



Universitas Médica

ISSN: 0041-9095

revistascientificasjaveriana@gmail.com

Pontificia Universidad Javeriana

Colombia

ÁLVAREZ, LEONARDO YOVANY; ACEVEDO, ADRIANA ISABEL; DURÁN, ÁNGELA PATRICIA

Representaciones sociales de la salud y de la enfermedad en pacientes hospitalizados de

Bucaramanga y Floridablanca, Colombia

Universitas Médica, vol. 49, núm. 3, julio-septiembre, 2008, pp. 328-343

Pontificia Universidad Javeriana

Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231016421004>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Representaciones sociales de la salud y de la enfermedad en pacientes hospitalizados de Bucaramanga y Floridablanca, Colombia*

LEONARDO YOVANY ÁLVAREZ¹
ADRIANA ISABEL ACEVEDO²
ÁNGELA PATRICIA DURÁN²

Resumen

El presente estudio tuvo como propósito establecer las categorías de actitud, estilo de afrontamiento, valores, creencias, intenciones de acción y comportamientos, que constituyen las representaciones sociales de la salud y la enfermedad, en un grupo de pacientes hospitalizados de las poblaciones de Bucaramanga y Floridablanca (Colombia).

El grupo estuvo conformado por 200 participantes seleccionados por conveniencia. Los criterios de inclusión sólo se asociaron a la capacidad de comprensión lectora y de escritura. No hubo factores limitantes de edad, sexo, nivel educativo u otro tipo de variable sociodemográfica o de estado médico en los sujetos. El estudio siguió un diseño de correlación transversal. El procedimiento incluyó la aplicación de ocho instrumentos tipo escala a los participantes, en ocho centros de atención de salud (hospitales, clínicas, EPS). Se llevaron a cabo las correlaciones para la extracción de componentes de las variables analizadas a través de rotación "varimax" mediante el programa SPSS, versión 11.1.

* Este artículo es producto del Grupo Cognición en Procesos Psicosociales y Psicoterapéuticos registrado en Colciencias y en la Dirección de Investigaciones de la Universidad Autónoma de Bucaramanga. El director del grupo es el docente Leonardo Yovany Álvarez.

- 1 Especialista en Desarrollo Intelectual, Universidad Autónoma de Bucaramanga - Fundación Internacional de Pedagogía Conceptual Alberto Merani; docente Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Bucaramanga, Colombia.
- 2 Estudiante, décimo semestre de psicología, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Bucaramanga, Colombia.

Recibido: 16-01-2008

Revisado: 15-03-2008

Aceptado 16-06-2008

Los hallazgos muestran formas de afrontamiento de búsqueda de ayuda médica y reflexión vital, estereotipos hacia quien se halla enfermo, basados en una condición de disminución biopsicosocial, actitudes de fortaleza, emociones de optimismo acompañadas de miedo y culpa, atribuciones a la enfermedad como la pobreza y el estilo de vida, formas de control científicas acompañadas de la fe religiosa, valores de dedicación y disciplina para superar la enfermedad y formas de cuidado basadas en dieta saludable y ejercicio.

Se concluye que el grupo de pacientes hospitalizados examinado experimenta, juzga y maneja la salud y la enfermedad con representaciones comunes en su mayor parte, siguiendo la lógica cotidiana del sentido común pero de orientación saludable y proactiva.

Palabras clave: representaciones sociales, pacientes, salud, enfermedad, lógica cotidiana.

Title:

Social representations of health and illness in hospitalized patients at Bucaramanga and Floridablanca cities (Colombia)

Abstract

The purpose of this study was the establishing of the attitudes, coping strategies, values, beliefs; intentions to the action and behaviours which consist the health and illness social representations in a group of hospitalized patients in the cities of Bucaramanga and Floridablanca (Colombia).

The group was made up by 200 participants, no random sampled. The criteria for Inclusion were reading and writing abilities. There were no additional limits for age, gender, education or any socio-demographic variable or medical state in participants. The survey has a cross-sectional design. The procedure included the application of eight instruments (scales) to the participants in eight health medical care centers (Hospitals, clinics, HPE). The correlational analysis was developed to extract the major components by varimax rotation by the statistical program spss version 11.1. The

findings show coping strategies based on seeking medical help and reflection about own's life, stereotypes toward the ill ones, perceived like a insane in bio psychosocial abilities, strengthening attitudes, optimistic, fear and blame emotions; external attributions to illness such as caused by poorness and lifestyle; control ways based on science beliefs and religious faith beliefs; values like discipline, dedication to overcome the disease and self care strategies based on healthy diet and exercise. It is concluded that the group of evaluated hospitalized patients, experiment, evaluate and handle the health and disease following the common sense logic, every day opinions but with healthy contents.

Key words: social representation, patient, health, daily thinking

Los estudios de las representaciones sociales de la salud y la enfermedad se iniciaron con Herzlich en Francia en 1969[1]. Desde entonces, se han abordado 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 tales como los estilos de vida[2], las formas de afrontar la enfermedad, las formas de controlarla, experimentarla[3], juzgarla[4], comprenderla y explicarla[5], y también, en comportamientos tales como la búsqueda de ayuda, la actitud para asumirla o prevenirla, la interacción con víctimas de ella[6] la selección de tipo de tratamiento médico[7] y el cumplimiento del tratamiento médico.. Por otra parte, las representaciones de la salud y

de la enfermedad son construidas socialmente y moduladas por el contexto social[8].

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[9], un grupo de londinenses en Inglaterra[10] y una comunidad mexicana[11], 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, y han podido describir con detalle las particularidades implicadas en cada una de las variables componentes estudiadas.

El presente estudio buscaba identificar las representaciones sociales de la salud y la enfermedad que organizan el comportamiento de los pacientes hospitalizados, señalando las particularidades de las mismas en función de las creencias, atribuciones, formas de afrontamiento de la enfermedad y las implicaciones de las mismas en la experiencia, su contacto con la misma y con el reestablecimiento de su

salud, en la forma de comprenderlas, explicarlas, manejarlas y asumirlas, indicando si este saber cotidiano consigue tener mayor o menor relevancia que el de la lógica forma de la formación en el campo, en el grupo de operadores de la salud.

Materiales y métodos

Diseño. El estudio realizado siguió un diseño de correlación transversal.

Sujetos. El estudio se llevó a cabo en un grupo de 200 pacientes hospitalizados seleccionados por conveniencia, sin restricciones por nivel de educación, sexo, edad, estrato, ingresos, tipo de afección o tiempo de estancia en el centro médico.

Se seleccionaron de ocho centros de atención sanitaria (clínicas, hospitales y EPS) de Bucaramanga y del municipio de Floridablanca (Santander). En estos sujetos, aparte de su condición de paciente estable y estar recibiendo su tratamiento médico, el criterio de inclusión fue la capacidad de comprensión lectora.

Instrumentos o materiales

1. La escala versión resumida de afrontamiento (*coping*)[12] de Lazarus y Folkman (1988), de Carver y Scheirer (1981) y de Basabe y Páez (1993), se empleó para medir

- las formas de afrontamiento que utilizan las personas ante la salud y la enfermedad.
2. El listado de estereotipos[13] de J. Álvarez (2002), se utilizó para identificar los estereotipos que tienen las personas para medir la actitud que tienen hacia la enfermedad.
 3. La escala de diferencial semántico[13] de J. Álvarez (2002), se usó para evaluar la actitud ante la salud y la enfermedad.
 4. El listado de emociones[13] de J. Álvarez (2002), se utilizó para indagar las emociones que emergen ante la enfermedad.
 5. La escala de atribución de causalidad de Echevarría (1992) [13], se usó para explorar la forma en que las personas se explican y explican a los demás lo referente a la salud y la enfermedad.
 6. La escala de formas (*locus*) de control de Echevarría, Ozamiz y San Juan (1992)[14], se utilizó para medir las formas de control frente al proceso de salud y enfermedad que utilizan las personas.
 7. La escala de ética de Garret y Mirels (1971)[15], se usó para medir los valores de los sujetos frente a la vida saludable.
 8. El listado de hábitos de salud de J. Álvarez (2002)[13] se usó para medir las formas de cuidado de la salud. Esta dimensión representa la forma de control y afrontamiento del problema.
 9. Se utilizó el programa SPSS 11.01 para llevar a cabo la rotación “varimax”.

Procedimiento

Los instrumentos se aplicaron a los sujetos en los ocho centros de atención sanitaria de Bucaramanga y Floridablanca, explicándoles el propósito del estudio y solicitando su autorización a través del consentimiento informado, según el estándar de la *American Psychological Association* (APA). Se les presentó cada instrumento por separado y se aclararon las dudas relacionadas con la forma de calificar y consignar las respuestas. Se tuvo cuidado de que cada instrumento fuese diligenciado completamente.

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, de cada una de las 8 variables en estudio.

Para la interpretación de los resultados, en el análisis factorial se toma-

ron en cuenta las cargas factoriales de los ítems superiores a 0,50, a partir de las cuales se las consideran buenos (3). Según Comrey, los índices superiores de 0,71 se consideran excelentes, entre 0,60 y 0,70 son muy buenos, entre 0,50 y 0,60 son buenos y entre 0,40 y 0,50 son aceptables.

Resultados

Los resultados obtenidos en el estudio dan cuenta de las representaciones sociales sobre los fenómenos de la salud y la enfermedad en pacientes hospitalizados. Éstas se han explorado a partir de sus componentes estructurales, esto es, la dimensión de actitudes (actitudes, valores, emociones), la dimensión informativa (atribuciones, formas de control) y la dimensión

de objetivación-inserción simbólica y social (estereotipos, estilos de vida, formas de cuidado).

La tabla 1 muestra el análisis factorial de cinco componentes en la variable denominada “formas de afrontamiento”, los cuales explican una varianza de 59,40%. El primer componente se ha denominado “acción y búsqueda de apoyo médico”. Este componente está conformado por los ítems 25 y 2, los cuales, junto a otros de carga factorial inferior a 0,50, explican el 11,49% de la varianza en el grupo. 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.

Tabla 1
Formas de afrontamiento

Componente	Ítems	Porcentaje de la varianza	Denominación del componente
I	25,2	11,49	Acción y ayuda médica
II	13,24	8,16	Expresión emocional y autocrítica
III	9	7,13	Reserva
IV	3, 5, 10, 12 y 15	5,55	—————
V	3, 7 y 12	5,38	—————
VI	14	5,22	Rezar
VII	7	4,47	Redescubrimiento vital
VIII	4, 11, 19 y 21	4,33	—————
IX	3, 10 y 20	3,90	—————
X	15, 17, 22 y 27	3,77	—————

El segundo componente muestra la dimensión expresión emocional y autocrítica, la cual se halla integrada por los ítems 13 y 26, entre otros con carga factorial inferior a 0,50, y explican el 8,16% de la varianza. Esta dimensión devela el afrontamiento del paciente hospitalizado basado en hablar acerca de lo que siente, además de juzgar su estado a partir de un estándar estricto.

El tercer componente lo integra el ítem 9, entre otros con carga factorial inferior a 0,50, explica el 7,13% de la varianza y se denominó “reserva”, en alusión a la privacidad con la cual los sujetos evaluados afrontan el manejo de sus emociones asociadas con la enfermedad. Este hallazgo muestra un comportamiento dual en el grupo examinado, es decir, hay expresión emocional pero con reservas.

El cuarto y el quinto componentes explican el 5,55 y 5,58% de la varianza; 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 está conformado por el ítem 14, el cual, junto con otros de carga inferior a 0,50, explica 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.

Para el grupo de pacientes hospitalizados, el séptimo componente 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 4,33% de la varianza. En atención a que los ítems que los conforman tienen cargas inferiores a 0,50, no se consideraron en el estudio.

El noveno componente no muestra ítems para el grupo en razón a sus cargas factoriales, pero explica el 3,90% de la varianza.

El décimo componente aparece para el análisis factorial del grupo de pacientes hospitalizados con los ítems inferiores a 0,50 y explican el 3,77% de la varianza, pero no se consideran 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 el grupo.

Tabla 2
Estereotipo

Componente	Ítems	Porcentaje de la varianza	Denominación del componente
I	2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 10	28,63	Disminuido
II	8	14,44	Deteriorado psicológicamente
III	9	10,12	Deteriorado físicamente

El primer componente se denominó “disminuido” y muestra categorías de representación del enfermo como incapaz, limitado y no higiénico; los ítems 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 10, junto con otros de carga factorial inferior a 0,50, explican el 28,63% de la varianza. Este componente atañe a las habilidades limitadas del enfermo.

El segundo componente se denominó “deteriorado psicológicamente”. En el grupo de los pacientes hospitalizados, el ítem 8, junto a otros de carga factorial inferior a 0,50, explica el 14,44% de la varianza. Este componente alude a la dimensión de vulnerabilidad emocional.

El tercer componente se denominó “deteriorado físicamente”. En el grupo de pacientes hospitalizados, el ítem 9 explica, junto a otros de carga inferior a 0,50, el 10,12% de la varianza. Se relaciona con el estado de vitalidad orgánica débil.

Como se aprecia en los tres componentes, se categorizan en el grupo examinado tres tipos diferentes de representación del deterioro en el enfermo: El emocional, el orgánico físico y el de las habilidades.

En la tabla 3 se presentan los hallazgos del análisis factorial en la variable “actitudes hacia la enfermedad”, en los pacientes hospitalizados examinados.

El primer componente en el grupo de los pacientes hospitalizados se denominó “fortaleza preactiva” ante 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. Está relacionada con una postura de resistencia de lo adverso asumida con hacer lo necesario por mejorar o disminuir el impacto negativo de la enfermedad.

Tabla 3
Actitudes

Componente	Ítems la varianza	Porcentaje de componente	Denominación del
I	1, 2, 8, 20, 21 y 24	18,75	Fortaleza-proactiva
II	16 y 18	11,69	Pérdida de empleo
III	22 y 24	7,64	Lucha
IV	2, 23, 7, 16 y 17	5,92	_____
V	1, 2, 5, 6 y 12	4,92	_____
VI	3, 4, 9 y 11	4,67	_____
VII	13, 15 y 16	4,29	_____

El componente 3, conformado por los ítems 22 y 24, se denominó “lucha” y, junto a los de carga factorial inferior a 0,50, explica el 7,64% de la varianza y es coherente con una actitud resiliente hacia la enfermedad.

Los componentes restantes (IV, V, VI, VII) no se consideraron por estar integrados por ítems cuyas cargas son inferiores a 0,50. Sus varianzas aparecen en la tabla 3: 5,92% para el IV componente; 4,92% para el V componente; 4,67% para el VI componente y, finalmente, 4,29% para el VII componente.

Continuando el análisis factorial de las variables constitutivas de las representaciones sociales de la salud y la enfermedad en el grupo de estudio, en la tabla 4 se presenta la variable “emociones”, la cual presenta cuatro componentes o factores en el grupo.

El primer componente se denominó “optimismo” y estuvo integrado por los ítems 1, 4 y 9, los cuales explicaron, junto a otros de carga inferior a 0,50, el 20,29% de la varianza.

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”. Se relaciona con emociones paralizantes y pasivas con respecto a la enfermedad, lo cual devela que estos estados acompañan a las actitudes más optimistas que podrían manifestar los examinados hacia el proceso mismo de enfermedad, de manera más estable.

El tercer componente se denominó “resignación”. En el grupo de los pacientes, lo integraron los ítems 4 y 8, los cuales explicaron, junto a otros de

Tabla 4
Emociones

Componente	Ítems	Porcentaje de la varianza	Denominación del componente
I	1, 4 y 9	20,29	Optimismo
II	3 y 5	18,76	Miedo-culpa
III	4 y 8	12,46	Resignación-optimismo
IV	10	10,68	Ansiedad

carga inferior a 0,50), el 12,46% de la varianza. En este grupo se adicionó el optimismo como un modulador de la resignación y mostró una resignación optimista frente a aspectos incontrolables de la condición de enfermedad.

Finalmente, el cuarto componente 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, que explica el 10,68% de la varianza.

En la tabla 5 se presentan los componentes hallados en la variable "ex-

plicaciones sobre la salud-enfermedad" en el grupo de estudio.

El análisis factorial arrojó cuatro componentes para los pacientes hospitalizados. El primer factor está integrado por los ítems 1, 2, 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 y las atribuciones que hacen a la enfermedad son que está relacionada con los hábitos, el ánimo y la pobreza. Estas tres condiciones tienen una representación integrada en los examinados, es decir, el comportamiento o

Tabla 5
Explicaciones

Componente	Ítems	Porcentaje de la varianza	Denominación del componente
I	1, 2, 3, 9, 10, 12 y 13	23,48	Hábitos saludables-pobreza-ánimo
II	5 y 7	12,91	Pobreza
III	4	8,89	Genética
IV	8 y 12	7,71	Estilo de vida-pobreza

las formas de actuar cotidianas usuales junto al estado emocional y las condiciones objetivas de vida.

En el segundo componente atribuyen la aparición de la enfermedad a la pobreza. Este segundo componente se denominó “pobreza” y 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. Aquí, la pobreza se refiere de manera expresa a las condiciones objetivas carentes de calidad de vida y que se asumen como causales de la enfermedad.

El tercer componente en el grupo 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.

El cuarto componente se denominó “estilo de vida-pobreza” y está integrado por los ítems 8 y 12 en el grupo de los pacientes hospitalizados; éste, junto a otros de carga inferior a 0,50, explica el 7,71% de la varianza. Esto supone que la muestra de pacientes hospitalizados atribuye a las malas condiciones de vida pero no en su acepción de condiciones objetivas o externas de la calidad de vida sino como las condiciones de tipo social relacionadas con los valores, principios, filosofía de vida que definen un estilo de vivir alejado del autocuidado,

la prevención saludable de riesgos, el desarrollo de patrones de comportamiento y hábitos saludables como elemento causal del deterioro de la salud en las personas.

Como se ve, la representación de la pobreza es diferente en cada componente en el grupo examinado. En un primer término, está articulada al estado de ánimo asociado generalmente con la desesperanza y las condiciones objetivas de pobreza, acompañadas de hábitos pobres de autocuidado, pero aquí se destaca el componente emocional o de autoestima. En el otro caso, el grupo de participantes se representa atribuciones causales en las condiciones de pobreza objetivas, materiales, es decir, condiciones de carencia de recursos y acceso a ellos y a oportunidades, y en el tercer caso, alude a los valores y filosofía de vida, como se piensa a sí mismo en el mundo y su relación con hábitos pobres de salud.

En la tabla 6 se exhiben 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 1, 8 y 11, que explican, junto a otros de menor carga factorial, el 16,72% de la varianza; éste se denominó “formas de control internas y externas” pues alude al control que el sujeto puede tener en su alimen-

Tabla 6
Formas de control

Componente	Ítems la varianza	Porcentaje de componente	Denominación del
I	1, 8 y 11	16,72	Externas-internas
II	2, 9 y 10	15,76	Diagnóstico y tratamiento médicos
III	6 y 7	11,39	Interno-externo
IV	4	9,83	Fe religiosa

tación y estado de ánimo para la curación.

El segundo componente se denominó “diagnóstico y tratamiento médicos” y 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 estuvo conformado por los ítems 6 y 7 que explican, junto a otros de carga factorial inferior a 0,50, el 11,39% de la varianza. Se denominó “interno o externo”, ya que el enfermo asumiría una de las dos formas de control: O asumirse como agente de mejoría de su condición, o el otro extremo, es decir, sentir que no determina su estado de mejoría pues ella

depende en “exclusiva” de factores externos: Tratamiento, procedimientos médicos, condiciones hospitalarias, entre otros.

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.

En la tabla 7 se presentan los hallazgos obtenidos en el análisis factorial de la variable “valores”, que emplean las personas al asumir la salud o la enfermedad.

El primer componente de esta variable para el grupo de pacientes hospitalizados, lo integran los ítems 2, 5, 8, 9 y 13, los cuales, junto a otros de

Tabla 7
Valores

Componente	Ítems la varianza	Porcentaje de componente	Denominación del
I	2, 5, 8, 9 y 13	21,61	Disciplina y dedicación
II	1, 6, 10 y 11	8,84	—
III	3, 9 y 12	6,81	—
IV	4, 8 y 11	6,70	—
V	11	6,48	Dedicación
VI	3	5,60	Disciplina y dedicación

carga factorial inferior a 0,50, explican el 21,61% de la varianza. Este se denominó “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. Aquí, el grupo se representa el valor unificado de autocuidarse por compromiso consigo mismo no sólo como actitud, sino como una precondition para hacer lo necesario para que ese cuidado se lleve a cabo: adherencia a su tratamiento, evitación de riesgos, seguimiento de prescripciones y horarios para los medicamentos, entre otras.

El segundo, tercero y cuarto componentes del análisis factorial no presentaron cargas satisfactorias dignas de consideración.

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. Aquí el grupo examinado hace más énfasis en una representación de tipo afectivo respecto del autocuidado para mejorar la condición de enfermedad, es decir, cuidarse con esmero por quererse a sí mismo.

En el sexto componente en el grupo de los pacientes hospitalizados se tiene que el ítem 3, junto con otros de carga factorial menor de 0,50, explican el 5,60% de la varianza y se denominó “compromiso” como valor importante para sobrellevar y superar la enfermedad.

En la tabla 8 se muestran los hallazgos en el análisis factorial de la variable “formas de cuidado de la salud y la enfermedad”.

El primer componente del grupo está integrado por los ítems 1 y 2, que explican el 40,80% de la varianza y

Tabla 8
Formas de cuidado

Componente	Ítems la varianza	Porcentaje de componente	Denominación del
I	1 y 2	40,80	Deporte-dieta
II	3	36,86	Medicamento

se refiere a la importancia del deporte y la dieta en las formas de cuidado de la enfermedad y de mantenimiento de la salud.

El segundo componente está constituido por el ítem 3, el cual explica el 36,86% de la varianza y se denominó “medicamentos”, en alusión a su consumo por prescripción médica como una forma de cuidado de la salud.

Discusión

La hipótesis de trabajo que orientó la presente investigación sostuvo que los pacientes hospitalizados mantendrían representaciones sociales de la salud y de la enfermedad, propias de la lógica informal cotidiana.

El análisis de los resultados muestra que el grupo mantiene construcciones simbólicas del fenómeno de salud-enfermedad desde las 8 variables 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 coinciden con los obtenidos por Echebarría y colaboradores (1992)[9] en el primer grupo de personas evaluadas (69,74% de la muestra total), en su estudio en la comunidad autónoma vasca (España), en la cual se encontró que la salud era considerada como resultado de un equilibrio entre el cuerpo y la mente, y la enfermedad era ocasionada por falta de ejercicio, estrés laboral, mal humor, contaminación ambiental, los vicios, el libertinaje y la pobreza.

Estos hallazgos coinciden con lo encontrado por W. Stainton (1991) [10] 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 era resultado de conductas de vida sanas, la enfermedad era ocasionada, entre otros, por estrés ambiental, la salud-enfermedad tenía una relación directa con la calidad de los alimentos y la disponibilidad de recursos para acceder a éstos y a servicios médicos.

Al comparar los resultados se observan coincidencias entre este estudio y el realizado por J. Álvarez (2002)[13] en México en los estereotipos, en el cual encontró aislamiento y pérdida de estatus en el enfermo debido a su condición, emociones positivas frente a la enfermedad y para garantizar la salud, explicaciones sobre la enfermedad basadas en el estilo de vida, lo socioeconómico, los valores de 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 el grupo, en particular en las dos variables 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”, la “reserva” encontrada en el grupo de pacientes hospitalizados, se explica porque de hecho es una expresión emocional reservada la que manifiesta el grupo de pacientes por cuanto va acompañada de autocrítica. Estos hallazgos coinciden parcialmente con lo encontrado por J. Álvarez (2002) en lo relacionado con el apoyo emocional y la reserva.

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. Estos componentes no se encontraron en los estudios de J. Álvarez (2002). En esta variable, aparecen en los de W. Stainton (1991) y Echebarría y colaboradores (1992).

Con respecto a la variable “formas de control”, aparece un componente diferencial en el grupo, en este caso aportado por los pacientes hospitalizados. Es el componente IV (tabla 6). Este componente se denominó “fe religiosa”. Este hallazgo discrepa con la investigación de Echebarría y colaboradores (1992) en el primer grupo 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, coincide con el segundo grupo (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. También se encontraron elementos de representación de control externo en el estudio de J. Álvarez (2002).

Para finalizar la discusión de los resultados, en el de los pacientes hospi-

talizados aparece el componente II (tabla 6), en el cual los sujetos expresan la creencia de que un buen diagnóstico y un buen tratamiento médicos son una forma de control apropiada de la enfermedad.

En general, aún en el marco de la lógica informal cotidiana, el grupo estudiado presenta componentes favorables hacia la salud y otros desfavorables. En el caso de las formas de afrontamiento (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 y de búsqueda activa de atención profesional idónea; lo desfavorable apuntaría a 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 obstáculo.

En los dos grupos, las actitudes presentarían en el polo de lo favorable el apoyo a opciones de “resiliencia”, fortaleza, autoconfianza, lucha y proac-

tividad, lo cual facilitaría un ambiente psicosocial muy favorable para el desarrollo de la relación terapéutica médico-paciente, para el cumplimiento del tratamiento y para las expectativas de recuperación. Asimismo, las emociones coincidentes de optimismo ratificarían lo sostenido. En el grupo de los pacientes, sin embargo, surgen miedos, culpas y 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.

El grupo de pacientes ve la pobreza como un factor propiciador de la enfermedad, la alimentación alterada, las condiciones ambientales, 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. Asimismo, los dos grupos apoyan creencias en hábitos de dieta, deporte y consumo medicado de medicamentos, para mantener la salud.

En conclusión, el grupo muestra 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 sociocultural que es la construcción de la salud y la enfermedad.

Bibliografía

1. Herzlich C. *La representación social. Sentido del concepto*. Barcelona, Editorial Planeta, 1 ed., 1969;231-6.
2. Ibáñez E. Health, lifestyles and services for the elderly. *Boletín de Psicología*. 1993;40:99-104.
3. Fiske S T, Taylor S E. *Social cognition*. Nueva York, Random House.1984;89-104.
4. Echebarría A. *Psicología social sociocognitiva*. Bilbao. Descleé de Brouwer. 1991;67-98.
5. Olson JM, Ross M. Attribution research: past contributions, current trends and future prospects. In: Harvey J, Weary G (dirs.). *Attribution. Basic issues and applications*. Florida. Academic Press. 1985;48-97.
6. Gally E, Fasanelly R. Health and illness: a contribution to the research in the field of social representation. *Papers on social representations*. 1995; 4:15-27.
7. Echebarría A *et al*. Social representations of drugs, causal judgements and social perceptions. In: *European Journal of Social Psychology*.1992; 22:73-84.
8. Stainton W. Los estudios acerca de las representaciones de la salud y la enfermedad en Inglaterra. En: Álvarez J. *Estudio de las creencias de salud y enfermedad*. México: Trillas. 2002; 111-8.
9. García-Silberman S. *The social representation of mental health and illness among Mexican students*. 1998; 21;5:7-19.
10. Lazarus R, Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. Nueva York. Springer. 1984;56-123.
11. Carver CS, Sheier M. Attention and self regulation: a control theory approach to human behaviour. Nueva York. Springer-Verlag, 1981;37-98.
12. Basabe N, Páez D. *Los jóvenes y el consumo de alcohol*. Madrid. Fundamentos.1992;37-126.
13. Álvarez J. *Estudios de las creencias de salud y enfermedad*. Análisis Psicosocial. México. Trillas. 2002;68-197.
14. Echebarría A, Osmiz F, San Juan D. Social representation of drugs, causal judgment and social perception. In: *European Journal of Social Psychology*. 1992;22;73-84.
15. Garret J, Mirrels G. Los estudios acerca de las representaciones de la salud y la enfermedad en Inglaterra. En: Álvarez J. *Estudio de las creencias de salud y enfermedad*. México: Trillas. 2002; 108-25.