las personas será resultado de la adaptación a las exigencias del medio y de los intentos por orientarse racionalmente ante él (Mayer et al., 1986. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002).

Desarrollo del paradigma de la psicología cognitiva

Suelen identificarse en dos corrientes de interpretación. La clásica, que interpreta que las personas elaboran la información proveniente del medio y de ellos mismos a través de un proceso de asociación de los estímulos que tiene como base las características y similitudes de los mismos, en el cual el procesamiento llevado a cabo en el pensamiento es lineal debido a que se sigue una serie de estadios secuenciados en el análisis de los hechos. La otra corriente, la más "heterodoxa", asume que las personas interpretan el medio a través de procesos cognoscitivos complejos, más allá de la simple asociación.

Se construyó una teoría psicológica cuyo propósito fue desarrollar los principios generales del funcionamiento cognoscitivo y su aplicación en los comportamientos sociales como son las funciones, el grupo, las instituciones, la pareja, etc. Se deducía que si se lograba explicar la dinámica de la construcción de esquemas de pensamiento a través de elementos simples como la percepción, la atención, la memoria, era obvio que se

lograría deducir la forma de los esquemas con los que las personas interpretaban su medio y se comportaban ante él. Lo importante era identificar la lógica procesional de la información que utilizaban las personas, para de esa manera conocer sus posibles reacciones ante el medio.

Esta nueva interpretación teórica supuso una modificación en la estrategia del estudio de las personas, que se reflejaba también en una concepción distinta del uso del método experimental. Los principios cognoscitivistas sirvieron para estudiar una gran diversidad de variables tales como la inferencia social, la atribución de causas, el comportamiento grupal y su relación con la atención, la memoria, etc.

Los descubrimientos que de estos trabajos se desprendieron permitieron un avance significativo en la psicología social respecto a los procesos intrapsíquicos. Pero a la vez surgió un gran número de preguntas como: ¿cuál es la influencia de lo social en la conceptualización de las personas?, ¿cuál es la influencia del grupo de pertenencia en la elaboración de esquemas conceptuales?, ¿qué función cumplen las emociones y las motivaciones en todo este proceso?, o sea, la influencia de los procesos interpersonales y macrosociales en la elaboración de conocimientos.

Interpretación de las actitudes desde el paradigma de la psicología cognoscitiva

Un primer periodo del estudio de las actitudes se corresponde con la consolidación de la psicología social y con el interés de la construcción de herramientas específicas para medir actitudes, esto por la década de los treinta. Las actitudes se definieron con un marcado carácter social, puesto que eran entendidas como una serie

de normas y valores de grupo que servirían para orientar su relación en el nivel social, donde estos valores y actitudes se reflejaban en el nivel individual. Se caracterizó por la creencia de una estrecha relación entre actitud y conducta (Fazio et al., 1986. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002). Un segundo período marcado por la influencia del paradigma dominante que era el conductismo y centrado en el interés del estudio de la persuasión y el cambio de actitudes (Jaspars et al., 1978. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002). Las actitudes van a definirse como predisposiciones a responder en forma específica a determinados estímulos. El interés principal era conocer en qué situaciones y qué condiciones se daba la relación entre la actitud y conducta, y en qué forma podían transformarse (Fazio et al., 1986. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002). Un tercer periodo, el inicio de la alternativa del paradigma de la cognición social, las actitudes se definieron como esquemas cognoscitivos que servían para el análisis y valoración de objetos y situaciones (Echevarría et al., 1991. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002). Se caracterizó por responder a la cuestión de cómo se da o construye el proceso que lleva a una actitud a convertirse en conducta (Fazio et al., 1986. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas; UANL, 2002). Este cambio de paradigma viene aparejado con el sofisticamiento metodológico, el cambio de teorías de gran alcance a teorías específicas y, posteriormente con el desarrollo de

la informática (Graurnann et al., 1990. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002).

Actualmente se ha llegado al consenso de que las actitudes están constituidas por tres componentes: El cognoscitivo, que sería la información acerca de un objeto actitudinal y el procesamiento cognoscitivo que la persona hace de la información (Chaiken; Stangor et al., 1987. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002); el afectivo/evaluativo, esto es, los sentimientos de aceptación o rechazo ante un objeto en términos de bueno-malo, agradable-desagradable, etc. (Echevarría et al., 1991. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002); y el conductual, que sería la intención y/o conducta ante un objeto.

Las actitudes cumplen diversas funciones, entre ellas una función de conocimiento, destinada a reducir la información del medio; una función expresiva, dado que a través de las actitudes las personas expresan sus sistemas de valores y normas, así como sus emociones (Eazio et al., 1986. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002); también cumplirá una función adaptativa, en la medida de ayudar en la identificación con personas de actitudes similares y una función autoprotectora, en el sentido de que las actitudes ayudan a la resolución de conflictos internos a través del mantenimiento de una imagen positiva de la propia persona (Katz et al., 1982. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002) .

Para la psicología cognoscitiva las actitudes pueden considerarse esquemas que sirven para reinterpretar selectivamente la información social en estructuras de memoria cognoscitiva. Las explicaciones que se han realizado de las actitudes se han centrado en una concepción racionalista de las personas, y el interés ha estado en cómo se realiza el procesamiento de información y cuáles son los factores que le afectan.

La atribución causal vista por la cognición social

Atribución causal son las explicaciones cotidianas y de sentido común que las personas elaboran para explicar su medio en términos de causas y efectos de determinados hechos o eventos. Las personas analizan la información a la que tiene acceso para tratar de explicar y controlar su entorno (Hewstone; Antaki et al., 1988. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002). La perspectiva cognoscitiva ha desarrollado varios modelos de explicación que toman como base el que las personas actúan como científicos ingenuos que llevan a cabo procesamientos de la información tal como lo haría los científicos.

Los modelos cognoscitivos interpretan que la atribución de causas no es una conceptualización arbitraria, sino un esquema conceptual, una operación lógica que trata de encontrar explicaciones a las contingencias ambientales y sociales, creando para ello categorías de explicación objetivas a través del esquema causa-efecto adicionado con las expectativas del individuo (Fiske; Taylor et al., 1984. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002). Se entiende que la causación es un procedimiento análogo a la categorización, con la diferencia de que ésta es estática

en su estructura y la atribución es específica, témpora l, la cual depende de los hechos concretos y las variables que intervienen en ellos, esto es, que se apoya en los datos que logra percibir como intervinientes, y que un efecto es atribuido a una causa cuando existe una relación contingente entre ambos (Hewstone et al., 1992. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002). El análisis de algún hecho estará basado únicamente en los datos que se poseen. desprendiéndose conclusiones de ellos. El análisis atribucional vendría a ser, de la misma naturaleza tanto si lo realiza un científico o un hombre de la calle (Morales et al., 1994. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002). Las personas crean sistemas atribucionales a través del análisis de las variables que intervienen en un objeto o en un hecho, y posteriormente sacan conclusiones lógicas de las relaciones que logran establecer entre ellas. De esta manera, atribuyen a una u otra causa el objeto o el hecho, como construyendo un conocimiento objetivo de lo que lo rodea, de su medio. Estas teorías interpretan que las personas con base en sus características personales, analizan los hechos y los objetos, acentuando las diferencias personales (Olson; Ross et al., 1985. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002).

La cognición social y los estereotipos

Elementos importantes en el estudio de las creencias acerca de la salud y enfermedad son la percepción y la clasificación social que hacen las sociedades, en un momento histórico determinado, de las enfermedades así como de las personas que las padecen. Estos elementos también

forman parte del mundo de las creencias populares, tendientes a facilitar la identificación y rápida evaluación de las enfermedades y de las personas enfermas. Al igual que todos los esquemas cognoscitivos, se considera a los estereotipos como guías para el comportamiento inmediato ante las personas y para una rápida evaluación de las mismas. La etiquetación de las enfermedades vendrían a ser una especie de generalización de características para un tipo de enfermedad. Por su parte, los estereotipos vendrían a ser una generalización y/o asignación de características, motivos y comportamientos idénticos para un grupo determinado de personas (Aronson; Leyens; Codol et al., 1981, 1991. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002).

Los estereotipos son formas de pensamiento que condensan información referente a las características que un grupo de personas comparte respecto a otros grupos, así como al definir el suyo propio (Leyens; Codol et al., 1991. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002). Dentro de las culturas pueden transmitirse de generación en generación y son una parte importante del pensamiento y/o cognición social.

Los estereotipos sociales son, conjuntos de informaciones que giran alrededor de un grupo de personas, que regularmente se aprenden a través de informaciones que circulan en la comunicación popular y en los medios de comunicación, y se asimilan cuando permiten justificar las propias conductas y pensamientos respecto a esas personas.

La psicología cognoscitiva define los estereotipos como estructuras cognoscitivas que poseen un conjunto integrado

de conocimientos, expectativas, creencias y comportamientos respecto a un grupo de personas u objetos (Taylor; Hamilton; Huici; Moya *et al.*, 1978, 1981, 1994. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002). Plantea que tanto los estereotipos como la etiquetación de las enfermedades están determinados por las estructuras y los procesos cognoscitivos. La etiquetación y los estereotipos son una forma de sintetizar el trabajo cognoscitivo de percepción, codificación, almacenamiento y recuperación de la información, y que están mediatizados por los esquemas, las reglas de inferencia, la categorización, etc. (Taylor *et al.*, 1978. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002). De esto se desprende que lo que más le interesa a la psicología cognoscitiva son los procesos cognoscitivos intervinientes en la etiquetación y estereotipos (Páez; Insúa; Huici; Moya *et al.*, 1991, 1994. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002) . Asimismo, en el procesamiento de la información se da una especial relevancia a los sesgos que sirven para conformar los estereotipos y la etiquetación. Se sigue enmarcando a la psicología social en los procesos individuales, debido a que se considera que los procesos de etiquetar y de estereotipar son procesos que corresponden a la forma común de las personas de percibir el medio y de categorizarlo, y que por tanto es uno más de los procesos ordinarios de pensamiento (Caro; Ros *et al.*, 1994. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002). Además, el pensamiento de las personas se percibe como un proceso que intenta construir una imagen estable y coherente, con base en encontrar

regularidades dentro de la multitud de estímulos ambientales, regularidades que les permitirían prever las reacciones de los estímulos y las propias con respecto a estos.

La interpretación de las emociones desde el punto de vista de la cognición social

Diversos autores han analizado las emociones desde el punto de vista de la cognición social, poniendo énfasis en cómo las personas elaboran la información sobre la afectividad y/o en cómo esta influye y transforma los procesos cognoscitivos (Fiske; Taylor; Isem; Pittman; Heller 1984, 1985, 1987. Según algunos investigadores, las emociones son un efecto fenomenológico del análisis de la información. Así, un estado de ánimo negativo sería el predominio de los pensamientos negativos, y en la recuperación de la información contenida en la memoria se recuperarían en forma más accesible los contenidos mnémicos de acuerdo con esos estados (Clark; Isen et al. 1984. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002).

Los estilos de vida desde la perspectiva de la psicología cognoscitiva

Actualmente existen dos posturas de interpretación, una de ellas se caracteriza por ser marcadamente individualista, dado que interpreta los estilos de vida como una serie de pautas de conductas y hábitos cotidianos de la persona que influyen sobre la salud, y que argumenta que estos hábitos pueden ser modificados voluntariamente por las personas (Bandura et al. 1984. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002). Dentro de esta interpretación se le ha dado una gran importancia a los factores de riesgo

para la enfermedad y la muerte accidental (Bauer *et al.*, 1980. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002), como son el hábito de fumar, el de ingerir bebidas alcohólicas, el uso de drogas, el del poco interés por el control de la dieta y el peso, etc. (Ibáñez *et al.*, 1993. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002). Esta concepción determina una interpretación de los comportamientos individuales como los determinantes básicos del estilo de vida, a su vez, esta concepción señala y sugiere un nivel de interpretación también en el nivel individual. Tal postura ha permitido su asimilación en la corriente principal de atención a la salud (Berlinger *et al.*, 1981. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002). Se hace énfasis en que los hábitos de las personas son intrínsecamente individuales, debido a que se concibe que están asociados a diferentes interindividuales basadas en aspectos como las creencias de control, los sesgos atribucionales, etc. previos a la toma de decisiones, y que por todo ello, tales hábitos pueden ser modificados a voluntad por las personas (Berkanovic *et al.*, 1976. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002). Desde este marco de ideas se han llevado a cabo investigaciones, la mayoría de ellas en medicina y epidemiología, poniendo especial atención en los aspectos curativo-remediales. Esto es, bajo la más clásica concepción biomédica de la salud y la enfermedad (Ibáñez *et al.*, 1990. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas; UANL, 2002).

Para la psicología cognoscitiva los estilos de vida, de las personas y sus conductas respecto a la salud y la enfermedad se interpretan en el sentido de que las conductas que llevan a cabo las personas serían posteriores a un análisis de búsqueda de causas de la salud y/o enfermedad. Estas conductas se pueden ir modificando en el transcurso de la enfermedad o en el transcurso de un tratamiento para el mejoramiento de la salud. Lo importante no es sólo la funcionalidad del comportamiento, sino también cómo se mantiene y cómo se regula éste a través de la racionalidad y las líneas de acción dictadas por la misma (Tobáñez et al., 1993. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002).

Marco social del desarrollo de la psicología cognoscitiva y su aplicación al campo de la salud

El interés de la salud había surgido en la posguerra, debido a la inmensa demanda por la atención médica de los miles de heridos que habían dejado las innumerables batallas. Los sistemas de salud de todos los países involucrados en la guerra se restablecieron con la intención de que fueran lo más eficientes posible con el menor gasto posible. La posguerra impuso nuevos enfoques basados en las doctrinas de la libertad económica y el liberalismo político por una parte, y la doctrina económica y social del socialismo por otra (Dahrendorf; Bell et al., 1974, 1990, 1984, 1987. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002). En el caso de los programas y sistemas de salud de los bloques socialistas, se puede decir que en general atravesaron igual número de dificultades que los de los países capitalistas, debido a que su economía no fue muy'

boyante en general, lo que repercutió negativamente en sus sistemas de salud.

El interés estaba centrado en mantener a los pueblos sanos, ayudando a que se recuperaran de sus heridas de guerra y volvieran a ser productivos. Instaurar y acrecentar el estado de bienestar para todos fue la clave del impulso o interés por la salud, el bienestar, la modernización, y la profesionalización de los sistemas nacionales de salud, la asistencia médica, los estudios médicos acerca de la salud y la enfermedad, y la coordinación internacional respecto a los mismos (Navarro et al., 1984. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002), todo esto con el objetivo "del bienestar para todos".

El desarrollo de las ciencias sociales y sus aportes al tema manifestarían más adelante, cuando se empezó a descubrir que los estudios y aportaciones médicas, junto con las económicas, no eran por sí sólo suficientes para lograr el estado de salud y bienestar de los pueblos. Las crisis económicas hicieron que muchos planes de estado de bienestar se replantearan (Rosen et al., 1985. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002); hubo que recurrir a todo lo que aportara soluciones al problema de la salud y la enfermedad, por eso se le pidió ayuda a las ciencias sociales. Allí es donde toman auge los estudios sobre la salud y la enfermedad desde el enfoque de la psicología social.

Modelo de las creencias de la salud de Beckez?

Un desarrollo teórico de los modelos de la cognición social llevado al campo de la salud y la enfermedad fue el desarrollado por Rosenstock, Hochbaum y Leventhal

(Rosenstock; Becker et al. f 1974. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002), llamado la teoría racional de las creencias. El modelo se desarrolló en la década de los cincuentas, pero se hizo público en la época de los setentas. Esta teoría surgió de la necesidad de los administradores de la salud pública de Estados Unidos de América de ahorrar dinero que se "derrochaba" con personas o pacientes renuentes en llevar a cabo las indicaciones médicas, hecho que provocaba que no se aprovecharan determinados programas de prevención o que determinados pacientes no se aliviaran en el tiempo previsto, y que por tanto se tenían que emplear en ellos más recursos de los necesarios.

El modelo de creencias, retoma los planteamientos de la teoría de Lewin respecto a la percepción, debido a que considera de suma importancia la lectura subjetiva que las personas hacen del contexto (Rosenstock et al., 1974. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002). Además el modelo es continuador de las teorías del valor esperado, que postulaban que la conducta depende principalmente de dos variables, el valor que la persona da a un determinado objetivo y la estimación individual acerca de la probabilidad de que al llevar a cabo determinada acción se consiga el objetivo deseado. Se argumenta que la conducta de las personas ante las enfermedades y ante las recomendaciones médicas está determinada por un pensamiento lógico y formal, con el que se lleva a cabo un análisis de la información de los riesgos, beneficios, y consecuencias de determinadas conductas. Entonces la adopción de una determinada conducta dependerá del resultado del análisis que la persona realice, cuya consecuencia sería el

mantenimiento o la modificación de la conducta ante la salud o la enfermedad. La base de este análisis estaría sustentado en una evaluación de costo beneficio de las posibles implicaciones resultantes de poner en marcha determinadas conductas. La teoría de las creencias de la salud identifica una serie de factores. (Apéndice A)

El esquema del modelo de creencias de la salud de Becker muestra que son tres dimensiones básicas que se deben analizar en un episodio de la enfermedad: la perspectiva subjetiva de susceptibilidad y/o vulnerabilidad ante la enfermedad; la percepción del grado de amenaza de la enfermedad, junto con la evaluación subjetiva de las repercusiones en la salud y en lo social que pueden provocar la enfermedad; la percepción de los beneficios al llevar a cabo determinadas conductas de salud. Las dos primeras dimensiones vendrían a dar la percepción personal de riesgo ante la enfermedad y determinarían el grado de motivación para llevar a cabo la conducta. La siguiente dimensión comprendería el análisis de accesibilidad ¿i conductas y acciones que se llevarían a cabo. Todas estas dimensiones junto con algunos elementos externos, determinarían básicamente la conducta y la creencia de salud.

Con respecto a la explicación de la forma en que las personas analizan al llevar a cabo o no determinadas conductas preventivas prescritas por un tratamiento médico, el modelo se sirve de tres elementos:

1. Las creencias de las personas acerca de la naturaleza del tratamiento en términos de sus percepciones subjetivas ante el peligro.
2. Las creencias acerca de las acciones específicas y sus beneficios del tratamiento.

3. Las creencias acerca de las barreras y costos al llevar a cabo dichas acciones.

Las contribuciones positivas del modelo de creencias de salud han sido:

1. Conceptuar las creencias como electos relevantes para la interpretación de las conductas de los individuos en lo referente a la salud y la enfermedad.

2. Intentar sistematizar un modelo que permita estudiar la influencia de las creencias referentes a las conductas ante la enfermedad.

3. El modelo ha servido para demostrar que existe una fuerte relación entre la percepción de adquirir alguna enfermedad y las conductas preventivas.

Por otra parte este modelo ha sido cuestionado en varios aspectos:

1. Su énfasis en lo abstracto (las creencias) y además se ha encontrado que en muchas ocasiones las personas no se comportan de acuerdo con sus creencias (Ajzen et al., 1988. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002),

2. El hecho de considerar que la percepción de riesgo es un acto individual que se desprende de la percepción de susceptibilidad y severidad de la enfermedad, no permite al modelo de las creencias el abordaje del juicio social de las mismas (Paez et al., 1994. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002).

3. El modelo considera una congruencia entre las actitudes, creencias del sujeto y su conducta. (Fishbein; Ajzen et al., 1975. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002).

4. Resta importancia al elemento emocional individual y social suscitado ante determinada enfermedad. Esto debido a la omisión de variables ambientales y/o su efecto emocional en las personas y la negación de su influencia en el procesamiento de la información (Levethal; Cameron et al., 1987. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002).

5. No incluir como variable por estudiar las diferentes formas de afrontamiento previas que los individuos llevan a cabo ante un evento de enfermedad.

6. El excesivo pragmatismo en la interpretación y conceptualización del proceso de la salud y la enfermedad, esto es, la importancia que se da a la aplicación práctica de lo encontrado.

7. Percibir al sujeto como un procesador lógico-económico que aplica el principio costo-beneficio en el proceso de la información respecto a las conductas promotoras de salud (Stroebe; Stroebe et al., 1995. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002).

8. No considera la opinión de las personas respecto al modelo institucional médico.

La teoría de la acción razonada de Icek Ajzen y Martín Fishbein

La teoría de la acción razonada de Ajzen y Fishbein (1980) es otra derivación de los modelos estructurales de valor esperado, y surge como alternativa al modelo de creencias de salud y sus dificultades para explicar las conductas de la salud y la enfermedad.

La Teoría de La Acción Razonada, sirve para explicar la relación entre actitudes-intenciones-conducta y predicción de la misma. La teoría concibe a las personas como seres

racionales en la toma de decisiones, cuyo pensamiento y conducta están determinados por un proceso de análisis lógico y objetivo.

Retomaremos las aplicaciones de la teoría en el estudio de temas sobre la Salud y la Enfermedad. Los autores de ésta teoría argumentan que las personas recogen del medio la información que consideran suficiente de los riesgos para la salud y de los beneficios y consecuencias de llevar a cabo o no determinadas conductas.

Basándose en esa información realizan un análisis de las conductas de la salud y enfermedad en función del componente actitudinal, que es la valoración que hacen las personas de los resultados de su comportamiento de salud y de las expectativas que tienen sobre ese comportamiento para lograr dichos resultados, y del componente norma subjetiva, que se refiere a la racionalidad cultural o normativa existente respecto a las conductas de la salud y las enfermedades.

Dicha normativa se analiza mediante un proceso de medida de la opinión favorable / desfavorable. La norma subjetiva también se refiere a la conducta que tiene el medio cultural, o sea, los otros, el grupo de referencia del sujeto respecto al objeto de análisis (conductas de salud o enfermedades) . (Apéndice D)

Con el fin de ampliar la teoría de la acción razonada a las conductas, Ajzen (1988) agregó a la misma el componente de percepción de controlabilidad de la conducta. La teoría de la acción planificada, intentaba predecir tanto las conductas volitivas como las no volitivas. En ella se argumenta que una conducta está bajo control volitivo cuando no existen requerimientos especiales para llevarla a

cabo, dependiendo únicamente de la voluntad de la persona para realizarla.

Además, este autor argumenta que otros elementos que influyen en la predicción de la conducta son los atributos de susceptibilidad, vulnerabilidad, costos y eficacia de las conductas preventivas de salud.

El control percibido se refiere a la percepción de dos tipos de obstáculos: los internos, que se refieren a la falta de habilidades, de competencias, etc.; y los externos o situacionales, que se refieren a la poca accesibilidad, no colaboración de otros. Este concepto es muy similar al de autoeficacia, locus de control interno etc. Ver (Apéndice D)

Algunos de los Aportes Positivos de ésta teoría con respecto al tema de la salud y la enfermedad han sido:

1. Da un paso más adelante en llevar a la psicología social fuera de los temas tradicionales en el estudio de las actitudes, sobre todo las referentes a la salud y la enfermedad, y desarrollar una forma de explicación a las mismas más amplia que los anteriores intentos de explicación (Stroebe; Stroebe et al. 1995. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002).

2. Intenta introducir aspectos de lo social a través del concepto de norma subjetiva, el cual es un buen predictor de la conducta. (Sheppard et al. 1998. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002).

3. Da un gran impulso a la psicología social para considerarla como un elemento importante que intenta explicar algunos aspectos de la salud y la enfermedad, además señalar problemas metodológicos importantes en los

abordajes teóricos previos del objeto de estudio (Feal et al., 1995. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002),

No obstante, a la teoría de la acción razonada se le han hecho algunas críticas:

1. La más destacada es que ofrece una visión superracionalista de las personas respecto a la toma de decisiones (Echevarría; Valencia; Páez et al., 1993, 1994. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002). Esta visión minimiza los procesos motivacionales y emocionales, en aras de mostrar a las personas como complejos organismos dotados de un constante evaluador de probabilidades que aplican a su medio, visión que por otra parte, encaja muy bien en la filosofía del sistema de producción.

2. Su excesivo énfasis en considerar sólo los procesos individuales en la toma de decisiones, ignorando elementos ecológicos y categorías macrosociales e institucionales. A pesar de que introduce el factor norma subjetiva para intentar explicar estos elementos, da una pobre definición de los mismos (Echabarria et al., 1991. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002), no puede distinguirse dónde ubica lo macrosocial, dónde lo grupal y dónde lo institucional.

3. No considera los puntos de vista de las personas acerca del modelo institucional médico.

4. Al igual que el modelo de creencias de salud, no considera las conductas de salud anteriores que han llevado a cabo las personas (Rodríguez et al., 1995. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002).

5. No considera ni indirectamente los aspectos emocionales (Leventhal; Cameron *et al.*, 1995. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002), ubicándose así en la "mejor" tradición de la psicología cognoscitiva.

El modelo de los sistemas autorregulatorios de Howard Leventhal

Leventhal, desarrolló un modelo de explicación de las emociones llamado modelo de procesamiento perceptual-motor de las emociones. Leventhal intentaba explicar cómo las personas desarrollan mecanismos para la construcción de las emociones a través de sus experiencias en el desarrollo, y cómo estos mecanismos servían para construir esquemas emocionales de memoria, los cuales llevaban inmersos planes de acción para futuras respuestas emocionales. Estos esquemas emocionales serían estructuras de memoria que las personas pueden activar o pueden activarse por situaciones, imágenes o emociones, que se integran a través de los diversos hechos específicos relacionados con determinados sentimientos emocionales subjetivos, o sea, patrones emocionales expresivos y patrones de respuestas autónomas.

Respecto al modelo de los sistemas autorregulatorios, Leventhal se sirve de éste para definir a las personas como sujetos activos, inmersos en un proceso permanente de evaluación de su estado presente y cuyo objetivo sería conseguir o preservar su estado de funcionamiento ideal a través de la retroalimentación. Por medio del modelo intenta explicarnos la forma en que las personas están inmersas en un proceso autorregulador que les permite la adaptación a corto y largo plazo ante situaciones de enfermedad.

Leventhal muestra las diversas etapas del modelo en el que desde su punto de vista se atraviesa una conducta adaptativa en un suceso de enfermedad:

El sistema Autorregulatorio se considera un sistema que tiene como base la retroalimentación, y está compuesto por un conjunto de etapas. La Primera etapa representa el campo de los estímulos ambientales y en ella se establecen los objetivos que se desean alcanzar. Los tres niveles superiores del esquema (Apéndice E) corresponderían al procesamiento cognoscitivo, esquemático y representacional de los estímulos: primero a través de las representaciones de sentido común que se tengan de la enfermedad y de la peligrosidad con que se percibe ésta, sus posibles consecuencias al padecerla y la vulnerabilidad percibida; segundo, se elaboran determinados planes de acción y se seleccionan las conductas o acciones para afrontar la enfermedad, planes de acción que se llevarán cabo, y tercero, en una última etapa se evaluarían los diversos resultados de las conductas llevadas a cabo, con base en los progresos en la consecución del estado ideal, esto es, si se han conseguido los objetivos que desencadenaron ese proceso de autorregulación.

Los tres niveles inferiores del esquema corresponderían al procesamiento representacional emocional de los estímulos. Los estados emocionales podrían activarse en cualquiera de las tres etapas.

El modelo define a los dos procesos como sistema autorregulatorio: uno para el manejo cognoscitivo, que sería un procesamiento que se basa en las características objetivas del medio, y el otro sería un manejo emocional, esto es, las reacciones emocionales ante los objetos.

En un estudio que Leventhal realizó para investigar los efectos del nivel del miedo, las acciones de instrucción sobre las actitudes y las intenciones respecto a ponerse la vacuna contra el tétanos, encontró que las actitudes eran más favorables y las intenciones de vacunarse más fuertes cuando fueran acompañadas de instrucciones precisas. Asimismo, encontró una relación significativa entre miedo e instrucciones precisas.

En ambas investigaciones se encontró otro factor que influye en las conductas de prevención: la opinión de si mismo (autoestima) . Se descubrió que las personas con una elevada opinión de si mismos son las más susceptibles de verse influida por niveles elevados de miedo, y por tanto de emprender en forma inmediata medidas preventivas.

Un aspecto importante en los estudios de Leventhal estrechamente vinculado al objetivo de este trabajo se ha denominado cogniciones de la enfermedad que se refieren a las creencias que tiene la gente acerca de las diversas enfermedades (sus causas, síntomas, severidad etc.). Los síntomas y las atribuciones contribuían a formar en las personas sus propias representaciones acerca de la enfermedad, y posteriormente del tratamiento y de las indicaciones médicas. Las creencias que tengan las personas respecto a la enfermedad influyen en la activación del miedo y la autorregulación. Se descubrió que estas creencias estaban tan fuertemente arraigadas en las personas, que cuando eran confrontadas con la realidad de las causas, la rechazaban dudando incluso del médico, pensaban y argumentaban que no eran tontos, que no podían creer al médico sólo porque fuera una autoridad, de manera que no estaban dispuestos a abandonar sus creencias.

También explica que una misma persona puede percibir la misma enfermedad de diferentes formas en diferentes tiempos, y por tanto actuar entre ella de diferente manera, *El modelo de los esquemas prototípicos de George D. Bishop*

Bishop reinterpreta los procesos de categorización añadiéndoles el componente fisiológico-sintomatológico. En su modelo, Bishop argumenta que las personas organizan las representaciones de la enfermedad y las conductas ante las mismas en función de primero, la información que obtienen de los síntomas de las enfermedades que les preocupan o sufren, segundo, la localización anatómica de la enfermedad y tercero, la relación entre la información obtenida y los esquemas prototípicos de síntomas que ya se poseen y que se adquirieron en experiencias anteriores con las enfermedades.

Las personas clasifican las enfermedades en torno a dos categorías distintas:

1. Una derivada de la combinación de las características de contagio y de peligrosidad, en la que se encuentran las siguientes clasificaciones:

a) Enfermedades contagiosas-no peligrosas (gripe, catarro, etc.)

b) Enfermedades contagiosas-peligrosas (hepatitis, SIDA, malaria, etc.)

c) Enfermedades no contagiosas-no peligrosas (jaqueca, sinusitis, etc.)

d) Enfermedades no contagiosas-peligrosas (cáncer, epilepsia, etc.)

2. El otro se deriva de la combinación de las características de la enfermedad y el tipo de tratamiento que se debe llevar ante ella:

a) No contagiosas con tratamiento de por vida (epilepsia, cáncer, etc.)

b) No contagiosas sin tratamiento de por vida (apendicitis, migraña, etc.)

c) Contagiosas con tratamiento de por vida (SIDA, malaria, etc.)

d) Contagiosas sin tratamiento de por vida (gripe, catarro, etc.).

Bishop interpretó que los esquemas prototípicos sirven a las personas como mapas cognoscitivos, que les facilitan la interpretación de la información respecto a una enfermedad, a través de un proceso asociativo que les permite identificar los síntomas más relevantes de la misma y su relación en cuanto a semejanzas con el prototipo. También interpretó que los esquemas prototípicos ayudan a la mejoría mediante la organización y la rápida recuperación de la información de acuerdo con las semejanzas sintomatológicas con los mismos, además de organizar los procesos cognoscitivos mediante la elaboración de la información, asignándola por una parte a categorías generales, en la medida en que la información sintomatológica de la enfermedad muestra una mayor semejanza con la información de los esquemas prototípicos,

y por otra parte, en la medida en que disminuyen las semejanzas entre ambos (entre los nuevos síntomas y los prototipos sintomatológicos que ya se poseen), organizando y asignando la información determinada a categorías particulares de prototipos de enfermedad.

Según Bishop, este último proceso, en un determinado momento, facilita la creación de esquemas prototípicos específicos. Dichos esquemas prototípicos, argumenta, son buenas herramientas para estudiar y predecir, por ejemplo,

que la conducta de una persona sana en su relación con personas enfermas dependerá del análisis que la persona sana haya hecho de la enfermedad del otro.

Bishop postula que los esquemas prototípicos se elaboran a partir de los siguientes cinco elementos:

1. Identificación de la enfermedad (síntomas)
2. Explicación de las causas de la enfermedad.
3. Expectativas personales respecto a la misma (curso).
4. Consecuencias que se le atribuyen (efectos).
5. La forma o las formas de curación de la misma (tratamiento).

Argumenta que con base a estos componentes las personas ordenan y clasifican las enfermedades, dado que toda la información que se tenga de la enfermedad y la forma en que se clasifique determinará también el proceso de autodiagnóstico que hace la persona de un episodio de enfermedad y de sí misma.

Bishop considera que este autodiagnóstico cobra importancia debido a las implicaciones con la respuesta comportamental y la complacencia a las recomendaciones médicas, puesto que ha encontrado que las personas tienen conductas consistentes con sus esquemas prototípicos y presentan negligencia al momento de llevar a cabo sus conductas de salud para hacer frente a síntomas que dentro de sus esquemas son irrelevantes.

El modelo de Bishop ha aportado algunos elementos importantes para el estudio del proceso de las creencias de la salud y la enfermedad: primero, la importancia que tiene la conceptualización por parte de las personas a cerca de la sintomatología adjudicada a las enfermedades; segundo, intentar encontrar las explicaciones de esta sintomatología con base en determinados elementos como la identificación,

la causa, las oportunidades ante ella, las consecuencias y los tipos de cura, además de investigar la relación entre los esquemas prototípicos y el seguimiento de las recomendaciones médicas.

Pero el modelo de los esquemas prototípicos de Bishop también ha sido criticado en algunos aspectos: Por intentar explicar los procesos de representación de la enfermedad desde la localización anatómica de los síntomas que llevan a cabo las personas, dejando de lado a muchas de las enfermedades que no tienen una representación sintomatológica, ni una localización anatómica. Consecuentemente la persona no va construyendo este tipo de elaboraciones, puesto que desconoce los síntomas de muchas de las enfermedades y además porque muchas de ellas no son relevantes en su cotidianidad. Por no contemplar que el sujeto común posee un conjunto limitado de información sintomatológica que aplica en la mayoría de las enfermedades.

Por considerar que sólo la experiencia es válida en la construcción del prototipo sintomatológico, lo que resta importancia a los elementos de comunicación e imaginación, aun cuando se sabe que los individuos tratan de dar explicación de lo que desconocen, de lo nuevo y relevante para ellos. Por tal motivo, las personas no necesitan estar pasando por la experiencia de enfermedad para elaborar representaciones de ésta, la puede estar pasando un amigo, un familiar o haberlo visto en un medio de comunicación. Por interpretar que los individuos analizan su sintomatología a través de un proceso lógico de categorización con base en la semejanza; esta afirmación llevaría a pensar que los sujetos sólo crean a partir de lo conocido.

Al centrar su explicación en la interpretación anatómica que hacen las personas, su modelo explicativo del proceso de la representación toma matices marcadamente individualistas. Sin permitir ver el uso que hacen de sus categorizaciones sintomatológicas en diferentes personajes del ámbito social; esto es, cómo aplica sus propios esquemas prototípicos de alguna enfermedad a algún miembro de la familia, del grupo o algún miembro de otro grupo.

Por aducir que el sujeto actúa de acuerdo cómo categoriza su sintomatología. Menciona que muchas enfermedades en sus estadios iniciales son asintomáticas. Por otra parte, la mayoría de los síntomas que se conocen de algunas enfermedades graves son precisamente sólo los más extremos,

El estudio de las creencias acerca de la salud y la enfermedad con base en la teoría de las representaciones sociales

Surge en Europa, concretamente en Francia, en la década de los sesentas, una nueva corriente dentro de la psicología social llamada teoría de las representaciones sociales (Moscovici et al., 1961. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002), fue una alternativa al conductismo y a la psicología cognoscitiva, corrientes predominantes en ese tiempo. La teoría de las representaciones sociales trata de ser una teoría social sobre el "conocimiento de sentido común". Moscovici había realizado una tesis doctoral llamada *La Psychanalyse, son iniage, son pi.ib.lic* (Moscovici et al., 1961. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002), que trataba de cómo se elabora un pensamiento social a través de lo que denominó representaciones sociales. Encontró que

en la conformación de las representaciones intervienen criterios sociales; que la elaboración de las representaciones es un proceso en el cual en un primer estadio se lleva a cabo una selección de la información vertida en el medio social, en una segunda instancia esta información se asimila, y posteriormente se hace propia. Esto con base en descontextualizarla y reelaborarla según criterios grupales- sociales; después se integra de nuevo al medio a través de su actividad cotidiana, ya cargada con esta lógica interpretacional de sentido común. Por último, Moscovici encontró que las representaciones les sirven a las personas para organizar su medio en categorías simples (Di Giacomo et al., 1987. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002).

Representaciones colectivas, representaciones sociales y Durkheim

Moscovici retomó el término de representaciones sociales del psicólogo francés Emile Durkheim (1858-1917), aunque posteriormente Moscovici afirma estar más próximo a Weber, incluso antes de haberlo leído, que de Durkheim.

Durkheim había desarrollado en 1898 un trabajo denominado *la división social del trabajo* (Durkheim et al., 1987. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002), donde explicaba el mundo social como una estructura moral conformada por una convención de costumbres, ideales y normas, cuya organización podía ser objeto de la comprensión racional.

La interpretación sociológica de Durkheim tiene como denominador común el rechazo a los enfrentamientos políticos, a las luchas por el poder de los diversos

grupos sociales y en general a las contiendas civiJ.es (Tiryakian *et al.* 1978. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002).

Durkheim pretendió hacer de su sociología una ciencia curativa y estabilizadora, en la que su objetivo estuviera dirigido a descubrir los factores necesarios para restaurar el consenso social, y por tanto la integración de la sociedad a través de la exaltación de la moral y la justicia. Durkheim argumentaba que la conciencia humana era una actividad espiritual-, generadora de representaciones ideacionales, donde los sentimientos colectivos se convierten en símbolos o representaciones colectivas que designan y representan estados afectivos. La vida social era para él un vasto campo de simbolismos, en el que las representaciones colectivas eran exteriorizaciones o vehículos que representaban emociones intersubjetivas o sentimientos colectivos, no sólo para generación que les había dado origen, sino también para las generaciones posteriores de esa sociedad. Para Durkheim, una de las funciones de las representaciones colectivas era reforzar la solidaridad social.

La teoría de las representaciones sociales

Moscovici, nos dice en la introducción a su obra, que la sociedad está compuesta de una multitud de individuos diversos, al igual que cualquier trozo de materia está compuesta por infinidad de átomos (*psicología social*, 1985) . Argumenta que existe una oposición entre el individuo y la sociedad, debido a que en las personas habita una sociedad compuesta por los personajes imaginarios o reales de las personas que admira, de sus amigos, enemigos y familiares, con quienes lleva a cabo un

diálogo interior. Para él, es ahí entonces donde se libra desde tiempos inmemoriales la batalla de lo individual y lo colectivo. En consecuencia, argumenta que la psicología social vendría a ser la ciencia del conflicto entre el individuo y la sociedad.

Sostiene que el objeto de estudio vendrían a ser todos los fenómenos relacionados con la ideología, definida ésta como los sistemas de representaciones y actitudes que forman la realidad social, y en la que se incluyen fenómenos como los de las creencias, los prejuicios sociales y raciales, estereotipos, etc.

Moscovici hace una revisión de las diversas teorías dividiéndolas en paradigmáticas, fenomenológicas y operatorias. Las primeras son para él las que proponen una visión global, las segundas las que intentan describir un grupo de fenómenos conocidos, y las terceras las que explican el mecanismo de un conjunto de hechos.

Sirviéndose de una analogía, el autor comenta que las representaciones sociales son elaboradas por un comité de decisión colectiva, donde los miembros del mismo dan sus votos y pueden expresar una gran diversidad de opiniones, y cada uno de los miembros sabe que los otros pueden votar, cambiar sus pensamientos y combinar sus opiniones, y que el resultado final se obtendrá del esfuerzo mutuo de todos los participantes, expresado en un sentido de compromiso. De esta manera, explica que, cada propuesta individual se vincula con la acción del grupo, que la transforma en tal forma que pueda ser comprensible y aceptable por todos los implicados. Es mediante este proceso que una representación toma todas las formas cognoscitivas y los contenidos que son aceptados por el grupo.

Según Moscovici *et al.* (1986, Revista Latinoamericana de Psicología 2000), las representaciones sociales no serían opiniones sobre, ni imágenes, sino más bien teorías de la "ciencia colectiva" *sui generis*, destinadas a interpretar y construir lo real. Lo que se recibe, se reelabora y evoluciona para convertirse en un conocimiento que se utiliza en la vida cotidiana. "A medida que el coloquio colectivo progresa, el relato se regulariza, las expresiones se precisan, la sociedad tiene nuevas visiones y las actitudes se ordenan en función de las mismas". Las representaciones sociales en este sentido hacen que el mundo sea lo que pensamos que es, o podría ser. Además, reúnen conceptos, vocabularios y experiencias provenientes de diversos orígenes, siendo su función específica contribuir a la formación de conductas y a la orientación de las comunicaciones sociales.

Las representaciones, lo individual y lo social

Las personas, dadas sus características inherentes, su propio desarrollo y las condiciones específicas en las que están inmersas, dan una interpretación propia a los hechos. Así las representaciones sociales primero son sociales y después individuales, debido a que se elaboran con base en un proceso cognoscitivo individual, pero tomando como referencia el medio. Moscovici lo explica de la siguiente manera:

En definitiva, encontrar las diversas representaciones existentes en cada cultura, ya que "la representación social es una parcela del conocimiento social, una parte del conocimiento del sentido común, del folklore, de las morales y de la norma" (Páez *et al.*, 1987. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: (JANL, 2002)).

Representación y relación con el objeto: la Objetivación

Jodelet explica lo que es una representación social para la teoría de las representaciones sociales en la siguiente forma:

Representar o representarse corresponde a un acto del pensamiento por el cual un sujeto se relaciona con un objeto. Esto puede ser bien una persona, una cosa, un evento material, psíquico o social, un fenómeno natural, una idea, una teoría, etc. Este objeto puede ser tanto real como imaginario o mítico; en cualquier caso, la presencia del objeto es requerida siempre. No hay representación sin objeto (Jodelet et al., 1991. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002).

Para Jodelet (et al., 2003. Creencia de Salud y Enfermedad en estudiantes universitarios. Revista de Educación y Desarrollo 2004); "En tanto que fenómenos, las representaciones sociales se presentan bajo formas variadas, mas o menos complejas. Imágenes que condensan un conjunto de significados, sistemas de referencia que nos permiten interpretar lo que nos sucede, incluso, dar un sentido a lo inesperado, categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y los individuos con quienes tenemos algo que ver". De esta forma el concepto de representación social vendría a situarse en el punto de intersección entre lo psicológico y lo social, y agrega explícitamente Jodelet que "...la representación social conlleva a un carácter significante" (p.521)

Otros teóricos comentan la importancia de la característica de conexión entre representación y estatus (Doise et al., 1984. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL,

2002), porque las representaciones son una postura ante la realidad social, pero lo que caracterizaría en forma general a las representaciones sería ser un producto cultural, en el sentido que se estructura en torno a la estructura social, compartida por el grupo y/o por la comunidad, que son creadas por las culturas (Moscovici et al. 1995. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002), y que emergen en momentos y condiciones históricas determinadas.

Así a través de su interacción social, los grupos van estableciendo nexos entre conceptos y objetos, es así como se establece el proceso de objetivación que involucra tres fases:

a) En una primera fase, de toda la información social que gira alrededor de un objeto y mediante su propia experiencia con el mismo, las personas seleccionan, aglutinan, contextualizan y descontextualizan la información.

b) Esta selección les permite establecer características "fijas" del objeto, características que permitirán una reproducción en imagen de una estructura conceptual, es decir, los elementos clave que permiten representar al objeto, esto es, crear el denominado núcleo figurativo.

c) Estas dos fases previas permitirán naturalizar esa representación, que consiste en dotar a esta representación de un estatus de evidencia, como si realmente refiriera a fenómenos♦

El proceso de anclaje de las representaciones sociales

Consiste en integrar la información de un objeto dentro del sistema de pensamiento ya constituido, esto es, las personas utilizan las categorías de pensamiento ya

constituidas para darle sentido a los objetos nuevos, desconocidos, inusitados que aparecen en el campo social. Esto sería la asignación de significado y de utilidad a la representación y su objeto; significa que no se refiere a la construcción formal de un conocimiento, caso de la objetivación, sino de la inserción hacia dentro del pensamiento ya constituido (Jodelet; Ibáñez; Wagner; Elejabarrieta et al., 1986, 1988, 1994. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002).

El anclaje es el responsable de las tres funciones básicas de la representación: la función de la integración cognoscitiva de lo novedoso al sistema de pensamiento ya constituido; la función de la interpretación de la realidad, y la función de la orientación del comportamiento y las relaciones sociales.

El anclaje involucra las siguientes modalidades: una que está orientada a la asignación de sentido con la intervención de valores generales, esto es, dotar a la representación de una red de significados que permiten evaluarla como un hecho social, lo que las constituye como instrumentos de comunicación, de ahí que los grupos expresen su identidad por medio del sentido que les asignan a la representación, otra modalidad está orientada a utilizarla como una herramienta de saber, como código en el lenguaje común del grupo, la forma en que las personas entienden las relaciones entre posiciones o categorías sociales, de ahí que las representaciones constituyen y expresan relaciones sociales. Otra modalidad más está orientada en la relación dialéctica con la objetivación, que se localizaría en la configuración de un núcleo figurativo (objetivación) y su relación con el sistema

cognoscitivo de interpretación de la realidad. (Doise; Lorenzi-Cioldi *et al.*, 1991. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002). La última modalidad está orientada al enraizamiento en el sistema del pensamiento, debido al fenómeno de la "polifagia cognoscitiva" (Jedelet *et al.*, 1986. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002). Las representaciones permiten elaborar nuevas representaciones por medio de dos procesos: uno que opera sobre las representaciones ya existentes, y el otro a través de la asimilación de nuevas informaciones y contradicciones que se suceden en la interpretación del medio, incluyendo las surgidas en el nuevo contexto histórico. Las representaciones resultantes de estos procesos se anclan en la interacción de las personas y en la información vertida en el medio social.

El contenido de las representaciones

El contenido global de una representación se organiza en tres dimensiones (Moscovici *et al.*, 1961. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002):

a. La dimensión actitudinal contiene la postura evaluativo-afectiva que se toma ante el medio y/u objeto, la valorización que hace de él la persona y las implicaciones emocionales que le despierta (Páez; Echebarría *et al.*, 1991. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002).

b. La dimensión informativa involucra el conocimiento cualitativo, cuantitativo, cómo se organizan estos conocimientos y la forma de comunicarlos (Jodelet *et al.*,

1968. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002),

c. El campo de representación contiene lo que ya hemos explicado como elementos "fijos" y como elementos alternados o secundarios (Abric; Doise et al., 1984, 1989, 1993, 1990. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002).

Las representaciones sociales se elaboran alrededor de estas tres dimensiones para convertirse en herramientas que sirvan para interpretar la realidad. Se construyen dentro del grupo de pertenencia al configurar una visión común de la realidad, que les permite tener una identidad social con respecto al medio y/u objetos.

Las funciones de las representaciones

Las representaciones cumplen tres funciones básicas, describir, clasificar y explicar la realidad (Moscovici; Hewstone et al., 1986. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002), de las cuales se desprenden otras de las cuales hemos hecho ya mención:

Función de comunicación (Doise; Ibáñez; Jodelet; Wagner; Elejabarrieta et al., 1993, 1988, 1991, 1994 . Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002), en la medida que sirven como códigos de comunicación entre las personas y su papel de facilitadoras de la misma.

a. Función de orientación de los comportamientos (Doise; Jodelet; Páez et al., 1993, 1991. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002), por su papel de justificadoras de los mismos.

b. Función de identidad en el individuo y en los grupos (Doise; Ibáñez; Jodelet; Páez et al., 1993, 1998, 1991. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002), debido a que son trasmisoras de valores, actitudes, normas etc.

c. Función normadora de las relaciones intergrupales (Abric; Doise; Ibáñez et al., 1986, 1993, 1988. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002), en la medida de que sirve para la creación de la identidad de los grupos y la diferenciación entre los mismos.

d. Función de integración de lo nuevo, lo inusitado, en el sistema de pensamiento establecido (Ibáñez; Jodelet; Páez et al., 1988, 1986, 1991. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002), que sirve para el equilibrio cognoscitivo y social.

El Abordaje Metodológico de la Representaciones

La teoría de las representaciones sociales propone un abordaje metodológico plural en la investigación del pensamiento de sentido común, privilegiando al objeto de estudio, no al método. Es por ello que se han utilizado múltiples métodos como encuestas, análisis de contenido de prensa (Moscovici et al., 1961. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002), entrevistas semidirectivas (Herzlich; Pez et al., 1969, 1993. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002), entrevistas no directivas (Jodelet et al., 1976. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002), encuesta de elección forzada (Moscovici et al., 1961. Estudio de las

Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002), asociación de palabras (Di Giacomo et al., 1980, Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002), encuesta abierta; encuesta cerrada (Paez; San Juan et al., 1991. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002), encuesta cerrada personalizada (San Juan et al., 1991. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002), encuesta cerrada grupai (Echevarría et al., 1992. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002), estudio experimental junto a encuesta (Flament et al., 1967. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002), etc.

Las representaciones sociales y los grupos

Dado el carácter social de las representaciones, éstas sirven como herramientas de cohesión de las comunidades y los grupos, pero a la vez por las contradicciones inherentes, para diferenciarlos. Las representaciones son una parte más de las contradicciones sociales (Doise; Lorenzi-Cioldi et al., 1968, 1991. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002).

Las representaciones son a la vez nexos de comunicación e incomunicación; lo primero cuando un grupo es afin con lo que otro grupo resalta como cualidades de las personas, los hechos y los objetos; lo segundo cuando se interpretan algunos aspectos de los mismos en forma significativamente diferente. De ahí que uno de los aspectos principales que deben guiar a los investigadores de las representaciones no son las diferenciéis entre los

grupos que el investigador puede sugerir *a priori*, sino las representaciones que los hacen ser diferentes (Di Giacomo et al., 1987. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002).

En este sentido, cada grupo y/o comunidad interpreta al objeto cargándolo de un sesgo actitudinal, emocional y con una serie de pautas de cómo actuar ante él. Este conocimiento se distribuye y se comparte dándole esa expresión social universal y específica. En definitiva, para la teoría de las representaciones sociales, es a través de la comunicación como se distribuyen y se comparten las representaciones.

Las representaciones son sociales porque con base en ellas las personas crean sus propias realidades, sirviéndoles además para comunicarse e identificarse; las representaciones son dinámicas, dado que tanto la elaboración como la reelaboración de una representación constituyen en sí un proceso creativo y cognoscitivo que trata de entender las circunstancias que rodean a la persona y al grupo (Páez et al., 1987. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002).

Las representaciones sociales cumplen una función en la conformación de las *identidades personales y sociales*, así como en la configuración y expresión de los grupos. El hecho de poseer un sistema compartido de representaciones sociales juega un papel importante en la definición de la identidad grupal y en la conciencia de pertenencia a un grupo. Finalmente, las representaciones constituyen "generadores de toma de posición" en tanto están compuestas por elementos valorativos que orientan la conducta de una

persona hacia un objeto (Ibáñez et al., 1989. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002).

Las actitudes vistas desde la perspectiva de la teoría de las representaciones sociales

La teoría de las representaciones sociales interpreta que las actitudes forman parte de las representaciones sociales como una de sus tres dimensiones, junto a la información y la organización en torno al núcleo figurativo. Así mismo, para que las personas puedan llegar a construir una representación de determinado objeto, es necesario que hayan tomado posición respecto al mismo.

La actitud se da a través de la comunicación de información de un determinado objeto entre las personas de los grupos, información, que por otra parte, contiene las creencias de sentido común del grupo respecto al objeto (Doise; Palmonari et al., 1986. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002).

Moscovici considera a las actitudes como una forma de organización psicológico-evaluativa en torno a un objeto, en función de la dicotomía positiva-negativa (Moscovici et al., 1976. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002), dicho en otra forma, de agrado-desagrado. Se considera que las actitudes poseen una doble función hacia el interior de una representación: una regulación, esto es, al seleccionar y orientar las conductas de respuesta ante los objetos, y otra motivacional, que es la connotación afectiva respecto al objeto (Echebarría et al., 1991. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002). Visto así, las

actitudes se referirán a determinadas dimensiones de evaluación común que un grupo elabora con respecto a un objeto, que influyen en orientar los comportamientos respecto al objeto y que si bien existen variaciones interindividuales en el nivel actitudinal, están inmersas y reguladas por un meta sistema grupal (Doise et al., 1994. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002)).

La atribución causal desde la perspectiva de las representaciones sociales

La teoría de las representaciones sociales interpreta que las personas, con base en su propia lógica o de sentido común, organizan a su manera la información del medio, a través de las herramientas sociales que existen en el mismo, para entenderlo y relacionarse con él, y así tener un grado de dominio personal sobre éste (Moscovici et al., 1976. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002). La teoría establece que si bien los esquemas atribucionales son una forma de conocimiento, esto no significa que esto sea formal, puesto que se ha encontrado que en las atribuciones no sólo existen procesos formales, sino que existen sesgos en las atribuciones que realizan las personas, tales como el que las personas tienden a agregar datos que no existen, datos que son congruentes con sus esquemas y que les sirven para completar sus razonamientos (Taylor; Crocker et al., 1981. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002) . También, se encontró que el recuerdo y la activación de los esquemas se guían por el reconocimiento de la información consistente con lo propios esquemas. (De Vega et al., 1984. Estudio de las Creencias, Salud y

Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002). Además, las atribuciones varían dependiendo de la elaboración lingüística que hace la persona (Semen; Fielder *et al.*, 1989. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002).

Se argumenta que es importante considerar la influencia de las emociones en el proceso atribucional, debido a que gran parte de la variación en la explicación de conceptos y de hechos está marcada por la dimensión de la evaluación afectiva.

Por otra parte, se ha encontrado que las emociones afectan no sólo el pensamiento, sino también la memoria, debido a que en condiciones de reconocimiento de estímulos poco claros, se tienden a reconocer estímulos donde no los hay, que concuerdan con su relación afectiva hacia los mismos. (Zajonc *et al.*, 1980. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002) .

Las representaciones sociales y los estereotipos

La teoría de las representaciones sociales nos explica que los estereotipos son esquemas mentales que condensan información respecto a grupos de personas. Esquemas que se convierten en prototipos abstractos que designan las características generales con las que se han interpretado a determinado grupo de personas, elementos o "paquetes" de información fuertemente relacionados entre ellos, premisas que sirven para articular las diversas informaciones de determinados individuos y que dentro de las representaciones constituirían la parte fija, el llamado núcleo central de la representación (Flamant; Abric; Páez e Insúa *et al.*, 1981, 1987, 1991. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas:

UANL, 2002). Los estereotipos son premisas informativas que sirven como guía para la comprensión y organización de la realidad, sistemas de categorización preexistentes que la persona ha asimilado de su ambiente social y que permiten reducir la información del medio, organizándola con base en estas categorías y premisas preexistentes.

Los estereotipos son, por tanto, formas de categorización que permiten o dan una coherencia interna a las representaciones, debido a su actuación como filtro de la información que reinterpreta la información contradictoria, transformándola de acuerdo con lo establecido en el sistema cognoscitivo de la persona (Moscovici et al., 1969. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002) e integrándola de acuerdo con las características representativas que se tengan de las personas.

A través de este proceso se elabora un esquema que sirve a las personas como una herramienta más que contribuye a facilitar la interpretación y la evaluación social de las enfermedades y las personas. Los estereotipos son esquemas de referencia hacia determinadas personas, contruidos por las personas en su interacción social histórica, con el fin de orientar sus conductas. Por tanto, son clasificaciones y juicios grupales y colectivos que cumplen la función de organizar el razonamiento natural colectivo de las explicaciones sociales cotidianas (Páez; Ayestarán et al., 1987. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002); son juicios y atribuciones colectivos, que la mayoría de las veces trascienden en el tiempo más allá de la generación que las creó.

La interpretación de las emociones con base en las representaciones sociales

Una de las funciones de las actitudes involucra a las emociones como una forma de evaluación y activación emocional común que un grupo elabora de un objeto, y que influye y orienta los comportamientos respecto a ésta (Páez *et al.* 1987. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002).

Los estilos de vida bajo la perspectiva de las representaciones sociales

La teoría de las representaciones sociales señala que en la explicación de las conductas y/o comportamientos, debe incluirse la explicación de cómo el contexto ideológico cultural marca a las personas determinados estilos de vida, ya que los comportamientos alentados por la cultura y las normas morales condicionan cierto tipo de comportamientos.

La teoría de las representaciones sociales plantea además que es necesario investigar el contexto psicosocial de los comportamientos humanos para hacer un adecuado análisis de ellos. Hasta ahora, los diversos estudios sobre los estilos de vida llevados a cabo desde la perspectiva de la psicología de la salud han tomado como base la cognición social, y aunque efectivamente se han hecho descubrimientos importante y se han avanzado en el entendimiento de esta problemática, no se ha resuelto el problema de la explicación de la influencia de otras variables también importantes como las ya señaladas.

Método

Tipo de Investigación

Se realizó un estudio Correlacional-Trasversal, con un

diseño de investigación no experimental de tipo Descriptivo-Transversal, ya que tiene el propósito de describir las representaciones sociales de salud y enfermedad presentes en médicos y paramédicos de hospitales y clínicas de la ciudad de Bucaramanga y el municipio de Floridablanca, en un momento determinado.

Variables

Categorías de la Representación Social

Formas de afrontamiento que utilizan médicos y paramédicos de hospitales y clínicas de la ciudad de Bucaramanga y el municipio de Floridablanca ante la salud y la enfermedad.

Estereotipos presentes en médicos y paramédicos de hospitales y clínicas de la ciudad de Bucaramanga y el municipio de Floridablanca respecto a los enfermos.

Actitud de médicos y paramédicos de hospitales y clínicas de la ciudad de Bucaramanga y el municipio de Floridablanca ante la salud y la enfermedad.

Emociones que emergen en médicos y paramédicos de hospitales y clínicas de la ciudad de Bucaramanga y el municipio de Floridablanca ante la enfermedad.

Formas de explicar la salud y la enfermedad de la población objeto de estudio.

Formas de control de la población objeto de estudio en su proceso de salud y enfermedad.

Valores que emplea la población objeto de estudio.

Formas de cuidado ante la salud de la población objeto de estudio.

Definición Conceptual de las Variables

Formas de afrontamiento ante la enfermedad, es la forma como las personas enfrentan su enfermedad y las posibles estrategias que utilizan para enfrentar los problemas que

surgen por las enfermedades (Rodríguez-Marín, J, 1995).

Estéreo tipos respecto a los enfermos, los estereotipos son formas de categorización que permiten o dan una coherencia interna a las representaciones que tenemos acerca de los fenómenos que nos ocurren a nosotros mismos y a los demás; actúan como filtro de la información que reinterpreta la información contradictoria, transformándola de acuerdo con lo establecido en el sistema cognoscitivo de la persona e integrándola de acuerdo con las características representativas que se tengan de las personas (Moscovici 1969).

Actitudes ante la salud y la enfermedad, las actitudes son formas de organización Psicológica-Evaluativas en torno a un objeto, en función de la dicotomía agrado-desagrado; las actitudes se referirán a determinadas dimensiones de evaluación común que un grupo elabora con respecto a un objeto, que influyen en orientar los comportamientos respecto al objeto y que si existen variaciones interindividuales en el nivel actitudinal, están inmersas y reguladas por una meta grupal (Moscivici 1976).

Emociones que emergen ante la enfermedad, es una forma de evaluación y activación emocional común que un grupo elabora de un objeto, y que influye y orienta los comportamientos respecto a las actitudes que se tienen (Páez 1987).

Formas de explicar la salud y la enfermedad, se refiere a los diferentes modos en que las personas dan cuenta de los factores que consideran han originado el proceso de salud o enfermedad por el cual atraviesa: atribución causal, sentido común y explicaciones científicas (Moscivici 1976).

Formas de control son las estrategias que utilizan las personas para mantener su salud y prevenir la enfermedad

(Rodriguez-Marin, J. 1995) .

Valores son guías o formas de pensar que dirigen y regulan el comportamiento; comprenden las actitudes frente a situaciones específicas y determinan el estilo de vida de las personas (D'Angelo. O., 1996).

Formas de cuidado de la salud, es el modo en que las personas actúan para permanecer en estado de salud o para salir de uno de enfermedad, basado en el contexto ideológico y cultural en el que ha definido su estilo de vida (Rodriguez-Marin, J. 1995).

Definición Operacional de las Variables

Formas de afrontamiento que se ven manifiestas en

Comportamientos tales como: elaborar un plan acción, aproximarse a obtener información sobre la enfermedad, rezar y evitar a las personas, entre otras.

Estereotipos respecto a los enfermos que se manifiestan en comportamientos tales como: malhumor, depresión y decaimiento, entre otras.

Actitudes ante la salud y la enfermedad, que se ven manifiestas en comportamientos tales como: lucha, debilidad, soledad y postración, entre otras.

Emociones que emergen ante la enfermedad, que se ven manifiestas en comportamientos tales como: miedo, tristeza, ira y alegría, entre otras.

Formas de explicar la salud y enfermedad, que se ven manifiestas en comportamientos tales como: el ejercicio, la dieta, el libertinaje y el vicio, entre otras.

Formas de control del proceso de salud y enfermedad, que se ven manifiestas en comportamientos tales como: hacer ejercicio, mantener una dieta balanceada, consumir medicamentos, entre otras.

Valores, que se ven manifiestos en comportamientos tales como: el trabajo duro, menos tiempo de ocio, entre otras.

Formas de cuidado de la salud, que se ven manifiestas en comportamientos tales como: hacer deporte, mantener una dieta balanceada y consumir medicamentos o drogas, entre otras.

Hipótesis

Hi 1. Los médicos y paramédicos de hospitales y clínicas de la ciudad de Bucaramanga y el municipio de Floridablanca pueden presentar formas de afrontamiento activas en torno a la enfermedad, como aceptar la realidad de lo ocurrido, descargar sus sentimientos ante los otros y obtener apoyo afectivo de gente próxima.

Hi 2. Los médicos y paramédicos de hospitales y clínicas de la ciudad de Bucaramanga y el municipio de Floridablanca mantienen estereotipos ante los enfermos tales como faltos de higiene, malhumorados, deprimidos, decaídos y apáticos.

Hi 3. Los médicos y paramédicos de hospitales y clínicas de la ciudad de Bucaramanga y el municipio de Floridablanca pueden presentar actitudes frente a la enfermedad como no luchar, no tener confianza en si mismos y no tener fe.

Hi 4. Los médicos y paramédicos de hospitales y clínicas de la ciudad de Bucaramanga y el municipio de Floridablanca pueden manifestar emociones como esperanza, confianza y optimismo frente a la enfermedad.

Hi 5. Los médicos y paramédicos de hospitales y clínicas de la ciudad de Bucaramanga y el municipio de Floridablanca atribuyen la salud a factores como la

contaminación, la alteración de los alimentos, el estrés, la falta de ejercicio y la herencia.

Hi 6. Los médicos y paramédicos de hospitales y clínicas de la ciudad de Bucaramanga y el municipio de Floridablanca consideran que el asistir al médico, el buen diagnóstico y los medicamentos son formas de control ante la salud y la enfermedad.

Hi 7. Los médicos y paramédicos de hospitales y clínicas de la ciudad de Bucaramanga y el municipio de Floridablanca creen que el trabajo duro ofrece muchas garantías de éxito y que habría menos problemas en la sociedad si la gente tuviera menos tiempo de ocio.

Hi 8. Los médicos y paramédicos de hospitales y clínicas de la ciudad de Bucaramanga y el municipio de Floridablanca mantienen formas de cuidado ante la salud y la enfermedad como hacer deporte, cuidar la dieta y consumir medicamentos.

Sujetos

La población objeto de estudio fue seleccionada al azar, la constituyeron 200 médicos y paramédicos de ocho hospitales y clínicas de la ciudad de Bucaramanga y el municipio de Floridablanca (Clínica Santa Teresa, Clínica Metropolitana, EPS Coomeva Cabecera, Hospital Universitario, Hospital del Norte, IPS del Norte, Centro de Salud El Rosario y Clínica Cardiovascular), de todas las especialidades, independientemente del número de años de práctica profesional, sin discriminación de género, sin requisito de edad y perteneciente a cualquier estrato socio-económico.

Instrumento

Se contó con una batería de instrumentos de evaluación multivariada propuesta por estudios previos, realizados en países como México, el País Vasco, Francia e Inglaterra (Apéndice F).

Descripción del instrumento

1. Escala versión resumida de afrontamiento (coping) de Lazarus y Folkman (1988), de Carver y Scheirer (1981) y de Basabe y Páez (1993). Se empleó para identificar las formas de afrontamiento que utilizan las personas ante la salud y la enfermedad.

2. Listado de estereotipos del enfermo diseñado por Álvarez, para detectar los estereotipos que presentan las personas se utilizó este instrumento para detectar los estereotipos que tienen las personas hacia los enfermos.

3. Diferencial semántico diseñado por Álvarez (2002), para distinguir la actitud ante la salud y la enfermedad.

4. Listado de emociones diseñado por Álvarez (2002), para distinguir las emociones que emergen ante la enfermedad.

5. Escala de atribución de causalidad de Echebarria (1992). Se emplea para discriminar la forma en que las personas se explican y explican a los demás lo referente a la salud y la enfermedad.

6. Escala de formas (locus) de control de Echevarría, Ozamiz y San Juan (1992). Para establecer formas de control que utilizan las personas frente al proceso de salud y enfermedad.

7. Escala de ética moral protestante de Garret y Miréis (1971). Para distinguir los valores de los sujetos.

8. Listado de hábitos de salud diseñado por Álvarez (2002). Para categorizar las formas de cuidado de la salud.

Esta dimensión representa la forma de control y afrontamiento del problema.

Procedimiento

Fase 1

Se ubicó la población de estudio, en clínicas y hospitales de la ciudad de Bucaramanga y el municipio de Floridablanca, seleccionada al azar. Los hospitales y clínicas fueron: Clínica Santa Teresa, Clínica Metropolitana, EPS Coomeva (Cabecera), Hospital Universitario, Hospital del Norte, IPS del Norte, Centro de Salud El Rosario y Clínica Cardiovascular.

Fase 2

Se realizó la aplicación del instrumento de evaluación, de las representaciones sociales de la salud y la enfermedad, a la población de estudio en las ocho clínicas y hospitales antes mencionados. Antes de resolver la encuesta se le presentaron a cada uno de los sujetos unas indicaciones, explicándoles que no era necesario responder desde su saber profesional sino desde el sentido común.

Fase 3

Con el objetivo de reducir el número de variables y facilitar los análisis posteriores, así como analizar la estructura de los diferentes cuestionarios utilizados, se realizó un análisis factorial de los componentes principales con rotación varimax, a través del paquete estadístico SPSS 11.01.

Fase 4

Análisis y discusión de los resultados obtenidos en la aplicación de los instrumentos.

Viabilidad.

La viabilidad de este estudio estuvo íntimamente relacionada con la disponibilidad de los materiales, ya que

los costos que demandó la investigación fueron asequibles a los investigadores; además de la disposición de tiempo por parte de los investigadores y la población objeto de estudio. También hubo disponibilidad de los espacios físicos para la aplicación de los instrumentos dentro de cada institución hospitalaria.

Para la realización de la investigación se contó con: Facilidad para el acceso a la población objeto de estudio perteneciente a los centros de atención hospitalaria seleccionados.

Un programa llamado SPSS para hacer los procedimientos de los datos requeridos para el estudio.

Un instrumento de evaluación, por medio del cual se recolectó información pertinente.

Bibliografías, tales como artículos, libros y revistas; facilitando con ello el acceso a la información de los estudios que se han realizado anteriormente.

Resultados

Los resultados que se presentan a continuación, están en el orden de las variables nombradas con anterioridad.

Con el objetivo de reducir el número de variables y facilitar los análisis posteriores, así como analizar la estructura de los diferentes cuestionarios utilizados, se realizó un análisis factorial de los componentes principales con rotación varimax, a través del paquete estadístico SPSS 11.01. Para asignar los ítems a los factores se consideraron las cargas factoriales iguales o mayores que 0,40. La interpretación de Cornrey (1973) establece que los índices de .71 hacia arriba se consideran excelentes, entre .60 y .70 son muy buenos, entre .50 y .60 buenos y entre .40 y .50 aceptables.

Tabla 1.

Afrontamiento

		Componente								
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
Item	1	,343	-,225	,332	-	,456	-,486	-	,143	-,162
Item	2	,306	-,202	,338	6,100E-02	,436	-,562	1,869E-02	,139	-
Item	3	-	,113	,524	,406	-	-,168	-	-,24?	8, -129E-03
Item	4	8,754E-03	-,131	,234	,578	1,270E-02	-,428	-	-	-,224
Item	5	-,193	3,545E-02	,661	,203	,210	,212	6,652E-02	2,316E-02	5,390E-02
Item	6	-,160	,351	,305	,168	-,291	-,158	-	,491	,171
Item	7	,279	-,188	,337	,468	-,184	5,594E-03	7,639E-02	-	4,292E-02
Item	8	-,124	,508	,214	,262	,261	9,172E-02	-,362	-	,263
Item	9	-	1,244E-02	,293	,303	,313	,413	,240	-,395	-
Item	10	6,301E-02	-,177	,592	3,693E-02	-	,237	-,204	6,923E-02	,101
Item	11	,463	-,375	,177	,288	-,291	,117	-,292	-	-,137
Item	12	,436	,220	-	,178	,170	-	,396	,154	6,344E-02
Item	13	,520	,458	-,203	,154	-,190	-	9,262E-02	-,237	5,412E-02
Item	14	,457	,203	-,189	,317	,252	,200	2,059E-02	2,258E-02	-,334
Item	15	,377	-,399	,193	-,263	-,216	2,773E-02	7,769E-02	-	,527
Item	16	,238	-,265	,496	-,420	6,783E-03	6,160E-03	-	-,251	,274
Item	17	,687	-	9,131E-02	-	-,272	-,175	,197	-,196	9,945E-02
Item	18	,646	,307	-,151	1,077E-02	-	-,115	2,568E-02	-,175	-,114
Item	19	,669	,276	-,220	4,797E-03	-,129	-	-,248	7,361E-02	-
Item	20	,345	-	,220	-,230	9,935E-02	,304	-,530	,169	-,138
Item	21	-,278	,484	,135	-,349	-	-,140	,251	,19?	-,2<?v

Item 22	6,979E-02	-,108	,293	5,693E-02	-	,108	,626	,296	-,142
Item 23	,518	,289	-	1,056E-02	-	,156	4,218E-02	,290	-,292
Item 24	,281	,449	,142	-,391	,212	4,662E-02	-	-,348	-,182
Item 25	,434	-,116	-	-	,391	,415	7,753E-02	,167	-
Item 26	,216	6,268E-02	,466	-,422	-	,294	,147	,294	,180
Item 27	-	,667	,273	-,166	-,147	,162	-,111	,106	-
Autoval oros	3,622	2,768	2,559	1,646	1,568	1,425	1,356	1,223	1,127
Pct.: de var.	13,417	10,252	9,479	6,098	5,807	5,278	5,024	4,528	4,175

En la Tabla 1. Se puede observar que se encontraron nueve componentes que explican el 64,057% de la varianza. El primer componente agrupa los Items: acepto la realidad de lo ocurrido (Item 11), fantaseo o imagino el momento en que puedan cambiar las cosas (Item 12), me siento muy conmovido afectivamente y descargo mucho mis sentimientos (Item 13), rezo (Item 14), le hablo a alguien sobre como me siento (Item 17), trato de obtener apoyo afectivo (Item 18), expreso y deajo descargar mis sentimientos (Item 19), hablo con alguien que tenga un problema similar (Item 23), hablo o contacto a alguien que pueda hacer algo concreto sobre el problema, busco ayuda médica o profesional; a este componente se ha denominado *Apoyo Emocional y Aceptación*. El segundo componente consta de los Items: Evito estar en general con la gente (Item 8), me niego a creer lo que ha ocurrido (Item 10), me siento muy conmovido afectivamente (Item 13), tomo alcohol y/o tranquilizantes para olvidar el problema (Item 21), deajo de lado mis otras actividades y problemas (Item 24), admito que no era capaz de enfrentar o hacer nada ante el problema (Item 27); se ha denominado *Pasivo/Evitación y Evasión*. El tercer componente está

integrado por los Items: me vuelco en el trabajo para olvidarme de todo (Item 3), acepto lo que ha sucedido y que no se puede hacer nada (Item 4), intento guardar para mí mis sentimientos (Item 5), me fuerzo a esperar el momento adecuado para hacer algo, evito precipitarme (Item 16), analizo mi responsabilidad en el problema y me critico por lo ocurrido (Item 26) ; este componente se ha denominado *Evasión y Autocrítica*. El cuarto componente consta de los Items: me vuelco en el trabajo para olvidarme de todo (Item 3) y redescubro lo que es importante en la vida (Item 1) , debido a que son heterogéneos no resultó posible agruparlos en una categoría específica. El quinto componente está integrado por los Items: intento informarme sobre mi problema (Item 1), concentro mis esfuerzos en hacer algo (Item 2), los cuales se han denominado *Acción Razonada*. El sexto componente consta de los Items: Oculto a los demás lo mal que me van las cosas (Item 9) y hablo o contacto con alguien que pueda hacer algo concreto sobre mi problema (Item 25), a este componente se le ha denominado *Afecto Reservado y Apoyo Médico*. El séptimo componente, conformado por los Items: sigo adelante con mi destino a veces se tiene mala suerte (Item 22), se le ha denominado *Locus de Control Externo*. El octavo componente integrado por el Item: manifiesto el enojo a las personas (Item 6), se ha denominado *Enojo*. El noveno componente conformado por los Items: me niego a creer lo que ha ocurrido (Item 10) y aprendo algo de la experiencia (Item 15), debido a que son heterogéneos no resultó posible agruparlos en una categoría específica.

Algunas de las dimensiones (componentes) anteriores corresponden con las encontradas por Lazarus y Eockman (et

al., 1984. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002).

Tabla 2.

Estereotipo

	Componente		
	1	2	3
Item 1	, 302	-, 787	, 130
Item 2	, 597	-, 409	, 163
Item 3	, 235	, 354	, 710
Item 4	, 682	-, 116	-, 219
Item 5	, 660	, 378	8, 476E-02
Item 6	, 682	, 137	-, 132
Item 7	, 630	8, 730E-04	-, 243
Item 8	, 389	, 656	, 254
Item 9	, 369	-, 423	-3, 229E-02
Item 10	8, 024E-02	, 454	, 665
Autovalores	2, 558	1, 903	1, 188
Pct. de var.	25, 584	19, 026	11, 878

En la Tabla 2. se puede observar que se encontraron tres componentes que explican el 56.488% de la varianza. El primer componente agrupa los Items: persona que le falta higiene (Item 2), P. pesimista malhumorada que sufre (Item 4), P. inutilizada/incapacitada (Item 5), P. decaída y deprimida (Item 6) y P. apática (Item 7). Corresponde a lo que se ha denominado *Desfavorable*. El segundo componente consta de los Items: P. con problemas psicológicos (Item 8), P. con problema físico y mental (Item 10), este componente se le ha denominado *Disminución del Funcionamiento Optimo*. El tercer componente integrado por el Item: persona que padece un problema orgánico/físico (Item 3), se ha denominado *Disminución del Funcionamiento Físico*.

Tabla 3.
Actitudes

	Componente						
	1	2	3	4	5	6	7
Item 1	, 132	-, 394	,646	-	3,587E-	-, 129	, 30 6
				9,655E-	02		
Item 2	, 120	-,273	,717	, 203	9,241E-	-	,213
					02	5,230E-	
Item 3	,310	, 325	, 203	,477	-, 288	, 180	, 102
Item 4	,203	,563	-,446	,128	, 195	,281	-
							4,742E-
Item 5	,4 35	, 396	-, 551	-	, 252	,116	-
				6,720E-			5,7 92E-
Item 6	,361	,518	1,010E-	6,078E-	, 268	,337	, 155
			02	02			
Item 7	,419	-, 371	-,228	,232	,411	-	1,690E-
						1,248E-	02
Item 6	,311	-,214	,397	,471	, 232	-, 105	-,24 9
Item 7	, 300	-	, 359	,494	-	, 180	-,4 30
		7,111E-			5,126E-		
Item 8	,355	,591	6,731E-	, 152	-, 136	-,342	, 297
			02				
Item 9	,359	,622	3,378E-	,236	-, 154	-,24 6	, 18 9
			02				
Item 10	,345	,441	,274	,180	-, 227	, 116	1,142E-
							02
Item 11	, 521	, 293	-,115	-,124	3,789E-	-, 233	-, 38 9
					02		
Item 12	,485	-, 343	-,247	, 131	, 381	-,238	, 14 4
Item 13	,625	-,219	-	2,800E-	, 369	-	, 198
			7,117E-	02		9,896E-	
Item 14	,355	,283	,313	-, 531	, 108	,14 3	,14 8
Item 15	, 309	, 336	,643	-,311	9, 8 67E-	, 2 2 6	-,226
					02		
Item 16	,288	, 263	,533	-,479	,211	-	-, 125
						6,908E-	
Item 17	,412	, 388	-	-,113	-,234	-,468	-,161
			7,485E-				
Item 18	,441	-, 459	3,685E-	-, 162	-	-	-, 250
			02		3,058E-	1,520E-	
Item 19	,583	-,496	-, 183	-	-,247	-	-, 150
				5,543E-		9,216E-	
				02		02	

Item 20	,627	- , 293	- , 280	- , 278	- , 301	5,707E-02	6,720E-02
Item 21	,656	- , 325	- , 192	-	- / 327	,211	7,109E-02
Item 22	,546	- , 426	1,943E-02	-	- , 234	, 301	,216
Autovalores	4,249	3, 691	2, 926	1,699	1, 302	1,056	1,014
Pal. de var.	17,706	15, 381	12,193	7,080	5, 427	4,4 00	4,226

En la Tabla 3. se puede observar siete componentes que explican el 66.412% de la varianza. El primer componente agrupa los Items: experiencia enriquecedora (Item 7), compañía (Item 14), consuelo (Item 15), fortaleza (Item 20), fe (Item 21), Lucha (Item 22), reto (Item 23), confianza en uno mismo (Item 24), este se ha denominado *Favorable* y *Consuelo*. El segundo componente consta de los Items: mala (Item 4), degradación (Item 6), inhabilitación (Item 10), postración (Item 11) y soledad (Item 12), el cual se ha denominado *Incapacidad* y *Derrota*. El tercer componente está compuesto los Items: actividad (Item 1), buena (Item 2), pérdida de estatus social (Item 17) y empobrecimiento (Item 18), y debido a que son heterogéneos no resultó posible agruparlos en una categoría específica. El cuarto componente consta de los Items: pasividad (Item 3), descanso (Item 8) y pureza (Item 9), este componente se ha denominado *Contemplativa*. El quinto componente que agrupa el Item: experiencia enriquecedora (Item 7), se ha denominado *Optimista*. El sexto y el séptimo componente no fueron tomados en cuenta debido a que, los componentes que explican la mayor cantidad de varianza total ocupan los primeros lugares en las estadísticas iniciales y, en general, suele coincidir con los cinco primeros siendo éstos los que explican el mayor porcentaje de varianza total (Rodríguez 2000).

Algunas de las dimensiones (componentes) anteriores son clásicas en el estudio de las actitudes (Beckler, 1984; Pillon y Kumar, 1978; Echevarría, 1991; Lott y Lott, 1985; Sherif, 1974; Ajzen, 1988), no así las características de estas (Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002).

Tabla 4.

Emociones

	<i>Componente</i>			
	1	2	3	4
Item 1	,666	, 246	4,733E-02	, 275
Item 2	-,556	, 322	-, 154	,450
Item 3	-, 687	, 372	-, 153	-3,394E-02
Item 4	, 181	,631	-8,503E-02	,487
Item 5	-1,440E-02	,539	, 324	-, 535
Item 6	,577	,475	-,190	-,207
Item 7	-,467	,488	, 37 0	,112
Item 8	,298	, 173	,768	7,072E-02
Item 9	,591	, 387	-,415	-, 104
Item 10	-, 419	, 385	-, 229	-, 382
Autovalores	2, 422	1, 783	1, 149	1, 021
Pct. de var.	24,224	17,826	11,487	10,206

En la Tabla 4 se puede observar que se encontraron cuatro componentes que explican el 63.744% de la varianza. El primer componente consta de los Items: esperanza (Item 1), confianza (Item 6), optimismo (Item 9), y se ha denominado *Favorable*. El segundo componente agrupa los Items: alegría (Item 4), culpa (Item 5), confianza (Item 6), rabia (Item 7), y se ha denominado *Labilidad. Emocional*. El tercer componente está compuesto por los Items: resignación (Item 8) y negativamente optimismo (Item 9), y se ha denominado *Resignación*. El cuarto componente está integrado por las variables: tristeza (Item 2), alegría (Item 4), y se ha denominado *Emociones Contradictorias*.

Tabla 5.

Explicaciones

	<i>Componente</i>				
	1	2	3	4	5
Item 1	, 391	-, 634	-, 199	4,257E-02	-,226
Item 2	,524	-, 355	-, 466	-2,818E-02	, 303
Item 3	,662	-,147	-, 197	-,491	2,047E-02
Item 4	,678	-4,344E-03	-,232	-, 360	, 155
Item 5	,676	,360	8,702E-02	-, 113	-, 398
Item 6	,423	, 134	,559	-,127	, 334
Item 7	,531	,547	-,211	, 127	-, 4 04
Item 8	, 394	1,811E-02	,632	-,203	, 206
Item 9	,674	-, 358	, 375	, 173	-8,610E-02
Item 10	,562	-, 388	, 162	, 369	-,279
Item 11	, 398	,479	-,294	-,114	, 291
Item 12	,447	,517	2,092E-03	,484	7,863E-02
Item 13	, 319	-8,267E-02	-, 160	,676	,426
Autovalores	3,628	1,779	1, 392	1,329	1,001
Pct. de var.	27,909	13,683	10,707	10,221	7,698

En la Tabla 5. se pueden observar que se encontraron cinco componentes que explican el 70.218% de la varianza.

El primer componente agrupa los Items: la contaminación del ambiente es un factor decisivo en gran número de enfermedades (Item 2), la alteración de Los alimentos es la causa principal (Item 3), la herencia genética es la explicación clave (Item 4), los pobres enferman más fácilmente (Item 5), el dinero no soluciona Las enfermedades (Item 6), si tienes mucho dinero puedes

conseguir un estado de salud mejor (Item 7), el estrés y el trabajo excesivo influyen (Item 9), la falta de ejercicio y dieta deficientes tienen una relación directa (Item 10), la pobreza es una causa importante de la aparición de las enfermedades (Item 12) . Este agrupación se ha denominado *Estilos de Vida y Atribución Socioeconómica*. El segundo componente que consta de los Items: si tienes dinero puedes conseguir un estado de salud mejor (Item 7), todas las enfermedades son contagiosas (Item 11), la pobreza es causa importante de la aparición de las enfermedades (Item 12), se ha denominado *Atribución Socioeconómica y Externa*. El tercer componente integrado por los Items: el dinero no soluciona las enfermedades (Item 6) , el vicio y el libertinaje han conducido (Item 8) , se ha denominado *Atribución Externa*. El cuarto componente que agrupa los Items: la pobreza es causa importante de la aparición de las enfermedades (Item 12), el estado de humor y los sentimientos desempeñan un papel fundamental (Item 13) , y lo hemos denominado *Atribución Socioeconómica y Emocional*. El quinto componente consta de los Items: el estado de humor y los sentimientos desempeñan un papel importante (Item 13) , se ha denominado *Atribución Emocional*.

Estos resultados concuerdan con los encontrados por Cockerham (1988). También concuerdan en general con lo encontrado por diversos autores (Di Clemente, 1992; Beauvois y Dubois, 1988,1991; Echevarría y Paéz, 1987. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002).

Tabla 6.

Formas da control

	Componente			
	1	2	3	4
Item 1	, 132	, 225	,734	, 276
Item 2	,617	-, 490	,311	, 110
Item 3	, 373	,429	, 325	, 392
Item 4	,694	-, 323	2,689E-02	, 360
Item 5	,589	-,558	2,603E-02	7,275E-02
Item 6	,520	-9,158E-02	-,574	, 237
Item 7	, 269	,416	-, 605	, 362
Item 8	, 189	,822	-6,994E-02	, 146
Item 9	,763	, 101	-1,782E-02	-, 474
Item 10	,723	, 224	-1,408E-02	-,537
Item 11	,293	,709	, 186	-,143
Autovalores	2, 936	2, 310	1,478	1, 118
Pct. de var.	26, 688	20,996	13, 437	10,162

En la Tabla 6. se puede observar que se encontraron cuatro componentes que explican el 71.283% de la varianza. El primer componente consta de los Items: nuestro cuidado depende casi exclusivamente del médico (Item 2), dependen en gran medida de los designios de Dios (Item 4), la suerte desempeña un papel fundamental (Item 5), no podemos evitar enfermar (Item 6), la curación depende casi exclusivamente de que nos receten los medicamentos adecuados (Item 9), la curación depende totalmente del buen diagnóstico y los medicamentos (Item 10), este componente se ha denominado *Control Externo e Institución Médica*. El segundo componente que agrupa los Items: la enfermedad es un reto que debemos superar con nuestra propia conducta (Item 3), el mantenernos sanos o curarnos cuando hemos enfermado está en nuestras propias manos (Item 7), nuestro estado de ánimo es importante (Item 8), el estado de ánimo influye (Item 11), se ha denominado *Autorregulación*. El tercer componente está integrado por las variables: si en nuestra vida nos ejercitamos y controlamos la comida evitaremos enfermar

(Item 1) y negativamente no podemos evitar enfermarnos (Item 6) , se ha denominado Hábitos de Salud, El cuarto componente no fue tomado en cuenta debido a que los componentes que explican la mayor cantidad de varianza total ocupan los primeros lugares en las estadísticas iniciales Y_f en general, suele coincidir con los tres primeros siendo éstos los que explican el mayor porcentaje de varianza total (Rodríguez 2000) .

Algunas de las dimensiones encontradas son clásicas en el estudio de formas de control realizados por Echebarría (et al., 1992); Miréis (1970); Rotter, (1960,1980). (Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial. México: Trillas: UANL, 2002).

Tabla 7.

Valores

	Componente					
	1	2	3	4	5	6
Item 1	,379	,235	,567	,246	,128	,334
Item 2	,498	,630	2,258E-03	,296	1,142E-02	,136
Item 3	,492	-,202	2,391E-02	,354	-,193	,238
Item 4	,332	9,027E-03	-1,002E-02	,448	7,553E-02	-,534
Item 5	,467	-,202	9,098E-02	-,121	,530	,234
Item 6	,495	,133	-,466	-,204	,301	-1,128E-02
Item 7	,590	6,741E-03	-,305	-,341	9,915E-02	9,139E-02
Item 8	,640	-5,140E-02	-2,289E-02	-7,591E-02	,438	-,210
Item 9	,541	,365	,202	-,249	6,067E-02	,287
Item 10	,516	-,513	-,103	-1,514E-02	-5,875E-02	,181
Item 11	,552	,417	1,608E-02	-,228	-,418	-,190
Item 12	,611	-7,800E-02	-,382	,253	-,207	,107
Item 13	,623	-,239	-,270	-3,608E-02	-,296	7,706E-02

Representaciones Sociales de Salud y Enfermedad 98

Item 14	,672	,375	-8,375E-02	9,344E-02	-,156	-, 111
Item 15	,636	-, 188	,376	-,271	-,173	"7,72 5E" Q" ³ >
Item 16	,577	-, 4 33	,414	-, 175	-,211	-/113
Item 17	,489	~,144	-9,658E-02	,509	6,290E-02	, 162
Item 18	,616	"4,414E" 02	,196	,109	,205	-, 4 95
Autovalor	5,397	1,573	1,279	1,215	1,090	1/ Obi
Pct. de var.	29,985	8,740	7,103	6,748	6,053	9,837

En la Tabla 7. Se puede observar que se encontraron seis componentes que explican el 64.467% de la varianza. El primer componentes agrupa los Items: habría menos problemas en nuestra sociedad si la gente tuviera menos tiempo de ocio (Item 2), el dinero ganado con facilidad por lo general se gana inconscientemente (Item 3) , los trabajos más difíciles y costosos normalmente resultan ser los más gratificantes (Item 5), la gente que no triunfa en la vida suele ser bastante perezosa (Item 6), el hombre que se hace así mismo probablemente es más ético (Item 7), frecuentemente pienso que tendría más éxito si sacrificase algunos placeres (Item 8), la gente debería tener menos tiempo de ocio para dedicarlo a relajarse (Item 9), Toda persona que tiene capacidad y además trabaja duro tiene una alta probabilidad de éxito (Item 10), La gente que trabaje) en una tarea probablemente no ha trabajado suficiente en ello (Item 11), La vida tendría poco sentido si no sufriésemos nunca (Item 12), El trabajo duro ofrece muchas garantías de éxito (Item 13) , La vida tendría mas sentido si tuviésemos menos tiempo de ocio (Item 14), El hombre que puede hacer frente a una tarea desagradable con entusiasmos es el que triunfa (Item 15), Si una persona se esfuerza lo suficiente es probable que se gane la vida (Item 16), me siento ansioso cuando tengo poco trabajo para hacer (Item

17) y El disgusto por el trabajo duro normalmente refleja una debilidad de carácter (Item 18), este componente se ha denominado *Responsabilidad y Tenacidad*. El segundo componente que consta de los Items: Habría menos problemas en nuestra sociedad si la gente tuviera menos tiempo de ocio (Item 2) y La gente que trabaja en una tarea probablemente no ha trabajado suficiente en ello (Item 11), se ha denominado *Disciplina y Dedicación*. El tercer componente agrupa los Items: La mayoría de la gente gasta demasiado tiempo en diversión poco provechosas (Item 1), Si una persona se esfuerza lo suficiente es probable que se gane la vida (Item 16) . Este componente se ha denominado *Esfuerzo y Organización del tiempo*. El cuarto factor está compuesto por los Items: Hay pocas satisfacciones comparables con el trabajo bien hecho (Item 4) y Me siento ansioso cuando tengo poco trabajo para hacer (Item 17), este se ha denominado *Productividad y Trabajo*. El quinto factor que agrupa los Items: Los trabajos mas difíciles y costosos normalmente resultan ser los mas gratificantes (Item 5) y frecuentemente pienso que tendría mas éxito si sacrificase algunos placeres (Item 8), se ha denominado *Trabajo y Resistencia a la Gratificación*. finalmente, el sexto componente no fue tomado en cuenta debido a que los componentes que explican la mayor cantidad de varianza total ocupan los primeros lugares en las estadísticas iniciales y, en general, suele coincidir con los cinco primeros siendo éstos los que explican el mayor porcentaje de varianza total (Rodríguez 2000).

Tabla 8.

Formas de cuidado

	<i>Componente</i>	
	1	
Item	1	,850
Item	2	,871
Item	3	,512
Autovalores		1,742
Pct. de var,	58,080	

En la Tabla 8. Se puede observar que se encontró un componente que explica el 58.080% de la varianza. El componente grupa los Items: hacer deporte (Item 1), cuidar la dieta (Item 2) y consumir medicamentos (Item 3), estos se han denominado *Hábitos de Vida Saludable*.

Resumen de resultados por variable de la muestra.

Según los resultados arrojados por la batería de instrumentos de evaluación aplicada a los 200 médicos y paramédicos de la ciudad de Bucaramanga y el municipio de Floridablanca, se encontraron las siguientes variables y sus componentes.

Tabla 1.

Formas de afrontamiento

COMPONENTES	% DE VARIANZA	APRONTAMIENTO
Componente 1	13,417	<i>Apoyo Emocional y Aceptación</i>
Componente 2	10,252	<i>Pasivo/Evitación y Evasión</i>
Componente 3	9,479	<i>Evasión y Autocrítica</i>
Componente 4	6,098	Son heterogéneos
Componente 5	5,807	<i>Acción Hazonadji</i>
Componente 6	5,278	<i>Afecto Reservado y Apoyo Médico</i>
Componente 7	5,024	<i>Loeus de Control Externo,</i>

Componente 8	4,528	<i>Enojo</i>
Componente 9	4,175	Son heterogéneos

En la Tabla 1. Se puede observar que en la variable Afrontamiento se encontraron nueve componentes. El primer componente se relaciona con la primera hipótesis de esta investigación. Esto es muy similar al componente encontrado por Álvarez (et al., 2002) en México y País Vasco al que llamó *Apoyo Emocional*.

Tabla 2.

Estereotipo

COMPONENTES	% DE VARIANZA	ESTEREOTIPO
Componente 1	25,584	<i>Desfavorable</i>
Componente 2	19,026	<i>Disminución de 1 Funcionamiento Optimo</i>
Componente 3	11,878	<i>Disminución del Funcionamiento Físico</i>

En la Tabla 2. Se puede observar que en la variable Estereotipo se encontraron tres componentes. El primer componente se relaciona con la segunda hipótesis de esta investigación.

Tabla 3.

Actitudes

COMPONENTES	% DE VARIANZA	ACTITUD
Componente 1	17,706	<i>Favorable y Consuelo</i>
Componente 2	15,381	<i>Incapacidad y Derrota</i>
Componente 3	12,193	Son heterogéneos
Componente 4	7,080	<i>Contemp lativa</i>
Componente 5	5,427	<i>Optimista</i>
Componente 6	4,400	No fueron tomados en cuenta

Componente 7	4,226	No fueron tomados en cuenta
--------------	-------	-----------------------------

En la Tabla 3. Se puede observar que en la variable Actitud se encontraron siete componentes. El primer componente se relaciona con la tercera hipótesis de esta investigación. Estos resultados coinciden con el estudio realizado por Álvarez (et al., 2002) en México y País Vasco, en el que estas representaciones se agrupan en dos componentes llamados *Positivo* y *Social*.

Tabla 4.

Emociones

COMPONENTES	% DE VARIANZA	EMOCIONES
Componente 1	24,224	<i>Favorable</i>
Componente 2	17,826	<i>Labilidad Emocional</i>
Componente 3	11,487	<i>Resignación</i>
Componente 4	10,206	<i>Emociones Contradictorias</i>

En la Tabla 4. Se puede observar que en la variable emociones se encontraron cuatro componentes. El primer componente se relaciona con la cuarta hipótesis de esta investigación; lo cual, coincide con el estudio de Álvarez (et al., 2002) en México y País Vasco, en el cual se le asignó el nombre de *Emociones Positivas*.

Tabla 5.

Explicaciones

COMPONENTES	% DE VARIANEA	EXPLICACIONES
Componente 1	27,909	<i>Estilos de Vida y Atribución Socioeconómica</i>
Componente 2	13,683	<i>Atribución Socioeconómica y</i>

		<i>Externa</i>
Componente 3	10,707	<i>Atribución Externa</i>
Componente 4	10,221	<i>Atribución Socioeconómica y Emocional</i>
Componente 5	7,698	<i>Atribución Emocional</i>

En la Tabla 5. Se puede observar que en la variable explicaciones se encontraron cinco componentes. El primer componente se relaciona con la quinta hipótesis de esta investigación. En este sentido sería similar a los hallazgos que encontraron Stainton (et al., 1991) en Inglaterra; estudio en el cual este componente que fue denominado *Individualismo Robusto*. En el estudio realizado por Echevarría (et al., 1990) en País Vasco, la enfermedad se explicó por factores como la herencia y la adulteración de los alimentos. Igualmente, es similar a lo encontrado por Álvarez (et al., 2002) en México y País Vasco, en el que a este grupo de representaciones agrupadas en un componente les llamaron *Estilos de Vida*.

Tabla 6.

Formas de control

COMPONENTES	% DE VARIANZA	FORMAS DE CONTROL
Componente 1	26,688	<i>Control Externo e Institución Médica</i>
Componente 2	20,996	<i>Autorregulación</i>
Componente 3	13,437	<i>Hábitos de Salud</i>
Componente 4	10,162	No fue tomado en cuenta

En la Tabla 6. Se puede observar que en la variable formas de control se encontraron cuatro componentes. El primer componente se relaciona con la sexta hipótesis de esta investigación. Esto coincide con lo encontrado por

Echevarría (et al., 1990) en País Vasco; en este estudio los médicos, las medicinas y el diagnóstico se consideraron como los mayores factores que contribuían a la recuperación de la enfermedad. Asimismo, coincide con el estudio realizado en México y País Vasco por Álvarez (et al., 2002), en el cual a este grupo de representaciones agrupadas en un componente se le llamó *Institución Médica*.

Tabla 7.

Valores

COMPONENTES	% DE VARIANZA	VALORES
Componente 1	29,985	<i>Responsabilidad y Tenacidad</i>
Componente 2	8,740	<i>Disciplina y Dedicación</i>
Componente 3	7,103	<i>Esfuerzo y Organización del tiempo</i>
Componente 4	6,748	<i>Productividad y Trabajo</i>
Componente 5	6,053	<i>Trabajo y Resistencia a la Gratificación</i>
Componente 6	5,837	<i>Trabajo y Organización del tiempo</i>

En la Tabla 7. Se puede observar que en la variable valores se encontraron seis componentes. El primer componente se relaciona con la séptima hipótesis de esta investigación.

Tabla 8.

Formas de cuidado

COMPONENTES	% DE VARIANZA	FORMAS DE CUIDADO
Componente 1	58,080	<i>Hábitos de Vida Saludables</i>

En la Tabla 8. Se puede observar que en la variable Formas de cuidado se encontró un componente; el cual se relaciona con la última hipótesis de esta investigación. Estos hallazgos se relacionan con el estudio hecho en México y País Vasco por Álvarez (et al., 2002), en el que a este componente se le denominó *Hábitos de Vida Saludables*.

Discusión

A continuación se presenta la discusión de los resultados obtenidos, frente a los antecedentes investigativos antes referenciados, con el fin de llegar a conclusiones respecto a los objetivos específicos planteados al inicio del proyecto.

El estudio acerca de las creencias de la salud y la enfermedad mostró elementos válidos que pueden permitir hacer inferencias verosímiles acerca de los procesos involucrados en las mismas. Además, este ha sido una actividad de diagnóstico de las creencias acerca de la salud y la enfermedad, a las que llamamos representaciones. Lo descubierto permite avanzar, en el conocimiento de las creencias acerca de la salud y la enfermedad presentes en los médicos y paramédicos de hospitales y clínicas de la ciudad de Bucaramanga y el municipio de Floridablanca.

En la población objeto de estudio encontramos algunas de las representaciones planteadas en las hipótesis. Se encontró por ejemplo en la variable de afrontamiento ante la enfermedad, una serie de representaciones que se agruparon en un componente al que se llamó *Apoyo Emocional y Aceptación*, muy relacionado con la primera hipótesis, en la que la población objeto de estudio presenta formas de afrontamiento en torno a la enfermedad como, aceptar la realidad de lo ocurrido, descargar sus sentimientos ante

los otros y obtener apoyo afectivo de gente próxima. Esto es muy similar al componente encontrado por Álvarez (et al., 2002) en México y País Vasco al que llamó *Apoyo Emocional*; el cual agrupo variables como, descargar emociones, hablar sobre lo que se siente y obtener apoyo afectivo, entre otras.

En la variable estereotipos hacia los enfermos, las representaciones que se encontraron, se agruparon en un componente denominado *Desfavorable*; lo cual coincide con la segunda hipótesis, en la que la población objeto de estudio mantiene estereotipos ante los enfermos tales como, faltos de higiene, malhumorados, deprimidos, decaídos y apáticos. Esto confirma que los estereotipos son formas de categorización que permiten o dan una coherencia interna a las representaciones que se tienen acerca de los fenómenos que nos ocurren a nosotros mismos y a los demás (Moscovici 1969).

Con respecto a las actitudes ante la enfermedad, no se confirma la tercera hipótesis, ya que la población objeto de estudio presenta actitudes frente a la enfermedad como, luchar, tener confianza en sí mismos, tener fe y fortaleza; a este componente se le llamó *Favorable y Consuelo*. Estos resultados coinciden con el estudio realizado por Álvarez (et al., 2002) en México y País Vasco, en el que estas representaciones se agrupan en dos componentes llamados *Positivo y Social*; en el componente llamado *Positivo* se agruparon variables tales como, buena, actividad, experiencia enriquecedora, entre otras. En el componente llamado *Social*, se agruparon variables como, consuelo, compañía y descanso, entre otras.

Respecto a las emociones, se confirma la cuarta hipótesis, en la cual la población objeto de estudio

manifiesta emociones como esperanza, confianza y optimismo frente a la enfermedad, a este componente se le denominó *Emociones Favorables*, coincide con el estudio de Álvarez (et al., 2002) en México y País Vasco, en el cual se le asignó el nombre de *Emociones Positivas*; aquí se agruparon variables como optimismo, confianza y esperanza, entre otras.

La explicación a la ausencia de salud o presencia de enfermedad en la población objeto de estudio, referencia una atribución a factores como, la contaminación, la alteración de los alimentos, el estrés, la falta de ejercicio y la herencia, este componente le llamado *Estilos de Vida y Socioeconómico*; confirma la quinta hipótesis. En este sentido sería similar a los hallazgos que encontraron Stainton (et al., 1991) en Inglaterra; estudio en el cual, la enfermedad se explicaba como resultado de los elementos de la vida moderna (el estrés y la contaminación) , componente que fue denominado *Individualismo Robusto*. En el estudio realizado por Echevarría (et al., 1990) en País Vasco, la enfermedad se explicó por factores como la herencia y la adulteración de los alimentos. Igualmente, es similar a lo encontrado por Álvarez (et al., 2002) en México' y País Vasco, en el que a este grupo de representaciones agrupadas en un componente les llamaron *Estilos de Vida*.

Con respecto a las formas de control, la población objeto de estudio considera que el asistir al médico, el buen diagnóstico y los medicamentos son formas de control ante la salud y la enfermedad, componente al que se ha denominado *Control Externo e Institución Médica*; lo cual confirma la sexta hipótesis. Esto coincide con lo encontrado por Echevarría (et al., 1990) en País Vasco; en

este estudio los médicos, las medicinas y el diagnóstico se consideraron como los mayores factores que contribuían a la recuperación de la enfermedad. Asimismo, coincide con el estudio realizado en México y País Vasco por Álvarez (et al., 2002), en el cual a este grupo de representaciones agrupadas en un componente se le llamó *Institución Médica*; este componente agrupó variables como, la curación depende de medicamentos adecuados, la curación depende del diagnóstico y los medicamentos, la curación depende del médico, entre otras.

En el plano de los valores el componente al que se ha llamado *Responsabilidad y Tenacidad* es el más predominante en la población objeto de estudio, esto confirma la séptima hipótesis en la que los médicos y paramédicos de hospitales y clínicas de la ciudad de Bucaramanga y el municipio de Floridablanca creen que el trabajo duro ofrece muchas garantías de éxito y que habría menos problemas en la sociedad si la gente tuviera menos tiempo de ocio.

finalmente en las formas de cuidado sobresale el componente denominado *Hábitos de Vida Saludable*, esto confirma la última hipótesis, en la cual la población objeto de estudio mantiene formas de cuidado ante la salud y la enfermedad como hacer deporte, cuidar la dieta y consumir medicamentos. Estos hallazgos se relacionan con el estudio hecho en México y País Vasco por Álvarez (et al., 2002), en el que a este componente se le denominó *Hábitos de Vida Saludables*, el cual agrupó variables tales como, hacer dieta y deporte.

Con lo anterior, se ha pretendido aportar algunos elementos para la discusión encaminada a reconocer las limitaciones de los conceptos y enfoques de los problemas tradicionales referentes a la salud y la enfermedad.

Asimismo, se busca que los elementos descubiertos ayuden a formular nuevas concepciones al respecto e inspiren formas de intervención alternativas que consideren como prioritarios a los grupos sociales y a la comunidad a los que van dirigidas. Esta investigación ha querido formar parte de una serie de estudios que apuntan hacia una nueva dirección en la comprensión de las creencias acerca de la salud y la enfermedad; que argumentan que una disciplina como la psicología social no puede concebirse libre de influencias culturales; y que afirman que se debe orientar la misma, a la comprensión (Tajfel, 1982; Moscovici, 1988).

Este estudio sobre las representaciones de la salud y la enfermedad permitió ver cómo estas representaciones sirven como bases productoras que se anclan en determinados grupos de personas (médicos y paramédicos), y que sirven para que éstos justifiquen y expliquen sus prácticas sociales ante la salud y la enfermedad (Álvarez et al., 2002).

Se pretende que las representaciones sociales encontradas, sean un elemento de explicación de los comportamientos ante la salud y la enfermedad. De esta manera se evidencia que la teoría de la representación social puede ser considerada como una buena herramienta para el estudio social de las creencias sociales acerca de la salud y la enfermedad.

Es importante resaltar que este estudio no abarcó algunos aspectos, que podrían ser analizados y que aportarían elementos significativos al fenómeno de las representaciones sociales de la salud y la enfermedad; por ésta razón es necesario que a partir de los resultados obtenidos se halle qué diferencias existen entre las diferentes categorías sociales como: profesión, edad,

estrato, estado civil y género; esto con el fin de detectar grupos de personas con representaciones similares sobre la salud y la enfermedad, en oposición a otros grupos que comparten otro tipo de representación, de esta manera se abarcarían nuevos elementos de explicación de los comportamientos ante la salud y la enfermedad; además, permitirían crear estrategias de intervención eficaces ante dicho fenómeno.

Referencias

Acosta, K. *La Noción de la Representación Social: Su Estudio en Psicología Social*. UNAM mecanografiado s/f.

Alvarez, J. (2002). *Estudio de las Creencias Salud y Enfermedad: Análisis Psicosocial*. México: Trillas.

Alvaro, J.L. (1995). *Psicología social: perspectivas teóricas y metodológicas*, Siglo XXI. Madrid.

A.P.A. *Manual de Estilo de Publicaciones*. México - Bogotá: Manual Moderno

Arrivillaga, M., Salazar, I., Correa, D. (2003). Creencias Sobre la Salud y su Relación con las Prácticas de Riesgo o de Protección en Jóvenes Universitarios. *Revista Colombia Médica*, Vol.34, No.4 Disponible en Internet (en red) U.R.L. <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol34No4/cm34n4a3.htm>

Cabrera, G., Tascón, J., Lucumí, D. (2001). Creencias en Salud: Historia, Constructos y Aportes al Modelo. *Revista Fac.Nac. Salud Pública*. Vol.19, No. 1. Disponible en Internet (en red) U.R.L. <http://www.quajiros.udea.edu.co/revista/VOL19-1/07191.pdf>

Comrey AL. (1973). *A first course in factor analysis*. Nueva York: Academic Press.

Di Giacomo, J.P (1989). *Teoría y Método de Análisis de las Representaciones Sociales*. Madrid.

Eslava, D., Puntel, M. (2002). Representaciones Sociales De Salud Y Enfermedad: Investigando El Estado Del Arte. Revista Ciencia y Enfermería, Vol.8, No. 2. Disponible en Internet (en red) U.R.L.
[http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071795532002000200007](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071795532002000200007&script=sci_arttext&tIngles)
script=sci_arttext&tIngles

Farr, R. (1986). *Las representaciones sociales*. Barcelona: Paidós.

Gil, R. Jesús, Moreno, S. E, Vinaccia S, Coniferas F, Fernández H, Londoño Ximena, Salas O. G. (2004). Hábitos Básicos de salud y creencias sobre salud y enfermedad en adolescentes de España, Colombia y México. *Revista Latinoamericana de Psicología*. Vol. 36. N° 3.

Herzlich, C. (1979). *La Representación Social Sentido del Concepto*. Barcelona: Planeta.

Jiménez, B. (1990). *Las Representaciones Sociales: Sugerencias Sobre una Alternativa Teórica y un Rol Posible para los Psicólogos Sociales en Latinoamérica*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.

Jódelet, D (1984). *La Representación Social: Fenómenos, Concepto y Teoría*. Barcelona: Paidós.

Knapp, R.E., León, H.I., Mesa, B. M,, Suarez, A.M. (2003). Representación Social de la Salud Humana. *Revista Cubana de Psicología*, Vol. 20, No.2.

León, M., Páez, D., Díaz, B. (2003) . Representaciones de la enfermedad, estadios psicosociales y antropológicos. *Boletín de Psicología*, No.77.

Luckmann, T., Berger, P. (1986). *Construcción Social de la Realidad*, Buenos Aires: Amorrortu.

Meda, L.R., Moreno, J.B., Morales, L.M., Torrez, Y.P., Lara, G.B., Nava, B.G. (2004). Creencia de Salud - Enfermedad en Estudiantes Universitarios. *Revista de Educación y Desarrollo*. Disponible en Internet (en red) U.R.L.
http://www.cues.udg.mx/revistas/1ud/Revista%20de%20Educacion%20y%20Desarrollo/RED_003/003_Red_Meda.pdf

Mora, M. (2002) .La Teoría de las Representaciones Sociales. *Revista Athenea Digital México* .No.2. Disponible en Internet (en red) U.R.L.
<http://www.bib.uab.es/pub/athenea/15788646n2a8.pdf>

Nieva, B., Jácome, S. (1998). Representaciones Sociales Del Proceso Salud Enfermedad Oral En Poblaciones Urbano - Marginales Y Su Relación Con Los Discursos Y Las Prácticas Institucionales. *Revista De La Federación Odontológica Colombiana*...Septiembre-Diciembre N° 194.

Páez, D. (1987). *Características, Funciones y Proceso de Formación de las Representaciones Sociales*. Madrid: Fundamentos.

Rodríguez, M. (2000). *Modelos Sociodemográficos*. Disponible en Internet (en red) U.R.L.

<http://www.google.com.co/search?hl-es&q-0064>

58_6&btnG^B%C3%

BAsqueda&meta-

Tarrio, S. (2003). *Representaciones Sociales, Ciencia e Ideología en el Cuidado de Enfermero de Ancianos Dependientes Institucionalizados*. Disponible en Internet (en red) U.R.L.

<http://www.psicologiacientifica.com/publicaciones/biblioteca/articulos/ar-tarrio01.htm>

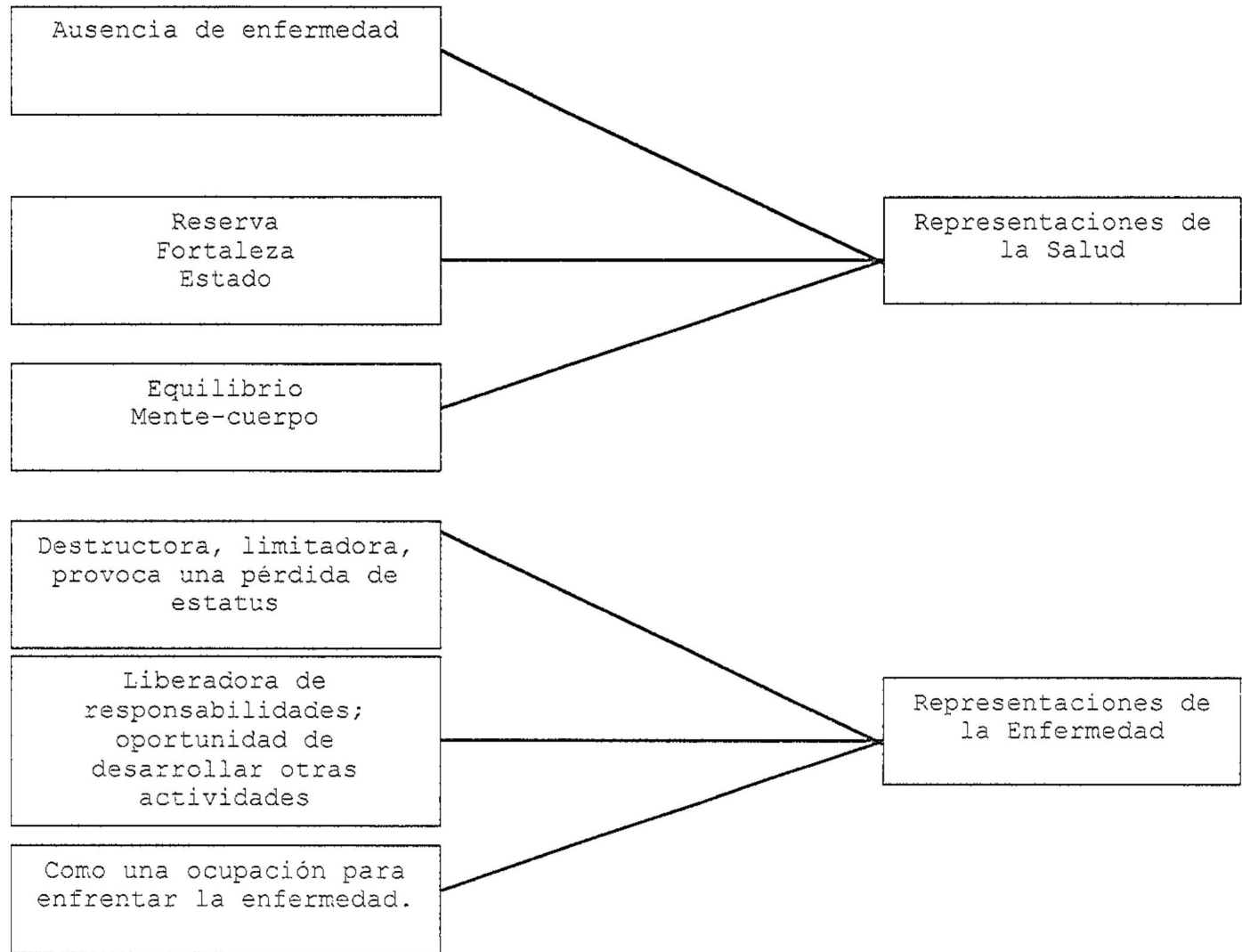
Torregrosa, J.R. (1968). "El estudio de las actitudes: Perspectivas psicológicas y sociológicas". *Revista Española de Opinión Pública*, No.11, 155-165.

Vega, L. (2002). Ideas, Creencia y Percepciones acerca de la Salud. *Reseña Histórica*. Vol. 44, No.3. Disponible en Internet (en red) U.R.L.

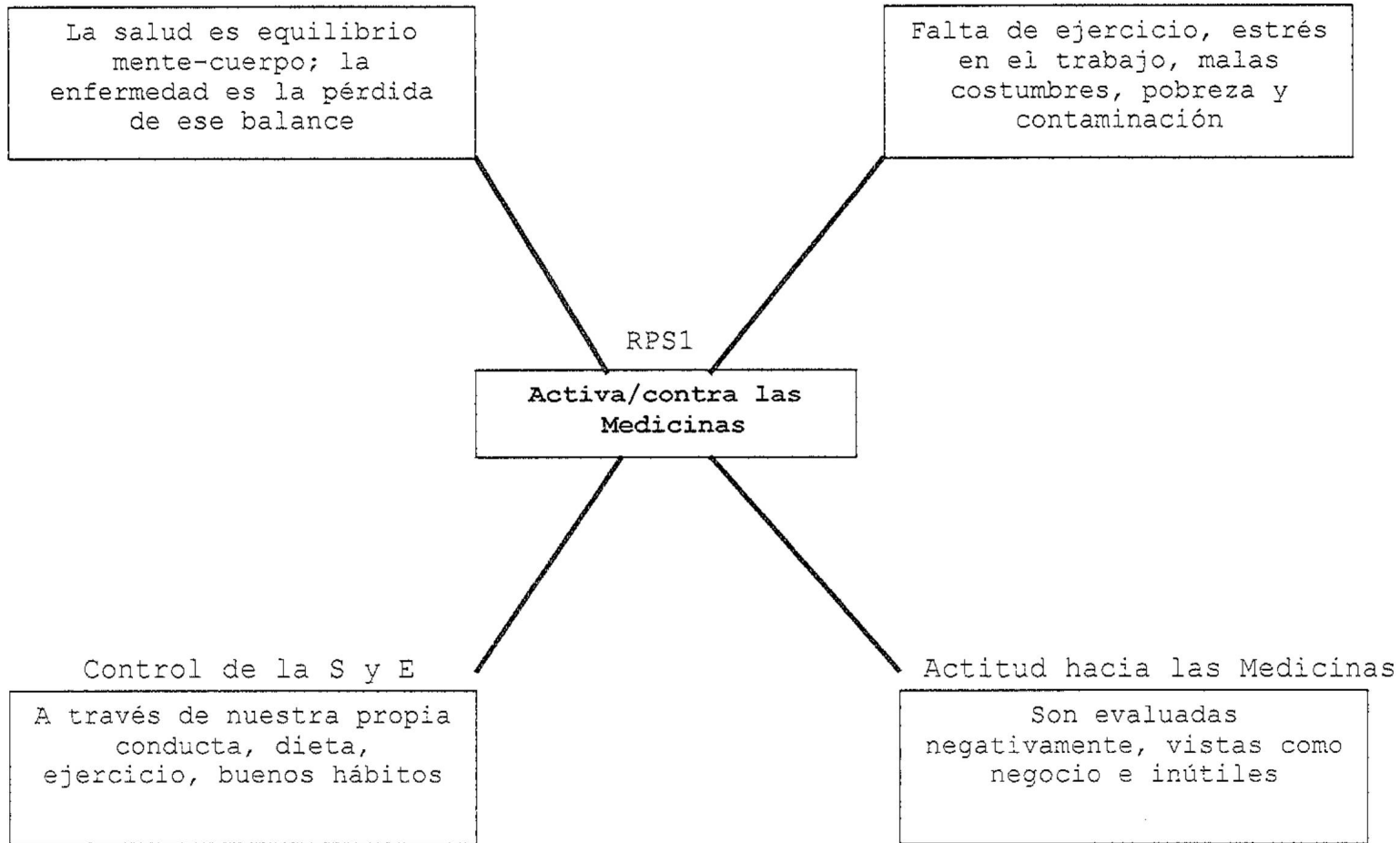
http://www.insp.mx/salud/44/443_10.pdf

Apéndice

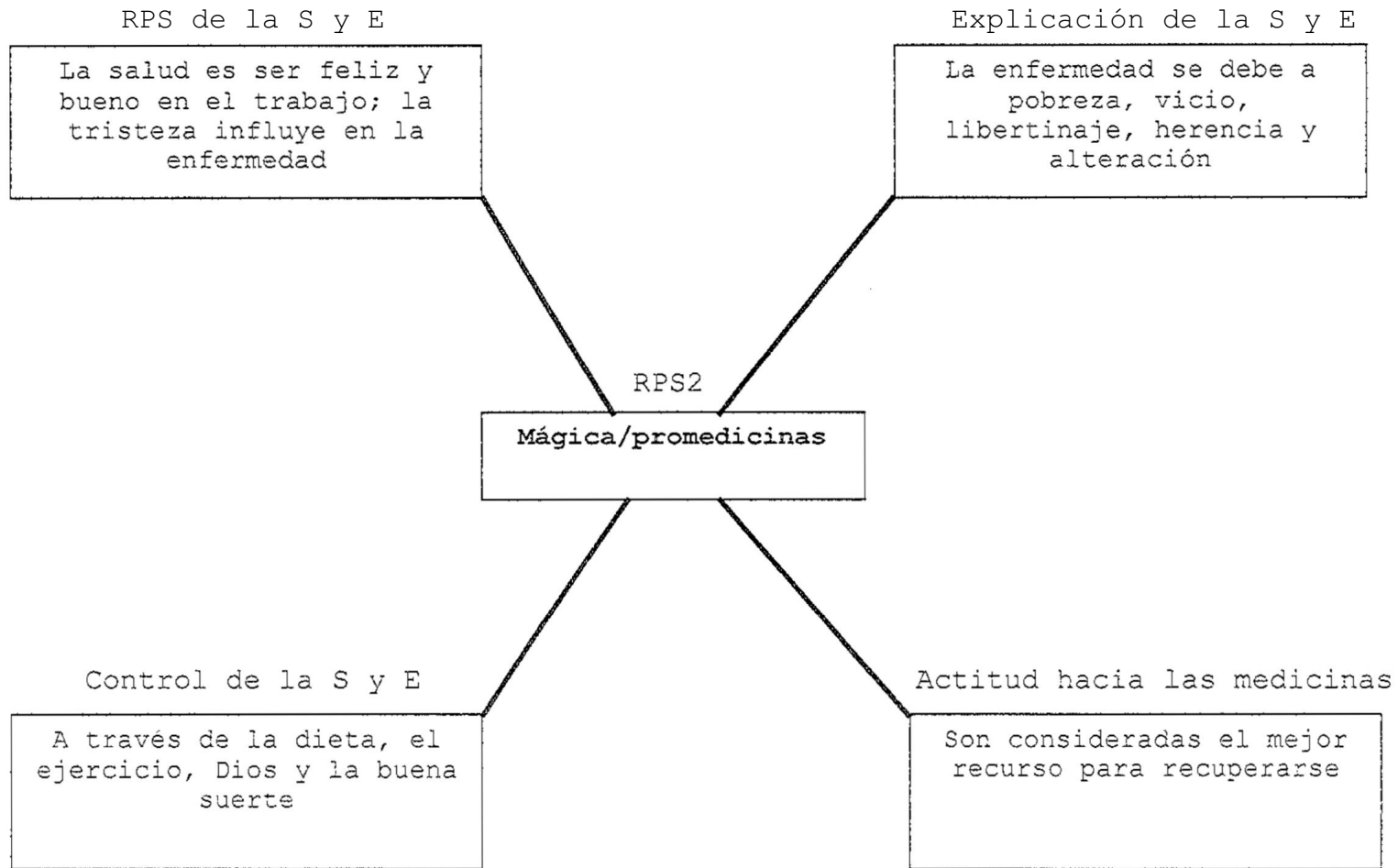
Apéndice A: Esquematización de las Representaciones de la Salud y la Enfermedad



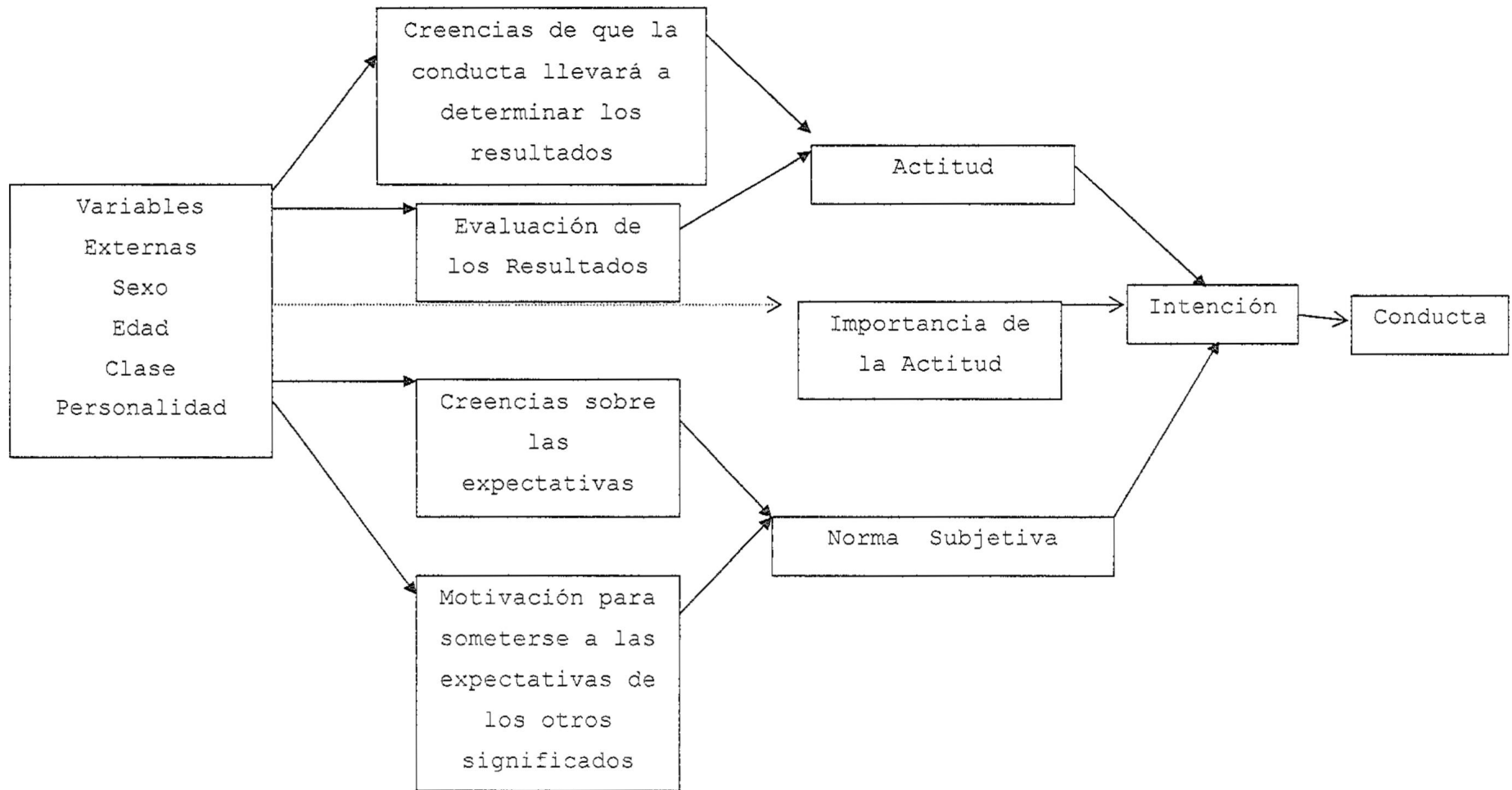
Apéndice B: Explicación de la Salud y Enfermedad



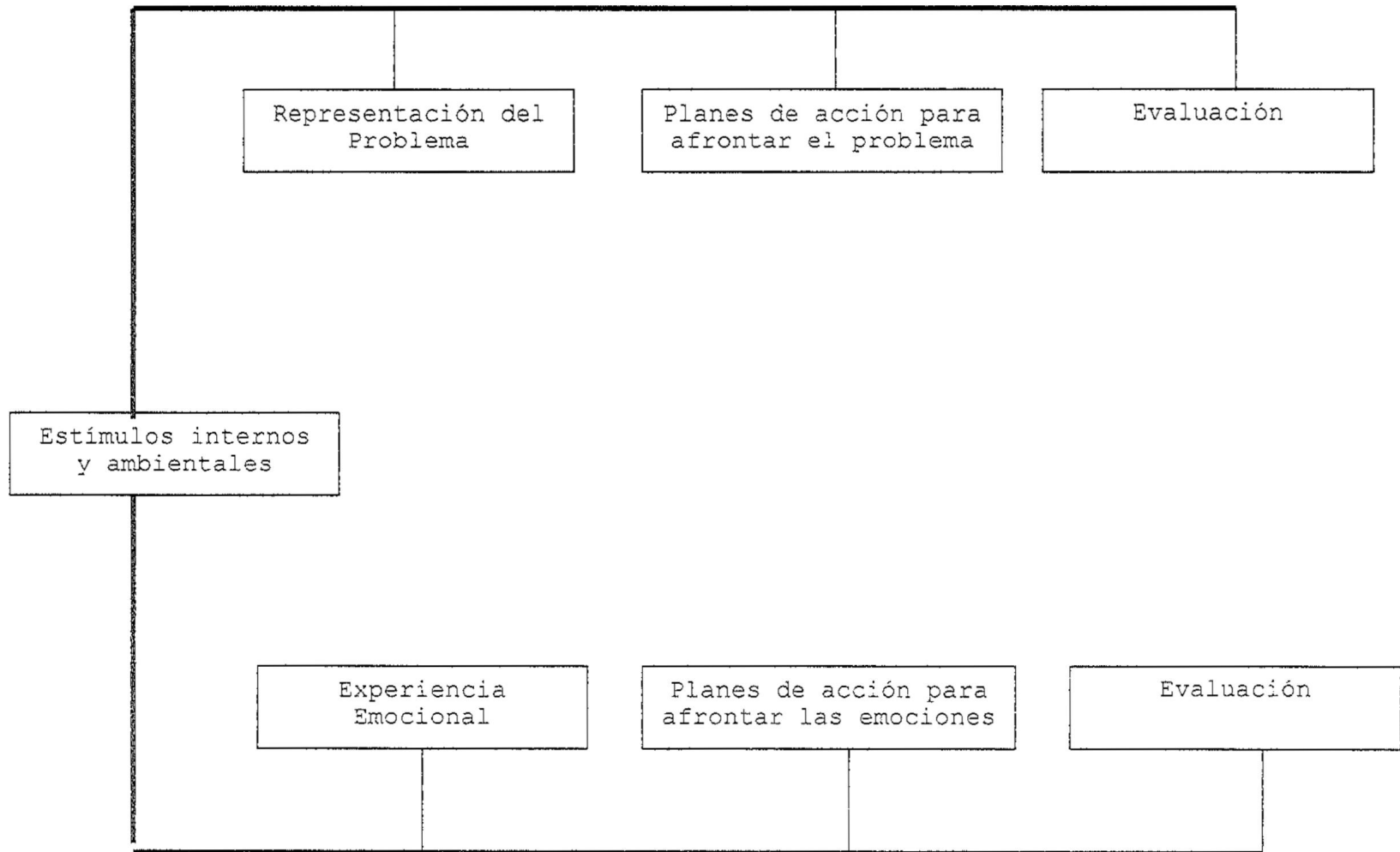
Apéndice C: Representación Activa/contra las Medicinas.



Apéndice D: Modelo de creencias de salud



Apéndice E: Modelo De los Sistemas Autorregulatorios De Leventhal (1987)



Apéndice F

REPRESENTACIONES SOCIALES DE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD EN MEDÍCOS Y PARAMÉDICOS DE INSTITUCIONES CLÍNICAS Y HOSPITALARIAS DE LA CIUDAD DE BUCARAMANGA Y EL MUNICIPIO DE FLORIDAS LANCA

Género:

Edad:

Fecha de nacimiento:

Estado civil:

Profesión:

Estrato:

Esta información se tratara con absoluta confidencialidad.

1. Responda con una X según sea su criterio, cuál de las siguientes maneras de afrontar los problemas utilizó ante sus enfermedades.

Objetivo: Explorar las formas de afrontamiento que utilizan las personas ante la salud y la enfermedad.

Responda en una escala de 1 (nada) a 4 (mucho).

Formas de afrontamiento ante la enfermedad	1	2	3	4
1. Intento informarme sobre mi problema o enfermedad para superarlo mejor.				
2. Concentro mis esfuerzos en hacer algo, intento luchar contra el problema o enfermedad.				
3. Me vuelco en el trabajo para olvidarme de todo, actuó como si no pasara nada.				
4. Acepto lo que ha sucedido y que no se puede hacer nada.				
5. Intento guardar para mi mis sentimientos.				
6. Manifiesto el enojo a las personas responsables del problema.				
7. Redescubro lo que es importante en la vida.				
8. Evito estar en general con la gente.				
9. Oculto a los demás lo mal que me van las cosas.				
10. Me niego a creer lo que ha ocurrido				
11. Acepto la realidad de lo ocurrido.				
12. Fantaseo o imagino el momento en que puedan cambiar las cosas.				
13. Me siento muy conmovido afectivamente y descargo mucho mis sentimientos ante los otros.				

14. Rezo (mas de lo- habitual)				
15. Aprendo algo de la experiencia, crezco o mejoro como persona.				
16. Me fuerzo a esperar el momento adecuado para hacer algo, evito precipitarme.				
17. Le hablo a alguien sobre como me siento, converso sobre mis sentimientos con alguien.				
18. Trato de obtener apoyo afectivo de amigos y gente próxima, busco simpatía y comprensión.				
19. Expreso y dejo descargar mis sentimientos y emociones.				
20. Desarrollo un plan de acción sobre mi problema y los sigo.				
21. Tomo alcohol y/o tranquilizantes para olvidar el problema o pensar menos en el.				
22. Sigo adelante con mi destino, a veces se tiene mala suerte.				
23. Hablo con alguien que tenga un problema similar para saber que hace el o ella.				
24. Dejo de lado mis otras actividades y problemas, y me concentro en este.				
25. Hablo o contacto con alguien que pueda hacer algo concreto sobre el problema, busco ayuda medica o profesional.				
26. .Analizo mi responsabilidad en el problema y me critico por lo ocurrido.				
27. Admito que no era capaz de enfrentar o de hacer nada ante el problema y dejo de intentar resolverlo o enfrentarlo.				

2. Marque con una X cuál o cuáles de las siguientes frases definen mejor lo que usted considera que es una persona enferma.

Objetivo: Reconocer los estereotipos que tienen las personas respecto a los enfermos

1. Persona que le falta cuidarse.	
2. Persona que le falta higiene.	
3. Persona que padece un problema orgánico/físico.	
4. P. Pesimista, malhumorada, que sufre.	
5. P. Inutilizada/incapacitada.	
6. P. Decaída y deprimida.	
7. P. Apática.	
8. P. Con problemas Psicológico.	
9. P. Que necesita apoyo, cuidado, cariño y comprensión.	
10. P. Con problema físico y mental.	

3. Indique en qué medida para usted la enfermedad es.... :

Objetivo: Identificar la actitud de las personas ante la salud y la enfermedad

Responda en una escala de 0 (nada) a 3 (mucho).

Actitudes ante la salud y la enfermedad	0	1	2	3
1. Actividad.				
2. Buena.				
3. Pasividad.				
4. Mala.				
5. Peligrosa.				
6. Degradación.				
7. Experiencia enriquecedora.				
8. Descanso.				
9. Pureza.				
10. inhabilitación.				
11. Postración.				
12. Soledad.				
13. Confusión.				
14. Compañía.				
15. Consuelo.				
16. Desempleo.				
17. Perdida de estatus social-				
18. Empobrecimiento.				
19. Debilidad.				
20. Fortaleza.				
21. Fe.				
22. Lucha.				
23. Reto.				
24. Confianza en uno mismo				

4, Indique aquella o aquellas emociones que normalmente suele experimentar ante la enfermedad:

Objetivo: Identificar las emociones que tienen las personas ante las enfermedades.

1. Esperanza.	
2. Tristeza.	
3. Miedo.	
4. Alegría.	
5. Culpa.	
6. Confianza.	
7. Rabia.	
8. Resignación.	
9. Optimismo.	
10. Ansiedad.	

5. Manifieste su grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones:

Objetivo: Analizar las formas en que las personas se explican la salud y la enfermedad

Responda en una escala de 1 (totalmente en desacuerdo) a 7 (totalmente de acuerdo).

Explicación ante la salud y la enfermedad	1	2	3	4	5	6	7
1. El ejercicio es fundamental para estar sano.							
2. La contaminación del ambiente es un factor decisivo en gran número de enfermedades.							
3. La alteración de los alimentos es la causa principal de la mayor parte de las enfermedades.							
4. La herencia genética es la explicación clave de las diferencias individuales al enfermar o estar sanos.							
5. Los pobres enferman más fácilmente que los ricos.							
6. El dinero no soluciona las enfermedades.							
7. Si tienes mucho dinero, puedes conseguir un estado de salud mejor.							
8. El vicio y el libertinaje han conducido a la degeneración humana y a la enfermedad.							
9. El estrés y el trabajo excesivo influyen en la mayoría de las enfermedades.							
10. La falta de ejercicios y dieta deficientes tienen una relación directa con la aparición de enfermedades.							
11. Todas las enfermedades son contagiosas en mayor o menor medida.							
12. La pobreza es una causa importante de la aparición de las enfermedades.							
13. El estado de humor y los sentimientos desempeñan un papel fundamental en casi todas las enfermedades.							

6. Manifieste su grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones :

Objetivo: Explorar las formas de control ante la salud y enfermedad que utilizan las personas

Responda en escala de 1 (totalmente en desacuerdo) a 7 (totalmente de acuerdo)

Formas de control ante la salud y la enfermedad	1	2	3	4	5	6	7
1. Si en nuestra vida nos ejercitamos y controlamos la comida evitaremos enfermar.							
2. Cuando estamos enfermos nuestro cuidado depende casi exclusivamente del médico.							
3. La enfermedad es un reto que debemos superar con nuestra propia conducta.							
4. La salud y la enfermedad dependen en gran medida de los designios de Dios.							
5. La suerte desempeña un papel fundamental para mantenernos sanos y para enfermar.							
6. hagamos lo que hagamos, no podemos evitar enfermar.							
7. El mantenernos sanos o curarnos cuando hemos enfermado está en nuestras propias manos.							
8. Nuestro estado de ánimo es muy importante para la salud y la enfermedad.							
9. La curación de una enfermedad depende casi exclusivamente de que nos receten los medicamentos adecuados.							
10. Cuando uno está enfermo, la curación depende totalmente del buen diagnóstico y de los medicamentos.							
11. El estado de ánimo influye mucho en la curación.							

7. Manifieste su grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones:

Objetivo: Identificar los valores que emplean las personas ante la salud y la enfermedad.

Responda en una escala de 1 (totalmente en desacuerdo) a 7 (totalmente de acuerdo).

Valores ante las enfermedades	1	2	3	4	5	6	7
1. La mayoría de la gente gasta demasiado tiempo en diversiones poco provechosas.							
2. Habría menos problemas en nuestra sociedad si la gente tuviera menos tiempo de ocio.							
3. El dinero ganado con facilidad (como a través del juego o la especulación) por lo general se gasta inconscientemente.							
4. Hay pocas satisfacciones comparables con el trabajo bien hecho.							
5. Los trabajos más difíciles y costosos normalmente resultan ser los más gratificantes.							
6. La gente no triunfa en la vida suele ser bastante perezosa.							
7. El hombre que se hace a si mismo probablemente es más ético que el que ha nacido con todo dado.							
8. Frecuentemente pienso que tendría más éxito si sacrificase algunos placeres.							
9. La gente debería tener menos tiempo de ocio para dedicarlo a relajarse.							
10. Toda persona que tiene capacidad y además trabaja duro tiene una alta probabilidad de éxito.							
11. La gente que trabaja en una tarea probablemente no ha trabajado suficiente en ello.							
12. La vida tendría poco sentido si no sufriésemos nunca.							
13. El trabajo duro ofrece muchas garantías de éxito.							
14. La vida tendría mas sentido si tuviésemos menos tiempo de ocio.							
15. El hombre que puede hacer frente a una tarea desagradable con entusiasmos es el que triunfa.							
16. Si una persona se esfuerza lo suficiente es probable que se gane la vida.							
17. Me siento ansioso cuando tengo poco trabajo para hacer.							
18. El disgusto por el trabajo duro normalmente refleja una debilidad de carácter.							

8, Indique con que frecuencia realiza lo siguiente:
Objetivo: Explorar las formas de cuidado de la salud
Responda en una escala de 1 (nunca) a 4 (siempre).

Cuidado para la salud	1	2	3	4
1. Haces deporte.				
2. Cuidas tu dieta.				
3. Consume medicamentos o drogas (si respondió que sí señale si es por prescripción médica o por voluntad propia)-				