

# Representaciones sociales de la salud y la enfermedad: Un estudio comparativo entre operadores de la salud y pacientes hospitalizados en Bucaramanga y Floridablanca

Leonardo Yovany Álvarez Ramírez, Psi\*

## Resumen

El presente estudio tuvo como propósito establecer las semejanzas y diferencias en las representaciones sociales de la salud y la enfermedad entre un grupo de operadores sanitarios y un grupo de pacientes hospitalizados de las ciudades de Bucaramanga y Floridablanca. Cada grupo estuvo conformado por 200 sujetos. Los criterios de inclusión solo se asociaron a capacidad de comprensión lectora y escritura en el grupo de pacientes. No hubo limitantes de edad, género, nivel educativo u otro tipo de variable sociodemográfica en ninguno de los dos grupos. El estudio siguió un diseño correlacional transversal. El procedimiento incluyó la aplicación de 8 instrumentos tipo escala, a los 400 sujetos participantes, en ocho centros de atención de la salud (hospitales, clínicas, EPS). Se llevaron a cabo las correlaciones para la extracción de componentes en las dimensiones analizadas a través de rotación varimax. Los hallazgos muestran coincidencias en los componentes de las variables analizadas en los dos grupos indicando representaciones sociales afines en ellos en 6 de las 8 dimensiones de estudio. Se concluye que ambos grupos experimentan, juzgan y manejan la salud y la enfermedad con representaciones comunes en su mayor parte siguiendo la lógica cotidiana del sentido común. [Álvarez LY. Representaciones sociales de la salud y la enfermedad: Un estudio comparativo entre operadores de la salud y pacientes hospitalizados en Bucaramanga y Floridablanca. MedUNAB 2006; 9:211-220]

**Palabras clave:** Representaciones sociales, Salud, Enfermedad, Lógica cotidiana.

## Summary

The purpose of the present study is to establish the resemblances and differences in the social representations of health and illness between a group of health operators and a group of hospitalized patients of the city of Bucaramanga and Floridablanca. Every group was formed by 200 subjects. The criteria of inclusion included only those with abilities in reading comprehension and writing in the patient's group. There were not limits in age, genre, educational level or other types of social or demographic variables in any of the groups. The study followed a transverse correlation design. The procedure included the application of 8 scale type instruments, and the 400 subjects in eight health care centers (hospitals, clinics, EPS). The interrelations were carried out for the extraction of components in the dimensions analyzed across rotation varimax. The findings show coincidences in the variable components analyzed in both groups indicating related social representations within them in 6 of 8 study dimensions. It is concluded that both groups experiment, judge and handle health and illness with common representations, in most cases following the daily logic of common sense. [Álvarez LY. Social representations of health and illness: A comparative study between health operators and patients hospitalized in Bucaramanga and Floridablanca. MedUNAB 2006; 9:211-220]

**Key words:** Social representations, Health, Illness, Daily logic.

---

\*Profesor Auxiliar, Facultad de Psicología; Director, Grupo de Cognición en Procesos Psicosociales y Psicoterapéuticos, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia.

**Correspondencia:** Dr. Álvarez. Facultad de Psicología, Calle 157 # 19-55, Campus El Bosque, Bucaramanga. E-mail: lalvarez4@unab.edu.co

Artículo recibido: 7 de agosto de 2006; aceptado: 30 de octubre de 2006

## Introducción

Los estudios acerca de las representaciones sociales de la salud y la enfermedad iniciaron en 1969 con Herzlich en Francia.<sup>1</sup> Desde entonces han sido abordadas como objeto de estudio por la antropología y más recientemente por la Psicología social de la salud. Los diferentes hallazgos sugieren que estas representaciones influyen en una variedad de comportamientos relacionados con la enfermedad y la salud como los estilos de vida, las formas de afrontar la enfermedad, las formas de controlarla, experimentarla, juzgarla, comprenderla, explicarla, también en comportamientos tales como la búsqueda de ayuda, la actitud para asumirla o prevenirla, la interacción con víctimas de ella,<sup>2-4</sup> la selección de tipo de tratamiento médico,<sup>5</sup> la adherencia al tratamiento médico.<sup>5,6</sup> Por otra parte, las representaciones acerca de la salud y de la enfermedad son construidas socialmente y moduladas por el contexto social.<sup>7,8</sup>

Considerando las repercusiones que las representaciones de la salud y la enfermedad tienen en la vida de las personas, diversas investigaciones han seguido la exploración pionera de Herzlich, en diferentes comunidades, por ejemplo, la comunidad vasca en España,<sup>3</sup> un grupo de londinenses en Inglaterra,<sup>9</sup> una comunidad mexicana,<sup>10</sup> entre otras. Sus exploraciones, en particular las de los últimos investigadores, han encontrado material específico respecto de cómo las representaciones de salud y enfermedad organizan el comportamiento, los hábitos, el estilo de vida, los afrontamientos, las formas de control de la enfermedad y la salud y otros aspectos del quehacer cotidiano de estas comunidades pudiendo describir con detalle las particularidades implicadas en cada uno de los componentes estudiados.

El presente estudio busca identificar las representaciones sociales de la salud y la enfermedad que organizan el comportamiento de los sujetos estudiados (agentes u operadores de salud y pacientes hospitalizados) en cada una de las dimensiones antes anotadas, señalando las diferencias y coincidencias que se establecen en los dos grupos y las implicaciones de las mismas en la experiencia con la enfermedad y la salud, en la forma de comprenderla, explicarla, manejarla y asumirla, por parte de cada colectivo, indicando si este saber cotidiano consigue tener mayor o menor relevancia que el de la lógica formal de la formación en sus campos profesionales en el grupo de operadores de la salud.

La representaciones sociales de la salud y enfermedad se exploran a partir de sus componentes estructurales, esto es, en las dimensiones de contenido: dimensión actitudinal (actitudes, valores, emociones), dimensión informativa (atribuciones, formas de control), y la dimensión de objetivación-inserción simbólica y social (estereotipos, estilos de vida, formas de cuidado).

## Materiales y métodos

*Sujetos:* El estudio se llevó a cabo en un grupo de 200 sujetos agentes u operadores de salud, entre los cuales se seleccionaron médicos, sin considerar características asociadas a la profesión tales como años de ejercicio profesional, nivel de educación en postgrado, especialidad, género, edad, estrato socio económico,

nivel de ingreso u orientación académica de las universidades de procedencia. Igualmente fueron seleccionados en este grupo enfermeros y enfermeras e instrumentadores(as) de ocho centros de atención sanitaria de la ciudad de Bucaramanga y el municipio de Floridablanca (clínicas, hospitales y EPS). El proceso de selección de los sujetos participantes se hizo al azar. El grupo de comparación estuvo conformado por 200 pacientes hospitalizados de los mismos centros de atención sanitaria de las mismas dos localidades y no se tomó en consideración variables de género, edad, nivel educativo, tipo de afección, tiempo de estancia en el centro, estrato socio-económico. En estos sujetos el criterio de inclusión aparte de su condición de paciente estable y recibiendo su tratamiento médico fue la capacidad de comprensión lectora.

*Diseño:* El estudio realizado siguió un diseño correlacional transversal.

*Hipótesis:* Los sujetos del grupo de operadores de la salud presentarían representaciones sociales de la salud y la enfermedad asociadas con la lógica formal propia de la formación en su campo, en tanto que los sujetos del grupo de pacientes hospitalizados, lo harían con relaciones propias de la lógica informal cotidiana.

*Instrumentos o materiales:* 1) Cuestionario versión resumida de afrontamiento (coping), que se empleó para explorar las formas de afrontamiento que utilizan las personas ante la salud y la enfermedad. 2) El listado de estereotipos, el cual se utilizó para identificar los estereotipos que tienen las personas hacia la enfermedad. 3) El Diferencial semántico, para explorar actitudes o posiciones ante la salud y la enfermedad. 4) Listado de emociones, utilizado para indagar las emociones que surgen ante la enfermedad. 5) Cuestionario de atribución de causalidad de Echevarría, para explorar la forma en que las personas se explican y explican a los demás lo referente a la salud y la enfermedad. 6) Cuestionario de formas (locus) de control de Echebarría, Ozamiz y San Juan, el cual se usó para examinar formas de control frente del proceso de salud y enfermedad que utilizan las personas. 7) Cuestionario de ética de Garret y Mirels, útil para distinguir los valores de los sujetos frente a la vida saludable. 8) Listado de hábitos de salud, en el que se categorizan las formas de cuidado de la salud; esta dimensión representa la forma de control y afrontamiento del problema.<sup>10</sup>

*Procedimiento:* Los instrumentos se aplicaron a los sujetos de estudio en los ocho centros de atención sanitaria (clínicas, hospitales, EPS) de Bucaramanga y Floridablanca, explicando el propósito del investigación a los sujetos y solicitando su autorización a través del consentimiento informado según el estándar de la APA. Se les presentó cada instrumento por separado aclarando dudas relacionadas con la forma de calificar y consignar las respuestas. Se observó al finalizar cada instrumento a fin de que no hubiese respuestas no consignadas. Se tomaron intervalos de descanso entre una y otra aplicación y se frecuentó a cada paciente o agente u operador de la salud en días consecutivos para obtener la respuesta a los ocho instrumentos. Esta actividad se llevó a cabo a lo largo de cuatro meses con cuatro aplicadores entrenados (estudiantes de Psicología UNAB).

Los datos fueron incorporados al programa para proceder a su procesamiento y obtención de resultados. Se realizó un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax con el programa estadístico SPSS 11.01 a cada una de las 8 variables en estudio. Para la interpretación de los resultados, en el análisis factorial se tomaron en cuenta las cargas factoriales de los ítems superiores a 0,50, a partir de las cuales se las consideran buenos.<sup>11</sup>

## Resultados

Los resultados obtenidos en el estudio dan cuenta de de las representaciones sociales sobre los fenómenos de la salud y la enfermedad en operadores de la salud (médicos, enfermeras, paramédicos) comparativamente con pacientes hospitalizados. Estas han sido exploradas a partir de sus componentes estructurales, esto es, en las dimensiones de de contenido (dimensión actitudinal: actitudes, valores, emociones; la dimensión informativa: Atribuciones, formas de control; la dimensión de objetivación-inserción simbólica y social: estereotipos, estilos de vida, formas de cuidado).

Para analizar las diferentes dimensiones mencionadas en el estudio se llevó a cabo 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 mayores que 0,50 teniendo en cuenta que la interpretación de Comrey establece que los índices de 0.71 hacia arriba se consideran excelentes, entre 0.60 y 0.70 son muy buenos, entre 0,50 y 0.60 buenos y entre 0.40 y 0,50 aceptables.

A continuación se presentan los resultados comparativos de los dos grupos. La tabla 1 muestra el análisis factorial de 9 y 10 componentes respectivamente en la dimensión "Formas de afrontamiento", los cuales explican sendas varianzas de 64% y 59, 40%. El primer componente se ha denominado "Expresión emocional

y apoyo", para el grupo de los operadores de salud, y acción y apoyo para los pacientes hospitalizados. Este componente esta conformado por los ítems 23, 13, 17, 18 y 19, los cuales junto a otros de carga factorial inferior a 0,50, explican el 13,41% de la varianza en el grupo de operadores de la salud en el cual los sujetos encuentran en la expresión de sus emociones hacia familiares y otros significativos, la forma de asumir la enfermedad, buscando además obtener apoyo de su red social personal. En el grupo de los pacientes hospitalizados, se encontró que el segundo componente del análisis factorial coincidía con este hallazgo pero incluyendo además lo que se denominó "Sentido de autocrítica" respecto de su responsabilidad en el problema. Este componente explicó en el grupo de pacientes hospitalizados, el 8,16% de la varianza, agrupando los ítems 2 y 25 del instrumento aplicado junto a otros de carga factorial inferior a 0,50.

En lo relacionado con el primer componente del análisis factorial para los pacientes hospitalizados, se halló que estos sujetos afrontan la enfermedad buscando ayuda médica concreta y concentrando sus esfuerzos en luchar contra el problema. Este componente explicó el 11,49% de la varianza y se conformó, entre otros de carga factorial inferior a 0,50, por los ítems 2 y 25 del instrumento aplicado. Este afrontamiento se opone al encontrado en lo sujetos del grupo de agentes de salud, en el segundo componente, el cual explica el 10,25% de la varianza, con los ítems 8, 10 y 27 entre otros de inferior carga factorial a 0,50 y que están relacionados con la negación de la condición de enfermedad, el retraimiento y la tendencia a dejar de intentar hacer algo por resolver la condición de enfermedad. El tercer componente muestra la dimensión aceptación-negación como un continuo bipolar, en el cual el grupo de operadores de la salud mantiene estas dos formas alternativas de respuesta ante la enfermedad. Lo integran los ítems 3 a 5 entre otros con carga factorial inferior a 0,50 y explica el 9,47% de la varianza. El mismo componente en el caso de los pacientes hospitalizados, está integrado por el ítem 9, el cual explica junto a otros de factorial inferior a 0,50 el 7,13% de la varianza y se

**Tabla 1.** Formas de afrontamiento

COMPONENTE	ÍTEMS		PORCENTAJE DE LA VARIANZA		DENOMINACION DEL COMPONENTE	
	OPERADORES DE SALUD	PACIENTES HOSPITALIZADOS	OPERADORES DE SALUD	PACIENTES HOSPITALIZADOS	OPERADORES DE SALUD	PACIENTES HOSPITALIZADOS
I	23,13,17,18,19	25,2	13,41%	11,49%	Expresión emocional y apoyo	Acción y ayuda médica
II	8,10,27	13,26	10,25%	8,16%	Claudicación y retraimiento	Expresión emocional y autocrítica
III	3,4,5	9	9,47%	7,13%	Aceptación -negación	Reserva
IV	-----	-----	6,09%	5,55%	-----	-----
V	-----	-----	5,80%	5,38%	-----	-----
VI	-----	14	5,27%	5,22%	-----	Rezar
VII	22	7	5,02%	4,47%	Resiliencia	Redescubrimiento vital
VIII	-----	-----	4,52%	4,33%	-----	-----
IX	15	-----	4,17%	3,90%	Resiliencia	-----
X	-----	-----	-----	3,77%	-----	-----

denominó “Reserva”, aludiendo a la privacidad con la cual los sujetos evaluados afrontan el manejo de sus emociones asociadas con la enfermedad. Al comparar estos dos afrontamientos se encuentran diferencias en los dos grupos: el de los agentes de salud asume una mayor apertura que el de los pacientes hospitalizados. El cuarto y quinto componentes explican el 6,09% y 5,55% de la varianza para los dos grupos y el 5,80% y 5,38% igualmente en los dos grupos, respectivamente; sin embargo, de acuerdo con el criterio para la consideración de los ítems en el análisis, no se toma en cuenta ninguno por tener cargas inferiores a 0,50.

El sexto componente del análisis factorial en el grupo de los operadores de salud, no reúne ítems con cargas superiores a 0,50, por lo cual no se considera para el análisis, sin embargo, explica el 5,27% de la varianza. Para el caso del grupo de los pacientes hospitalizados, el ítem 14 explica, junto a otros de carga inferior a 0,50, el 5,22% de la varianza y se denominó “Rezar”, lo cual muestra este tipo de afrontamiento frente a la enfermedad en el grupo evaluado.

El séptimo componente, se ha denominado para el grupo de los operadores de salud “Resiliencia”; está integrado por el ítem 22 junto a otros de carga factorial inferior a 0,50, explicando el 5,02% de la varianza. Destaca un afrontamiento de autodeterminación frente a las adversidades de la enfermedad en el grupo estudiado. Este afrontamiento reaparece en el componente noveno en el mismo grupo con el ítem 15, el cual explica junto con otros de carga factorial inferior a 0,50, el 4,17% de la varianza. Este hallazgo es coincidente con el séptimo componente del grupo de pacientes hospitalizados, el cual se denominó “Redescubrimiento vital” y está relacionado con la posibilidad de ver nuevos significados alentadores en la vida a pesar de la condición de la enfermedad. El ítem 7, junto con otros de carga factorial inferior a 0,50, explica el 4,47% de la varianza en este componente.

El octavo componente explica el 4,52% de la varianza y el 4,33% para los dos grupos estudiados, respectivamente. En atención a que los ítems que los conforman tienen cargas inferiores a 0,50 no son considerados en el estudio. El noveno componente no muestra ítems para el segundo grupo en razón a sus cargas factoriales, pero explica el 3,90% de la varianza. El décimo componente sólo aparece para el análisis factorial del grupo de pacientes hospitalizados, sus ítems explican el 3,77% de la varianza, pero no son considerados en función de sus cargas.

La tabla 2 muestra el resultado del análisis factorial de la segunda variable: los estereotipos hacia la enfermedad y el enfermo. Se obtuvieron tres componentes principales en los dos grupos. Los hallazgos muestran coincidencias en los estereotipos. El primer componente se denominó “Disminuido” y muestra categorías de representación del enfermo en los dos grupos evaluados como incapaz, decaído y no higiénico. En el grupo de los operadores de salud, los ítems 2, 4, 5, 6 y 7 junto a otros, con carga factorial inferior a 0,50, explican el 25,58% de la varianza. En el grupo de los pacientes hospitalizados, los ítems 2 a 8 y el 10, junto con otros de carga factorial inferior a 0,50 explican el 28,63% de la varianza. El segundo componente se denominó “Deteriorado psicológicamente”, el cual muestra coincidencias en este estereotipo en los dos grupos. En el caso de los operadores de salud, el ítem 8, junto a otros de carga factorial inferior a 0,50, explica el 19,02% de la varianza. En el grupo de los pacientes hospitalizados, igualmente el ítem 8, junto a otros de carga factorial inferior a 0,50, explica el 14,44% de la varianza. El tercer componente se denominó “Deteriorado físicamente”; en el grupo de operadores de salud el ítem 3 explica junto a otros de carga inferior a 0,50, el 11,87% de la varianza y en grupo de comparación, el ítem 9, explica, junto con otros de carga factorial inferior a 0,50, el 10,12% de la varianza.

La tabla 3 presenta los hallazgos obtenidos del análisis factorial en la dimensión "Actitudes hacia la enfermedad", en los dos grupos estudiados. El primer componente en el grupo de los agentes de salud, denominado “Fortaleza”, está integrado, junto con otros ítems de carga factorial inferior a 0,50, por los ítems 13, 19, 20, 21 y 22, que explican el 17,70% de la varianza. Este componente es coincidente con el hallado en el grupo de los pacientes hospitalizados, en quienes se adiciona una actitud proactiva frente a la enfermedad. Este componente incluye los ítems 1, 2, 8, 20, 21 y 24, que junto a otros de carga factorial inferior a 0,50 explican el 18,75% de la varianza. El componente 3 del grupo de los operadores de salud, coincide con esta actitud proactiva hacia la enfermedad. Este tercer componente en este grupo se halla integrado, junto a otros ítems de carga factorial inferior a 0,50, por los ítems 1, 2, 15 y 16, los que explican el 12,19% de la varianza.

El segundo componente hallado en el análisis de la variable en cuestión se denominó en el grupo de los operadores de salud “Aprecio-desprecio”, ya que corresponde a un constructo bipolar que integra los dos extremos de la actitud. Está integrado, junto con otros ítems de carga factorial inferior a 0,50, por los ítems

**Tabla 2.** Estereotipo

COMPONENTE	ÍTEMS		PORCENTAJE DE LA VARIANZA		DENOMINACION DEL COMPONENTE	
	OPERADORES DE SALUD	PACIENTES HOSPITALIZADOS	OPERADORES DE SALUD	PACIENTES HOSPITALIZADOS	OPERADORES DE SALUD	PACIENTES HOSPITALIZADOS
I	2,4,5,6,7	2,3,4,5,6,7,8,10	25,58%	28,63%	Disminuido	Disminuido
II	8	8	19,02%	14,44%	Deteriorado psicológicamente	Deteriorado psicológicamente
III	3	9	11,87%	10,12%	Deteriorado físicamente	Deteriorado físicamente

**Tabla 3.** Actitudes

COMPONENTE	ÍTEMS		PORCENTAJE DE LA VARIANZA		DENOMINACION DEL COMPONENTE	
	OPERADORES DE SALUD	PACIENTES HOSPITALIZADOS	OPERADORES DE SALUD	PACIENTES HOSPITALIZADOS	OPERADORES DE SALUD	PACIENTES HOSPITALIZADOS
I	13,19,20,21,22	1,2,8,20,21,24	17,70%	18,75%	Fortaleza	Fortaleza-proactiva
II	4,6,8,9	16,18	15,38%	11,69%	Aprecio-des-precio	Pérdida de empleo
III	1,2,15,16	22,24	12,19%	7,64%	Proactiva	Lucha
IV	-----	-----	7,08%	5,92%	-----	-----
V	-----	-----	5,42%	4,92%	-----	-----
VI	-----	-----	4,40%	4,67%	-----	-----
VII	-----	-----	4,22%	4,29%	-----	-----

**Tabla 4.** Emociones

COMPONENTE	ÍTEMS		PORCENTAJE DE LA VARIANZA		DENOMINACION DEL COMPONENTE	
	OPERADORES DE SALUD	PACIENTES HOSPITALIZADOS	OPERADORES DE SALUD	PACIENTES HOSPITALIZADOS	OPERADORES DE SALUD	PACIENTES HOSPITALIZADOS
I	1,6,9	1,6,9	24,22%	20,29%	Optimismo	Optimismo
II	4,5	3,5	17,82%	18,76%	Alegría-culpa	Miedo-culpa
III	8	4,8	11,48%	12,46%	Resignación	Resignación-optimismo
IV	-----	10	10,20%	10,68%	-----	Ansiedad

4, 6, 8 y 9, explicando el 15,38% de la varianza. Por su parte, el grupo de pacientes, integra en el componente dos los ítems 16 y 18, los cuales, junto a los ítems de carga factorial inferior a 0,50, explican el 11,69% de la varianza y representan en esta categoría la actitud de pérdida asociada con el desempleo y la pobreza, que entienden asociada con la enfermedad. Finalmente, en este mismo grupo, el componente tres, conformado por los ítems 22 y 24, que explica junto a los de carga factorial inferior a 0,50, el 7,64% de la varianza se denominó “Lucha” y es coherente con esta actitud hacia la enfermedad. Los cuatro componentes restantes no fueron considerados por estar integrados por ítems cuyas cargas son inferiores a 0,50. Sus varianzas son: para el IV componente, 7,08% para el grupo de los operadores de salud y 5,92% para los pacientes respectivamente; 5,42% y 4,92% para cada grupo en el componente V, 4,40% y 4,67% para cada grupo en el VI componente y finalmente 4,22% y 4,29%, la varianza para cada grupo en el VII componente.

Continuando el análisis factorial de las dimensiones constitutivas de las representaciones sociales de la salud y la enfermedad en los dos grupos de estudio, la tabla 4 presenta la comparación entre los mismos en la variable emociones la cual presenta cuatro componentes o factores en los dos grupos. En el primer componente, los ítems 1, 6 y 9 se aglutinan explicando junto a otros de carga factorial inferior a 0,50, el 24,22% de la varianza para el grupo de

operadores de la salud. El componente se denominó “Optimismo”. En el grupo de comparación, el primer componente se denominó de la misma manera y estuvo integrado por los mismos ítems, los cuales explicaron, junto a otros de carga inferior a 0,50, el 20,29% de la varianza. El segundo componente se denominó para el grupo de operadores de la salud “Alegría-culpa”, aludiendo a las emociones que reportaron los sujetos que les suscitaba la enfermedad (la primera como muestra de entereza personal). Este componente lo integraron entre otros los ítems 4 y 5, los cuales en conjunto explican el 17,82% de la varianza. En el grupo de comparación, el segundo componente estuvo integrado por los ítems 3 y 5, los cuales explicaron, junto a otros de carga inferior a 0,50, el 18,76% de la varianza. La denominación asignada al componente fue “Miedo-culpa”. Coincide en la emoción de culpa con el grupo comparativo; sin embargo, el componente de miedo lo diferencia de lo encontrado en el grupo anterior.

El tercer componente se denominó “Resignación”. Muestra coincidencias en los dos grupos. En el grupo de operadores de la salud, este se conformó con el ítem 8, el cual junto con otros de carga inferior a 0,50, explicó el 11,48% de la varianza. En el grupo de los pacientes, lo integraron los ítems 4 y 8, los cuales explicaron junto a otros de carga inferior a 0,50, el 12,46% de la varianza. En este grupo se adicionó el optimismo como un modulador de la resignación, mostrando una resignación optimista frente a aspectos

incontrolables de la condición de enfermedad. Finalmente, el cuarto componente no se consideró para el grupo de los operadores de salud por estar conformado por ítems de carga inferior a 0,50. En el grupo de los pacientes hospitalizados se denominó “Ansiedad” y estuvo conformado por el ítem 10, junto a otros de carga factorial inferior a 0,50, el cual explica junto a otros de menor carga el 10,68% de la varianza. Este, sin embargo, creemos que coincide con el componente de miedo-culpa en esta primera emoción.

La tabla 5 presenta los componentes hallados en la dimensión: Explicaciones sobre la salud- enfermedad en los dos grupos de estudio. El análisis factorial arrojó cinco componentes para el grupo de operadores de la salud y cuatro para los pacientes hospitalizados. El primer componente para el grupo de operadores de la salud está integrado por los ítems 2 a 5, 7 y 9, que junto a otros de carga inferior a 0,50, explica el 27,90% de la varianza de la variable. Este componente se denominó “Explicaciones biológicas-socioeconómicas-ambientales”. Las atribuciones que hace el grupo investigado destacan el papel del deterioro ambiental, el estrés y el trabajo excesivo, la herencia, la alimentación alterada y los escasos recursos económicos, como la explicación de que sobrevenga con mayor facilidad la enfermedad. El grupo de los pacientes hospitalizados coincide con estas atribuciones en su primer componente, integrado por los ítems 1 a 3, 9, 10, 12 y 13, que explican junto a otros de carga inferior a 0,50, el 23,48% de la varianza en la variable en estudio. En el segundo componente coinciden los dos grupos en atribuir a la pobreza, la aparición de la enfermedad y los deterioros a los que se llega en la salud. Este segundo componente se denominó en los dos casos “Pobreza”; en el grupo de los operadores de la salud está constituido por los ítems 8 y 11, los cuales junto con otros de carga inferior a 0,50, explican el 13,68% de la varianza, mientras que en el grupo de los pacientes hospitalizados lo conforman los ítems 5 y 7, que junto a otros explican el 12,91% de la varianza.

El tercer componente en el grupo de los operadores de salud se denominó “Estilo de vida” y está conformado, junto con otros ítems de carga inferior a 0,50, por los ítems 6 y 8, los cuales explican en conjunto el 10,70% de la varianza. Las atribuciones que hace el grupo señalan que cosas como el vicio y el libertinaje degeneran la salud, lo cual es coincidente con el cuarto componente denominado “Estilo de vida-pobreza”, del grupo de pacientes hospitalizados, el

cual está integrado por los ítems 8 y 12, los cuales junto con otros de carga inferior 0,50, explican el 7,71% de la varianza en la variable. En este mismo grupo, el tercer componente, está integrado por el ítem 4, el cual junto a otros de carga inferior a 0,50, explican el 8,89% de la variable y atribuyen la enfermedad a causas genéticas. Este hallazgo resulta coincidente con lo obtenido en el primer componente en el grupo de operadores de la salud.

El cuarto componente está integrado por el ítem 13 en el grupo de los médicos, el cual junto a otros de carga inferior a 0,50, explican el 10,22% de la varianza; se denominó “Estado de ánimo”. Esto supone que la muestra de operadores de la salud atribuye al estado de ánimo un papel causal del deterioro de la salud en las personas. Estos resultados coinciden con lo hallado en el grupo de pacientes hospitalizados en el componente primero.

El quinto componente está constituido por ítems cuya carga factorial es inferior a 0,50, esos ítems explican el 7,69% de la varianza en el primer grupo. En el grupo de pacientes no se conformó un quinto componente factorial.

La tabla 6 exhibe los hallazgos obtenidos en el análisis factorial de la variable formas de control de la salud y la enfermedad. El primer componente está conformado por los ítems 2, 4, 5, 6, 9 y 10, los que junto a otros de carga factorial inferior a 0,50, explican el 26,68% de la varianza en la variable para el grupo de los operadores de salud. Se ha denominado “Formas de control externas”, en las cuales los sujetos estudiados contemplan aspectos tales como la atención médica, la fe religiosa, la suerte, el seguimiento del tratamiento y el adecuado diagnóstico, como formas de control de la enfermedad. Estas formas de control son de tipo externo y no en la capacidad del individuo enfermo. Por otro lado, el primer componente, en el grupo de pacientes hospitalizados, está integrado por los ítems 1, 8 y 11, que explican junto a otros de menor carga factorial el 16,72% de la varianza; se denominó “Formas de control internas-externas”, pues alude al control que el sujeto puede tener en su alimentación y estado de ánimo para la curación.

El segundo componente se denominó en el grupo de operadores de la salud “Regulación emocional”, el cual coincide con el componente y el grupo inmediatamente anterior, asignando al estado de ánimo un rol causal de la salud o la enfermedad. Asigna así

**Tabla 5.** Explicaciones

COMPONENTE	ÍTEMES		PORCENTAJE DE LA VARIANZA		DENOMINACION DEL COMPONENTE	
	OPERADORES DE SALUD	PACIENTES HOSPITALIZADOS	OPERADORES DE SALUD	PACIENTES HOSPITALIZADOS	OPERADORES DE SALUD	PACIENTES HOSPITALIZADOS
I	9,3,2,4,5,7	1,2,3,9,10,12,13	27,90%	23,48%	Biológicas-socioeconómicas-ambientales	Hábitos saludables-pobreza-ánimo
II	7,12	5,7	13,68%	12,91%	Pobreza	Pobreza
III	6,8	4	10,70%	8,89%	Estilo de vida	Genética
IV	13	8,12	10,22%	7,71%	Estado de ánimo	Estilo de vida-pobreza
V	----		7,69%		----	

**Tabla 6.** Formas de control

COMPONENTE	ÍTEMS		PORCENTAJE DE LA VARIANZA		DENOMINACION DEL COMPONENTE	
	OPERADORES DE SALUD	PACIENTES HOSPITALIZADOS	OPERADORES DE SALUD	PACIENTES HOSPITALIZADOS	OPERADORES DE SALUD	PACIENTES HOSPITALIZADOS
I	2,4,5,6,9,10	1,8,11	26,68%	16,72%	Externas	Externas-internas
II	8,11	2,9,10	20,99%	15,76%	Regulación emocional	Diagnóstico y tratamiento médicos
III	1,6	6,7	13,43%	11,39%	Externo-interno	Interno-externo
IV		4	10,62%	9,83%		Fe religiosa

formas de control sobre las que el individuo tiene responsabilidad y manejo para que las ponga al servicio de su curación o del mantenimiento de la salud. Estuvo conformado por los ítems 8 y 11, los cuales explican junto con otros de carga factorial inferior a 0,50, el 20,99% de la varianza.

El segundo componente para el grupo de los pacientes se denominó “Diagnóstico y tratamiento médicos”; estuvo conformado por los ítems 2, 9 y 10, los cuales, junto con otros de carga factorial inferior a 0,50, explican el 15,76% de la varianza en la variable en estudio. En este componente los sujetos consideran un buen diagnóstico y tratamiento médicos como una forma de control de la enfermedad y de conservación de la salud.

El tercer componente de la variable en el grupo de los operadores de la salud estuvo conformado por los ítems 1 y 6, que explican junto a otros de carga factorial inferior a 0,50, el 13,43% de la varianza. Se denominó “Interno-externo”, ya que hay dos posiciones de control frente a la salud-enfermedad: determinar la salud con actos de cuidado o sentir que no es posible hacer algo para evitar enfermar. Esta misma dicotomía se encuentra en los hallazgos del grupo de pacientes, a cuyo componente se ha denominado de la misma manera y se halla conformado por los ítems 6 y 7, que ex-

plican, junto con otros de carga factorial inferior a 0,50, el 11,39% de la varianza en la variable.

El cuarto componente resulta en el análisis factorial de la variable en el grupo de los pacientes hospitalizados, con el ítem 4, el cual explica junto con otros de carga factorial inferior a 0,50, el 9,83% de la varianza. Se denominó “Fe religiosa” y se relaciona con la forma de control de la enfermedad que manejan los pacientes al mantener expectativas sobre su salud en designios divinos. Este componente no fue considerado en el grupo de operadores de la salud ya que la carga de los ítems es inferior a 0,50 y, por lo tanto, no son considerados para el análisis.

La tabla 7 presenta los hallazgos obtenidos en el análisis factorial de la dimensión valores que emplean las personas al asumir la salud o la enfermedad. El primer componente conformado por los ítems 7 a 16 y el 18, que junto a otros de carga factorial inferior a 0,50, explican el 29,98% de la varianza en la variable para el grupo de los operadores de salud. Se ha denominado “Responsabilidad y tenacidad”. Los sujetos del grupo conciben que los valores que hacen que la persona garantice su calidad de vida psicosocial son los que se relacionan con tener una vida responsable, activa, con esfuerzos y satisfacciones.

**Tabla 7.** Valores

COMPONENTE	ÍTEMS		PORCENTAJE DE LA VARIANZA		DENOMINACION DEL COMPONENTE	
	OPERADORES DE SALUD	PACIENTES HOSPITALIZADOS	OPERADORES DE SALUD	PACIENTES HOSPITALIZADOS	OPERADORES DE SALUD	PACIENTES HOSPITALIZADOS
I	7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,18	2,5,8,9,13	29,98%	21,61%	Responsabilidad y tenacidad	Disciplina y dedicación
II	2	-----	8,74%	8,84%	Disciplina y dedicación	-----
III	1	-----	7,10%	6,81%	Esfuerzo y organización del tiempo	-----
IV	-----	-----	6,74%	6,70%	-----	-----
V	5	11	6,05%	6,48%	Trabajo y resistencia	Dedicación
VI	-----	3	5,83%	5,60%	-----	Disciplina y dedicación

El primer componente de la variable valores para el grupo de pacientes hospitalizados lo integran los ítems 2, 5, 8, 9 y 13, los cuales junto a otros de carga factorial inferior a 0,50, explican el 21,61% de la varianza. Este se ha denominado “Disciplina y dedicación”, por cuanto los sujetos consideran que esta manera de asumir la vida compromete con estados de satisfacción y provecho vital que asocian con la salud.

El segundo componente del análisis factorial se ha denominado “Disciplina y dedicación” en el grupo de agentes de la salud y lo constituye el ítem 2, el cual, junto a otros de carga factorial inferior a 0,50, explican el 8,74% de la varianza en la variable en estudio. Estos hallazgos coinciden con lo obtenido en el primer componente del grupo de pacientes hospitalizados, los cuales asumen estos valores como representativos para la vida y la salud mental y física de los individuos. En este componente no se consideran los ítems para el grupo de pacientes hospitalizados por tener cargas factoriales inferiores a las previstas para el análisis.

El tercer componente se denominó “Esfuerzo y dedicación” y se halla conformado por el ítem 1, que explica junto con otros de carga factorial inferior a 0,50, el 7,10% de la varianza de la variable en estudio. Este hallazgo refuerza los obtenidos en los componentes anteriores tanto para el grupo de agentes de salud como para el de pacientes hospitalizados. El tercer componente en el caso de estos últimos no se tomó en consideración para el análisis dado que las cargas de los ítems fueron inferiores a las establecidas. Los ítems con dichas cargas, explican el 6,81% de la varianza.

El cuarto factor no se tomó en cuenta por las mismas razones anteriormente aludidas. Los ítems explican el 6,74% y 6,70% de la varianza respectivamente. El quinto componente se denominó “Trabajo y resistencia” para el grupo de los agentes de salud y estuvo conformado por el ítem 5, el cual junto a otros de inferior carga factorial a 0,50 explican la varianza de 6,05%. El valor dado al trabajo arduo y a la resistencia a la adversidad se consideran como normas de vida que hacen que las personas tengan más probabilidad de aprovechar la vida con optimismo. Este valor está relacionado con los tres primeros componentes en el grupo de comparación. Para el caso del grupo de pacientes, el quinto componente se denominó “Dedicación” y está constituido por el ítem 11, el cual explica junto con otros de carga factorial inferior a 0,50, el 6,48% de la varianza en la variable en estudio. Este componente coincide con los dos primeros del grupo en comparación.

Finalmente, el sexto componente no se toma en cuenta para el grupo de los operadores de la salud dado que los ítems que lo conforman tienen cargas inferiores a lo previsto, sin embargo, estos explican el 5,83% de la varianza. En el grupo de los pacientes hospitalizados, se

tiene que el ítem 3 junto con otros de menor carga factorial a 0,50, explican el 5,60% de la varianza y se ha denominado “Disciplina y dedicación”. Este hallazgo es coincidente con los componentes anteriores del grupo en comparación.

La tabla 8 exhibe los hallazgos obtenidos en el análisis factorial de la dimensión formas de cuidado de la salud y la enfermedad. El primer componente del grupo de agentes de la salud, está conformado por los ítems 1 a 3, los cuales explican el 58,08% de la varianza. El componente se denominó “Hábitos saludables”, los cuales integran hacer deporte, mantener una dieta sana y consumir medicamentos por prescripción médica. Para el grupo de pacientes, el componente primero, se denominó “Deporte y dieta”, el cual es coincidente con el contenido del componente inmediatamente anterior, en estas dos formas de cuidado. Está integrado por los ítems 1 y 2 que explican el 40,80% de la varianza.

El segundo componente se halló solo en el grupo de los pacientes hospitalizados y está constituido por el ítem 3, el cual explica el 36,86% de la varianza y se denominó “Medicamentos”, aludiendo al consumo de éstos por prescripción médica como una forma de cuidado de la salud.

## Discusión

La hipótesis de trabajo que orientó la presente investigación sostuvo que los sujetos del grupo de operadores de la salud presentarían representaciones sociales de la salud y la enfermedad asociadas con la lógica formal propia de la formación en su campo, en tanto que los sujetos del grupo de pacientes hospitalizados, lo harían con relaciones propias de la lógica informal cotidiana.

El análisis de los resultados obtenidos en los dos grupos, en cada una de las dimensiones (que a su vez hacen parte de los contenidos) de la representación social: dimensión actitudinal, informativa y de objetivación-inserción, permiten establecer que los dos grupos comparten significados cotidianos de la cultura para asumir la condición de salud-enfermedad, manejarla, experimentarla y juzgarla desde una perspectiva psicosocial, con lo cual las diferencias planteadas en la hipótesis de trabajo no se confirmaron.

Los dos grupos presentaron coincidencias en 6 de las 8 dimensiones estudiadas a saber: Los estereotipos hacia el enfermo, las actitudes hacia la enfermedad, las emociones experimentadas hacia la enfermedad, las explicaciones de la misma, los valores que acercarían a un estilo de vida saludable, y las formas de cuidado de la salud, estos hallazgos son coincidentes con los obtenidos por Echebarría y cols<sup>3</sup> en el primer cluster de personas evaluadas (69,74% de la muestra total) en la Comunidad Autónoma Vasca

**Tabla 8.** Formas de cuidado

COMPONENTE	ÍTEMS		PORCENTAJE DE LA VARIANZA		DENOMINACION DEL COMPONENTE	
	OPERADORES DE SALUD	PACIENTES HOSPITALIZADOS	OPERADORES DE SALUD	PACIENTE SHOSPITALIZADOS	OPERADORES DE SALUD	PACIENTES HOSPITALIZADOS
I	1,2,3	1,2	58,08%	40,80%	Hábitos saludables	Deporte-dieta
II		3		36,86%		Medicamento



(España), en los cuales encontró que la salud era considerada como resultado de un balance entre el cuerpo y la mente, la enfermedad era ocasionada por falta de ejercicio, estrés laboral, mal humor, contaminación ambiental, los vicios, el libertinaje y pobreza. Estos hallazgos coinciden con lo encontrado por Stainton<sup>9</sup> en Londres, quien obtuvo que la pobreza era causal de la enfermedad, la conducta autodeterminada de los individuos, era un factor para promover su propia salud y luchar contra la enfermedad (autorregulación), la salud como resultado de conductas de vida sanas, la enfermedad como ocasionada entre otros por estrés ambiental, la salud-enfermedad como relación directa con la calidad de los alimentos, la disponibilidad de recursos para acceder a estos y a servicios médicos. Al comparar los resultados obtenidos en estas seis variables coincidentes en su mayor parte, en los dos grupos, con el estudio realizado por Álvarez<sup>4</sup> en México, se encuentran coincidencias en la variable de estereotipo, en la cual encontró aislamiento y pérdida de estatus en el enfermo debido a su condición, emociones positivas frente a la enfermedad para garantizar la salud; explicaciones sobre la enfermedad basadas en el estilo de vida, lo socioeconómico; los valores menos tiempo de ocio, mayor sacrificio, trabajo duro y esfuerzo y disciplina personales como bases para una vida saludable y evitar enfermar.

Sin embargo, los hallazgos presentan algunas diferencias particulares en los dos grupos, en especial en las dos dimensiones restantes: formas de afrontamiento y formas de cuidado de la salud y la enfermedad.

Con respecto a la primera, es decir, formas de afrontamiento de la enfermedad-salud, las diferencias entre los dos grupos se presentaron en los componentes de reserva y expresión emocional y apoyo; el primero encontrado en el grupo de pacientes hospitalizados y el segundo en el de operadores de la salud. El análisis del componente "Reserva", junto a expresión emocional lejos de parecer contradictorio, se explica en cuanto que es de hecho una expresión emocional reservada la que manifiesta el grupo de pacientes por cuanto va acompañada de autocrítica, en tanto el grupo de operadores de la salud, el componente de expresión emocional está marcado por la apertura dirigida hacia la búsqueda de soporte social y comprensión (véanse componentes I, II y III de la variable formas de afrontamiento). Estos hallazgos coinciden parcialmente con lo encontrado por Álvarez en lo relacionado con el apoyo emocional y la reserva.<sup>10</sup>

Otra diferencia, en la misma variable es la aparición del componente denominado "Rezar" en el grupo de pacientes (ver componente VI de la variable formas de afrontamiento). Este componente muestra las expectativas sobrenaturales que se proveen en la cultura en situaciones de vulnerabilidad, pérdida o enfermedad en el marco de la lógica cotidiana. En el grupo de operadores de la salud, este componente no aparece. En este mismo grupo aparece el primer componente de la variable de afrontamiento denominado acción y ayuda médica, el cual plantea la búsqueda activa de ayuda médica profesional, sin postergarla o asumirla secundaria ante el evento de la enfermedad. Estos componentes no se encontraron en los estudios de Álvarez en esta variable,<sup>10</sup> pero aparecen en los de Stainton<sup>9</sup> y de Echebarría y cols.<sup>3</sup>

Si bien, en el grupo de operadores de la salud aparece en la dimensión de formas de afrontamiento la dimensión de la resiliencia, e

incluso lo hace doble vez (véase la tabla 1, componentes VII y IX), también aparece un componente contrario a esta manifestación como lo es el componente denominado "Claudicación y retraimiento". Podría entenderse sin embargo la lógica antagónica de estos dos extremos como parte de los polos de un mismo constructo, en el cual se pueden tener afrontamientos ante la adversidad optimistas que no excluyen otros momentos y circunstancias de retracción emocional y desesperanza. Aunque con extensiones diferentes como evasión y pasivo-evitación, estos componentes fueron igualmente encontrados por Álvarez.<sup>10</sup>

Con respecto a la dimensión "Formas de control", aparece un componente diferencial entre los dos grupos, en este caso aportado por los pacientes hospitalizados. Es el componente IV (ver tabla 6). Este componente se denominó "Fe religiosa" y apoya los hallazgos diferenciales en los dos grupos, a este factor en cuanto a las formas de control sobre la enfermedad. Este hallazgo es discrepante con la investigación de Echebarría y cols<sup>3</sup> en el primer cluster de personas evaluadas (69,74% de la muestra total) en la cual las formas de control de la enfermedad se basaban en conductas determinadas por los propios individuos y no dependían de fuerzas externas a ellos; sin embargo, es coincidente con el segundo cluster (12,18% de la muestra total), en el cual las formas de control se basan en factores individualmente determinados pero también en factores externos como la suerte y Dios. Igualmente, fueron encontrados elementos de representación de control externo en el estudio de Álvarez.<sup>10</sup>

En esta misma dimensión, el grupo de operadores de la salud, propone un segundo componente denominado "Autorregulación emocional" (tabla 6) el cual plantea el ejercicio de un control personal sobre la circunstancia de la enfermedad a partir del manejo de las emociones y los estados de ánimo ya sea en la recuperación o en el mantenimiento de la salud. Este componente se opone al propuesto por el grupo de comparación el cual plantea opciones externas a los manejos del individuo, por ejemplo, las expectativas sobrenaturales de curación. Este hallazgo es coincidente con lo obtenido por Stainton,<sup>9</sup> quien encontró que la enfermedad resultaba de una pérdida de control sobre sí mismo en los sujetos estudiados. También Álvarez encontró coincidencias al respecto.<sup>10</sup>

Para finalizar la discusión de los resultados comparativos de los dos grupos, en el de los pacientes hospitalizados aparece el componente II (ver tabla 6) en el cual los sujetos expresan la creencia de que un buen diagnóstico y tratamiento médicos son una forma de control apropiada de la enfermedad.

En general, aún en el marco de la lógica informal cotidiana, los dos grupos estudiados presentan componentes favorables hacia la salud y otros desfavorables. En el caso de las formas de afrontamiento (ver tabla 1), lo favorable desde el punto de vista psicosocial apuntaría a la coincidencia en creencias de afrontamiento y acciones de tipo resiliente, de expresión emocional, de búsqueda activa de atención profesional idónea. Lo desfavorable, en la persistencia en opciones de autocrítica que contribuyen a obstaculizar más los procesos de curación, esto en el caso de los pacientes estudiados.

Desde los estereotipos, la representación de los dos grupos no pareciera ser muy favorable ya que se ve la condición de enfermo

y enfermedad desde categorías de estigmatización, deterioro y carencia generales. Esto, en términos de la atención médica y de la adhesión a los tratamientos médicos podría ser un elemento obstaculizador.

Las coincidencias en las actitudes presentarían en el polo de lo favorable en los dos grupos, el apoyo a opciones de resiliencia, fortaleza, autoconfianza, lucha y proactividad, lo cual resultaría ser facilitador de un ambiente psicosocial muy favorable para el desarrollo de la relación terapéutica médico-paciente, para la adhesión al tratamiento y para las expectativas de recuperación. Así mismo, las emociones coincidentes de optimismo ratificarían lo sostenido. En el grupo de los pacientes sin embargo surgen miedos, culpas, ansiedades propias de los fenómenos de pérdida de la condición de salud a los cuales habría que apuntar como variables psicosociales que mediatizan efectos favorables o no en la recuperación y que pueden ser recuperados en la relación médico-paciente.

Los dos grupos coinciden en apreciar en la pobreza un factor propiciador de enfermedad, la alimentación alterada, las condiciones medioambientales, el estrés laboral, el estado de ánimo y el estilo de vida. Estas coincidencias ajustadas a los hallazgos obtenidos por la ciencia y reincorporadas en el imaginario social con su validez pueden generar en campañas de promoción y prevención una mayor receptividad e impacto así como unos estilos de vida saludables más fácilmente adoptados a partir de la conciencia plena de sus efectos en la salud. Así mismo, los dos grupos apoyan creencias en hábitos de dieta, deporte y consumo medicado de medicamentos para mantener la salud.

En conclusión, los dos grupos muestran la preeminencia de representaciones de la lógica informal cotidiana para valorar, experimentar y juzgar el fenómeno de la salud y la enfermedad, algunas de estas creencias han insertado elementos validados por la ciencia pero confirmados en el vivir cotidiano con respecto a su efectividad para estar sanos o manejar la enfermedad, en el caso de los operadores de salud sus representaciones evidencian que al lado de creencias de la lógica formal de sus profesiones, coexisten significados cotidianos con los cuales se relacionan, actúan y se ven a sí mismos en el mundo socio cultural que es la construcción de la salud y la enfermedad.

## Agradecimientos

En esta investigación se contó con la colaboración de Adriana Acevedo, Angela Durán, Mayerli Cantero y Maureen Badillo, estudiantes de noveno y décimo semestre en 2005. Su función, fue entre otras, aplicar los instrumentos y recolectar los datos del grupo de pacientes hospitalizados y agentes de la salud respectivamente en el contexto del informe de investigación en el marco del proyecto de la línea Cognición en Procesos Psicosociales del grupo de investigación Cognición en Procesos Psicosociales y Psico terapéuticos de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Bucaramanga.

## Referencias

1. Herzlich C. La representación social, sentido del concepto. Barcelona: Editorial Planeta, 1 ed, 1969:231
2. Bishop G. Lay disease representations and responses to victims of disease. *Basic Appl Social Psychol* 1991; 12: 115-32.
3. Echebarría A, San Juan C, Agustín J. Representations of health, illness and medicines: coping strategies and health promoting behavior. *Br J Clin Psychol* 1992; 31; 339-49.
4. Álvarez J. Estudio de las creencias, salud y enfermedad. *Análisis Psicosocial*. México: Editorial Trillas. 2002.
5. Bishop G. Cognitive organization of disease concepts in Singapore. *Psychol Health* 1998; 13:121-33.
6. Meyer D, Leventhal H, Gutmann M. Common sense models of illness. The example of hypertension. *Health Psychology* 1985; 4:115-35.
7. Helman C. Culture, health and illness. Bath: Bath typesetting, 3 ed, 1994: 148.
8. Kleinman A. Patients and healers in the context of culture. Berkeley: University of California Press, 1980.
9. Staiton W. Los estudios acerca de las representaciones sociales de salud y enfermedad en Inglaterra. En: Alvarez J. Estudio de las creencias, salud y enfermedad. *Análisis psicosocial*. México: Editorial Trillas, 1 ed, 2002: 261.
10. Álvarez J. Estudio correlacional de la muestra Mexicana. Estudio de las creencias, salud y enfermedad: análisis psicosocial. México: Editorial Trillas, 1 ed, 2002: 123-54.
11. Comrey A. A first course in factor analysis. Nueva York: Academic Press, 1ed, 1973.