

REPRESENTACIÓN SOCIAL DE LA SALUD HUMANA

Dra. Elisa Knapp Rodríguez, Lic. Idalmis León Hernández, Lic. Madeleine Mesa Borroto
y Lic. María del C. Suárez Alemán, Facultad de Psicología. Universidad de La Habana.

RESUMEN

La salud devenida en concepto social, en realidad psicosocial no puede desvincularse del contexto y condiciones sociales en que tiene lugar y se desarrolla, todo lo cual permite abordar el estudio de la salud humana desde la Teoría de las Representaciones Sociales, la cual ofrece un marco teórico adecuado para ello, ya que alude al conocimiento socialmente elaborado, utilizado y compartido, que orienta las respuestas de los sujetos ante la salud. La representación social que posean las personas de la salud es importante por su determinación en los comportamientos de salud. En el estudio se constató y caracterizó la representación social de la salud en una muestra de 105 sujetos distribuidos en tres grupos etáreos: 17-30; 31-60 y 16 y más años. Se emplearon la Asociación Libre de Palabras, la Entrevista y el Completamiento de Frases. Para el análisis de los resultados se utilizó el análisis de contenido del material discursivo de los sujetos y el método comparativo para determinar las diferencias entre los grupos estudiados. Los resultados obtenidos muestran que la representación social de la salud se centra en las ideas de bienestar como contenido más sólido y estable de la representación y en la periferia o campo representacional las ideas relacionadas con las instituciones y personal de salud, con la práctica médica, la calidad de vida, etc.; el origen de la información sobre la salud se origina en los medios formales de comunicación (TV, Radio, etc.), del médico de familia y enfatiza la responsabilidad de los sujetos en su salud.

ABSTRACT

Health, as a social concert, really psychosocial cannot be disertailed from the intertexture and the social conditions in which it takes place and is developed. All this permits to carry out the study of human health, and this presents a theoretical model adequate for it, since that it refers to the socially elaborated, utilized and comparted knowledge, which orientates the answers of the persons above health. The social representation that the persons have about health is important, to their determinations in the behaviors of health. In that study, the social representation of health was comprobated and characterized by means of a sample of 105 persons distributed among three groups: 17 - 30; 31 - 60 and more than 60 years. The Free Association of Words, the Interview and the Completion of Phrases were employed. The analysis of the contents of the persons discursive materials and the comparative method in order to determine the differences among the studied groups were used for the analysis of the results. These results show that the social representation of health is centred in the welfare ideas as a more solid and stable contents of that representation and the ideas related to the institutions and the health workers in the periphery or representative field, with the medical practice, the life quality and so on; the information about health is obtained from the formal middle of communication (TV, Radio, and so on, from the doctors for families and makes emphasis in the responsibility of the persons with their health.

INTRODUCCIÓN

El interés del hombre por la salud se manifiesta desde las primeras comunidades humanas hasta nuestros días; la salud ha sido un fenómeno ante el cual el ser humano no ha dejado de preocuparse y por eso dedica ingentes esfuerzos para su obtención, mantenimiento y cuidado.

En la actualidad existen muchas investigaciones que demuestran la etiología psicosocial de la salud, por lo cual las variables sociales y del entorno van cobrando mayor peso en los programas de salud. De esta manera, la salud y la enfermedad han devenido conceptos sociales, en tanto son expresión de realidades que no pueden desvincularse del contexto social, de las condiciones socioeconómicas en las cuales tienen lugar y se desarrollan.

Así, nos propusimos abordar el estudio de la salud humana desde la Teoría de la Representación Social, la cual ofrece un marco teórico importante

para ello. Dicha teoría alude al conocimiento socialmente elaborado, utilizado y compartido, para orientar las respuestas sociales de los sujetos ante la salud.

El abordaje de la categoría representación social nos permite acceder al estudio científico - desde la óptica de la Psicología Social - del pensamiento social, es decir, a aquellos conocimientos, creencias y opiniones que emergen de la interacción grupal acerca de los objetos socialmente significativos. Consideramos que la representación social que posean las personas de la salud es de suma importancia ya que determinará, en gran medida, las maneras de obtener y cuidar la misma.

La actualidad del tema radica en que existen pocos estudios previos sobre la representación social de la salud humana en Cuba y conocer la misma abrirá un espacio importante para los especialistas que se insertan en el Sistema de Salud y comenzar un proceso de intervención en salud.

Un conocimiento popular de la salud humana, constantemente enriquecido con elementos de base científica que muestren una visión clara y optimista de la realidad permitirá avanzar notablemente en la salud y bienestar de la población puesto que se convierte en un ente activo que dinamiza y modifica la conducta de los hombres.

En el centro de la atención de esta investigación se encuentra la constatación de la existencia de la representación social de la salud y caracterizar la misma en una muestra de 105 sujetos entre 17 y 61 años o más, a fin de buscar aspectos comunes y diferenciadores entre tres grupos etáreos : De 17 a 30, de 31 a 60 y de 61 o más años.

Su importancia radica en que no se puede pretender conocer y cambiar las prácticas de las personas, sin antes conocer sus representaciones acerca de contenidos socialmente significativos, en nuestro caso la salud humana.

Para la interpretación de los resultados se usó el método de análisis de contenido del material discursivo de los sujetos y el método comparativo, para determinar las diferencias en la representación social de la salud entre los grupos etáreos estudiados, se buscó un número similar de sujetos en cada uno de los grupos en estudio.

Las técnicas empleadas fueron la Asociación Libre de Palabras, la Entrevista Estructurada y el Completamiento de Frases. Proponemos utilizar un análisis de consensos que nos permitirá controlar la cantidad de sujetos de la muestra que hacen referencia a un mismo contenido, y un análisis de frecuencia para saber la cantidad de veces que estos contenidos son evocados por los sujetos.

Los resultados obtenidos muestran la existencia de una representación social de la salud humana que se caracteriza por centrarse en el Bienestar, como contenido que conforma el núcleo más sólido y estable de la representación, así como aquellos elementos que se encuentran en su periferia formando parte del campo representacional, en este caso la Institución, Personal y Práctica Médica, así como Calidad de Vida ; el origen de la información sobre la salud se centra en la TV, Médicos, etc. También se analizó la responsabilidad de los sujetos en torno a su salud.

LA CATEGORÍA REPRESENTACIÓN SOCIAL

La categoría representación social permite el acceso al pensamiento social, es decir, a aquellos conocimientos, creencias, opiniones, que emergen de la interacción grupal, acerca de los objetos socialmente significativos. T. Ibáñez (1988) en su libro *Ideologías de la Vida Cotidiana* expresa que el pensamiento social no es más que el tipo de pensamiento que utilizan los miembros de una cultura, de una sociedad para elaborar su visión de los objetos, realidades y acontecimientos que conforman su cotidianidad.

En 1961 S. Moscovici define la representación social, comienza a trabajar en la misma y hoy día se

habla de la Teoría de la Representación Social que agrupa a un numeroso y distinguido grupo de seguidores como Jodelet, D.(1990), Abric, J.(1984), Farr, R.(1991) Ibáñez, T.(1988), Páez, D.(1991), Banchs, M.A.(1990), etc.

Una de las más destacadas seguidoras de Moscovici define las representaciones sociales como : "imágenes que condensan un conjunto de significados, sistemas de referencia que nos permiten interpretar lo que sucede e incluso dar un sentido a lo inesperado, categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y a los individuos con quienes tenemos algo que ver" (Jodelet, D. citada por Páez, D. 1991, pág. 58).

Existen muchas otras definiciones, concepciones y nociones de representación social, por lo que resulta un concepto complejo y polifacético ; que encierran formas de pensamiento social que facilitan la interpretación de la realidad, son formas de conocimientos elaborados socialmente, compartidos, prácticos y que participan en la construcción de la realidad.

La mayoría de los autores consideran que las representaciones están conformadas por elementos cognitivos, informacionales, ideológicos, mitos, creencias, actitudes, etc.

Las representaciones sociales son un proceso de construcción de la realidad, pues ellas forman parte de la realidad social, ayudan a la configuración de la misma y como parte sustancial de la realidad producen en ella determinados efectos específicos ; además, las representaciones sociales propician la construcción del objeto del cual son una representación. De tal modo, la representación social construye en parte su objeto por lo cual este objeto es, tal y como aparece en su representación social (Álvarez, L. y Vasallo, N., 1999).

Ma. Auxiliadora Banchs (1990) desarrolla la idea de Moscovici acerca del carácter dinámico que encierra en sí el concepto de representación social lo cual queda evidenciado en los siguientes factores : a) dispersión de la información, no todas las personas acceden a la misma información, ni en cantidad, ni en calidad ; b) focalización, o sea el interés particular que tenga cada individuo de acuerdo a las inserciones sociales en las que está inmerso y c) presión a la inferencia pues muy frecuentemente en los grupos en los cuales nos encontramos nos vemos en la necesidad de emitir conclusiones, opiniones, tomar decisiones, etc., que no han sido previamente elaboradas.

Diferentes autores coinciden en plantear que entre los elementos que componen la estructura de la representación social coinciden tres ejes fundamentales : la actitud, la información y el campo de representación (Moscovici, S., 1984 ; Ibáñez, T., 1988 y Páez, D., 1991).

La actitud muestra las disposiciones positivas o negativas que tienen las personas ante un objeto representacional, en ella se estructuran elementos afectivos y valorativos que implican al sujeto

emocionalmente, expresando así la orientación evaluativa ante ese objeto. Este componente afectivo, que tiene mucha relación con la dimensión evaluativa de la representación es uno de los elementos centrales de la representación que las distingue de las meras cogniciones sociales (León, I. y Knapp ; E.,1997).

La información sobre los objetos representados varía tanto en su calidad como en su cantidad, y abarca toda la gama de conocimientos que poseen los grupos de un determinado objeto social. La ubicación social de los individuos y el origen mismo de la información que dispone incide e influye en el tipo de representación social que se forma. La representación social que se forma en la interacción directa con el objeto difiere de aquella que se forma en la comunicación social (Díaz, L. y Knapp, E.,1995).

Por último y no menos importante, el campo representacional se refiere a la jerarquía y el orden que adquieren los elementos que se encuentran en la configuración del contenido de la representación cuando forman parte de ella.

Este campo representacional se organiza en torno al esquema o núcleo figurativo, constituyendo esta la parte más sólida y estable de la representación y no solo esto, sino también organiza el conjunto de elementos de la representación confiriéndole significado a todos los elementos que se encuentran en el campo representacional. El resto de los elementos quedan redondeando las ideas centrales y que podrían en el futuro pasar a formar parte del núcleo figurativo.

La adjetivación social de la representación se debe a que las condiciones en que se producen y los contextos donde se generan las representaciones sociales son nítidamente de carácter social. Ellas son fenómenos complejos, siempre activos y determinantes de la vida social (Maleta, J. y Knapp, E., 1995).

Finalmente creemos que el carácter social queda evidenciado en la siguiente idea : "la representación es siempre de algo con respecto a alguien, constituyendo un proceso mediante el cual se reafirma su relación con el mundo y con las cosas" (Moscovici, S., 1984, pág. 475).

Existen dos procesos que anteceden la génesis de la representación social : la objetivación y el anclaje.

La objetivación consiste en hacer concreto y accesible a la realidad una idea u objeto abstracto, se trata de materializar el objeto, permite dar una textura material a las ideas y dar cuerpo a esquemas conceptuales.

En este proceso se diferencian tres fases claramente :

1. La construcción selectiva. Los grupos sociales e individuos se apropian e interiorizan las informaciones de un objeto determinado de forma individualizada y específica, pero estos conocimientos que se retienen se insertan

posteriormente en la estructura de conocimiento preexistente.

2. La esquematización estructurante. La información transformada y adaptada se organiza para brindar una imagen coherente y expresable del objeto representacional.
3. La naturalización. El dato de realidad, se dota de realidad, el carácter artificial y simbólico de dicho núcleo adquiere un status de evidencia, así queda integrada la ciencia en una realidad de sentido común.

El anclaje va encaminado a integrar lo novedoso, a darle sentido e interpretarlo a través de los esquemas preestablecidos que poseen los sujetos, así los conocimientos recién adquiridos se reelaboran para ajustarse a la categoría preexistente. Sin embargo, esta reelaboración no solo está mediada por los esquemas de pensamiento ya constituidos, sino también por la posición social que ocupan los grupos e individuos. Cuando hablamos de anclaje nos referimos al enraizamiento social de la representación y de su objeto (Wagner, W. y Elajabarrieta, F., 1994).

El proceso de anclaje articula las tres funciones básicas de la representación : función cognitiva de integración de la novedad, función de interpretación de la realidad y función de orientación de las conductas y las realidades sociales (Jodelet, D. en Moscovici, S., 1984).

Con relación a la representación social y las funciones que desempeña se hace alusión a un tipo de pensamiento práctico que nos permite actuar, orientarnos y tomar decisiones en nuestro desempeño social. Las principales funciones que desempeñan las representaciones sociales en la vida cotidiana son : Su rol en la comunicación social, integración de lo novedoso en el pensamiento social, ya que juegan un papel decisivo en la transformación de los nuevos conocimientos científicos en saberes del sentido común, su rol en la conformación de las identidades personales y sociales, su rol en las relaciones intergrupales, su contribución a la legitimación del orden social y su determinación de las conductas o tomas de postura de los sujetos con respecto a los objetos representacionales lo cual es posible por los elementos valorativos que contienen.

A partir de lo expuesto hasta aquí, y a modo de resumen, algunas precisiones importantes de la teoría de las representaciones sociales.

- Las ciencias y las ideologías, como formas de conocimiento institucionalizados difieren de la representación social que constituye un pensamiento natural, no formalizado, de sentido común.
- Para que exista una representación social de un objeto, éste debe ser un objeto social
- Una representación es social si es compartida por un grupo de sujetos y si es elaborada por éste, que

sirve para explicar el objeto y sus características, a fin de incorporarlo a la realidad social. Además, dispone actitudinalmente a la colectividad respecto al objeto.

LA SALUD COMO REALIDAD Y EMERGENTE SOCIAL

Abordando desde la teoría de la representación social el objeto salud pretendemos acercarnos a las creencias, opiniones, actitudes y conocimiento cotidiano y espontáneo que la población estudiada tiene sobre la salud y en torno a las cuales, actúan, se orientan y toman decisiones.

La salud es un constructo complejo y polisémico, por lo que se derivan múltiples definiciones en torno a la misma, al estudiar la evolución de los conceptos de salud nos encontramos en cada momento histórico con valores, conocimientos y representaciones que los configuran.

Existen múltiples enfoques con relación a la salud que van desde el biologicista hasta los que ubican la salud como una realidad social, como un concepto social mediado por la formación económica social, por factores sociodemográficos, ecológicos, psicológicos, etc.

De entre todas las definiciones presentadas en la literatura científica se acepta con mucha frecuencia la expuesta por la OMS en su Carta Magna o Carta Constitucional (1946) que la definió como: El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. A pesar de ser una de las más aceptadas y utilizadas, ha resultado muy polémica, pues en torno a ella, varios autores se han pronunciado indicando que la salud no se puede ver como algo estático y que no siempre es sinónimo de bienestar.

La salud es vista hoy desde una perspectiva muy diferente a la que tradicionalmente había prevalecido, y se la identifica como una dimensión social. De acuerdo con Barriga y León: "La salud de un individuo, como realidad psicosocial que es, no puede desentenderse del contexto social en que se disfruta. Necesariamente estamos ligados a la salud de los demás. Su salud nos repercute y nuestra salud les atañe" (Barriga, S. y León, J.M., 1993 pág. 23).

Lo anterior implica que la salud es un proceso que pone de manifiesto diversas contradicciones personales y sociales. El nivel de salud que las personas tienen abarca tanto el buen funcionamiento biológico como el social y psicológico y así en todas las actividades donde el hombre se expresa como tal.

El proceso salud tiene una naturaleza social, las transformaciones sociales globales que ocurren en la sociedad tienen su repercusión sobre la misma y así la salud se convierte en un indicador del funcionamiento social.

La salud entendida como emergente social es un problema de toda la sociedad, de manera que no se

reduce a una institución o a un grupo de instituciones parciales en tanto la satisfacción del hombre en su trabajo, la vida familiar plena, su educación, la cultura, sus condiciones materiales y espirituales de vida, son factores indisolublemente ligados con la salud humana (Zaldívar, D., 1988).

La acción de lo social sobre la salud no incluye solo el micromedio social en el cual se desarrolla el individuo (el sistema más inmediato de relaciones del sujeto: Familia, grupos de coetáneos, colectivos laborales y sociales, etc.), sino también el macromedio, es decir, la sociedad, en la cual surge y se expresa la subjetividad social (León, I. y Knapp E., 1997).

La subjetividad social se caracteriza por formas de valoración, organización, adaptación y expectativas que se asumen como naturales para el individuo quien, en su vida cotidiana, funciona en ese marco de referencia social con relación a la misma y que las personas de forma individual no logran trascender.

Son estas concepciones sobre la determinación social de la salud y la de la salud como concepto o categoría social, es decir, la salud como objeto social lo que nos llevó a estudiar la Representación Social de la Salud Humana.

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Después de concluida, de manera breve, la argumentación teórica del tema, nos planteamos dos interrogantes:

1. ¿Existe representación social de la salud en la población estudiada?
2. ¿Cuáles son las características de la representación social de la salud en dicha población?

Para responder a estas interrogantes nos planteamos los objetivos siguientes:

1. Conocer la existencia o no de representaciones sociales de la salud
2. Conocer cuáles son sus características
3. Constatar si hay diferencias o no en la representación en diferentes grupos etáreos

Para la realización de la investigación se utilizó una muestra no probabilística de 105 sujetos de ambos sexos, cuyas edades rebasan los 17 años divididos en tres grupos:

1. De 17 a 30 años (35 sujetos)
2. De 31 a 60 años (35 sujetos)
3. De 61 años o más (35 sujetos)

Operativamente definimos las siguientes variables:

- Representación Social: Según Denise Jodelet, designa una forma de conocimiento específico, el saber de sentido común. Constituyen modalidades de pensamiento práctico orientados hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del

entorno social, material e ideal. Son una forma de pensamiento social (Jodelet, D., en Moscovici, S., 1984).

- Núcleo Figurativo : Elemento más sólido y estable de la estructura de la representación, define la homogeneidad del grupo. Tiene una función organizadora y una función consensual, concentra la significación del objeto de estudio. Se define por el consensus de los contenidos expresados.
- Campo Representacional : Ordenación y jerarquización de los elementos que configura el contenido de la representación social. Son tipos de organización interna que adoptan esos elementos cuando quedan integrados en la representación (Ibáñez, T., 1988).
- Salud : Coincidimos con Salleras en concebir la salud como el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental, social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad (Salleras, 1985)

METODOLOGÍA E INSTRUMENTOS

Para el estudio de la categoría representación social deben utilizarse técnicas que permitan conocer el consensus de la población estudiada, que permitan evidenciar el núcleo figurativo y el campo representacional, así como el conjunto de informaciones y valoraciones afectivas que componen la representación. Los instrumentos empleados también deben dar al sujeto el máximo de libertad, para que las categorías que serán posteriormente deducidas, sean significativas.

Las técnicas que utilizamos fueron la Asociación Libre de Palabras, la Entrevista Estructurada y el Completamiento de Frases, las que se aplicaron en

Tabla 1

Categorías	Total de personas	Por ciento	Frecuencia
Bienestar	73	69,5	176
Instituciones, Personal y Práctica Médica	70	66,6	115
Calidad de vida	36	34,2	53
Fatalidad	23	21,9	26
Representaciones Definicionales	3	0,21	14
Información	1	0,9	1
Prohibiciones	1	0,9	1

Tabla. 2

Categorías	17 - 30			31 - 60			61 y más		
	Cant.P	%	Frec	Cant.P	%	Frec	Cant.P	%	Frec
Bienestar	19	54,28	45	27	77,14	60	27	77,14	71
Inst. y Práct. Med	35	100	57	21	60	38	14	40	20
Calidad de vida	15	42,85	26	14	40	17	7	20	10
Fatalidad	9	25,71	10	7	20	8	7	20	8
Rep. Definicionales	1	2,85	1	1	2,85	1	1	2,85	2
Información	-	-	-	1	2,85	1	-	-	-
Prohibiciones	-	-	-	-	-	-	1	2,85	1

ese orden, con el objetivo de no viciar la información que se obtenga.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Con el propósito de analizar los resultados realizamos un análisis de contenido a cada uno de los instrumentos utilizados ; este análisis nos dio la posibilidad de conformar un grupo de categorías a partir de las respuestas evocadas por los sujetos.

A continuación le presentamos el análisis de los resultados por técnicas y finalmente un análisis integral.

ASOCIACIÓN LIBRE DE PALABRAS

Como habíamos anunciado con anterioridad esta fue la primera técnica aplicada a los sujetos.

Esta tabla nos muestra que el núcleo figurativo de la representación está conformado por las categorías Bienestar (69,5%) e Instituciones, Personal y Práctica Médica. La primera categoría incluye un grupo numeroso de palabras, la más mencionadas : bienestar, tranquilidad, sentirse bien, felicidad, armonía, seguridad, alegría ; palabras como médico, hospital, medicamentos, policlínico, enfermera, inyecciones y atención forman parte de la categoría Instituciones, Personal y Práctica Médica.

Así conforman el campo representacional las categorías Calidad de Vida (34,2%), Fatalidad (21,9%), Representaciones Definicionales (8,5%), Información y Prohibiciones, ambas con un 0,9%.

Como parte de nuestro objetivo de realizar una diferenciación por grupos etáneos, analizamos los datos de la siguiente tabla.

Con relación al núcleo figurativo el 100% de los sujetos entre 17 y 30 años relaciona la salud a las Instituciones, Personal y Práctica Médica ; siendo esta la parte más estable que compone la representación social. El 60% del segundo grupo de edades (31 a 60 años) menciona la misma categoría, pero además incluye Bienestar con un 71% en su núcleo figurativo ; sin embargo en el tercer grupo de edades, de 61 y más años, es Bienestar y con el mismo % es la única que forma parte del núcleo central.

Como se observa la categoría Bienestar resulta ser prioritaria en todos los grupos de sujetos, constituyendo así el núcleo figurativo de la representación social de la salud humana, mientras

que en el campo representacional se encuentran las categorías Institución, Personal y Práctica Médica y Calidad de vida.

ENTREVISTA ESTRUCTURADA

En este punto haremos el análisis de todas las preguntas de la entrevista. Para el análisis de esta prueba utilizamos las mismas categorías que en el instrumento anterior.

En la pregunta # 1 referida a qué consideraban los sujetos por salud, las respuestas se muestran en la Tabla No. 3

Tabla. 3

Categorías	Cant. de Personas	Por ciento	Frecuencia
Bienestar	89	84,7	155
Calidad de Vida	13	12,3	16
Inst. y Práct. Med.	6	5,7	8
Rep. Deficionales	21	20	30

La tabla muestra que la categoría Bienestar se encuentra configurando el núcleo central de la representación social, constituyendo un 84,7% de las respuestas de los sujetos ; las restantes categorías conforman el campo representacional.

profesionales de la salud. Las Representaciones Definicionales también incluyen algunas respuestas con un 14,2%.

Si nos remitimos al último grupo (61 y más años) podemos apreciar que es en este grupo donde se encuentra el porcentaje más elevado de las respuestas incluidas en la categoría Bienestar, con un 97,1% lo que reafirma que esta conforma el núcleo figurativo. Las restantes dos categorías, Calidad de Vida(11,4%) y Representaciones Definicionales(8,5%) conforman el campo representacional.

Veamos ahora algunas respuestas de los sujetos sobre otras preguntas de la entrevista referidas a la salud humana.

Sobre si los sujetos se consideraban saludables o no, el 74,28% se consideran saludables y el 25,71%

Tabla. 4

Categorías	17 - 30			31-60			61 y más		
	Cant. P	%	Frec.	Cant. P	%	Frec.	Cant. P	%	Frec.
Bienestar	23	65,7	33	32	91,4	57	34	97,1	65
Calidad de Vida	1	2,8	1	8	22,8	9	4	11,4	6
Inst. y Práct. Med	-	-	-	6	17,1	8	-	-	-
Rep. Deficionales	13	37,1	14	5	14,2	13	3	8,5	3

En la tabla No. 4 encontramos que en el grupo de 17 a 30 años, la categoría Bienestar conforma el núcleo figurativo de la representación con un 65,7%, incluyendo respuestas como estado de bienestar físico, mental y social, por ejemplo, sentirse bien, estar equilibrado física y psíquicamente, etc. ; mientras que las Representaciones Definicionales con un 37,1% conforma el campo representacional. En esta última categoría se incluyen frases como la forma de vivir el organismo, el estado fisiológico de una persona, el conjunto de reacciones de un organismo que conducen a respuestas buenas o malas por causas externas o internas y un estado del individuo.

El 91,4% de los sujetos del segundo grupo de edades (31-60) relaciona la salud con el Bienestar, constituyendo por tanto el núcleo figurativo de la representación. En el campo representacional, con un 22,8% encontramos en un primer plano la categoría Calidad de Vida, relacionada con conductas de prevención de enfermedades, mantener la higiene, etc. Este es también, el único grupo que en esta pregunta hace referencia a las Instituciones, Personal y Práctica Médica (17,1%), específicamente cuando habla del papel importante del Sistema de Salud, de los chequeos periódicos, el derecho a la atención y el trabajo de los

no saludable. En sentido general, la mayoría de los sujetos entrevistados se consideran saludables con independencia de su edad. La causa de por qué se consideran saludables difieren en los diferentes grupos etáreos ; el grupo de 17 a 30 se considera saludable porque no se enferma con frecuencia, ni padecen enfermedades crónicas, ni psíquicas (77,7%). En el grupo de 31 a 60 años los sujetos refieren que son saludables porque no padecen enfermedades físicas, ni mentales, ni tienen que ir mucho al médico, se sienten bien, etc.(76%). Finalmente, en el grupo de los adultos mayores el 84,6% se consideran saludables por no padecer enfermedades crónicas graves o las que tienen están controladas (hipertensión, diabetes, asma etc.), no tienen malestares, sólo achaques leves.

Los sujetos que no se consideran saludables sus respuestas están relacionadas con padecimientos crónicos o impedimentos físicos, obesidad, o fuman y un 20% manifiesta tener estrés y depresión.

En la pregunta 3 le pedíamos a los sujetos que respondieran a las siguientes preguntas : ¿Cuáles son las actividades que proporcionan salud?, ¿Cuáles Ud. práctica?. Para analizar las respuestas agrupamos los resultados en tres grupos : 1) Hábitos y Conductas vinculadas a la salud, 2) Estilos de Vida y 3) Atención y Práctica Médica.

La categoría Hábitos y Conductas agrupa la mayor cantidad de respuestas de los sujetos de los tres grupos de edades, representando un 94,2%, 97,1% y el 80% respectivamente. Dentro de las respuestas de mayor frecuencia de aparición en los tres grupos se encuentran el ejercicio físico, la adecuada alimentación en cantidad y calidad, una higiene adecuada, buen hábito de sueño, no llevar una vida sedentaria, no fumar, ni exceso de alcohol.

La categoría Estilo de Vida la encontramos fundamentalmente en las edades de 17 a 30 años relacionada con la distracción (disfrutar del arte, la lectura, los paseos), llevar una vida tranquila, con las actividades normales y cumplir los objetivos trazados; un 11,4% de las otras respuestas se agrupan en la categoría Atención y Práctica Médica mencionando chequeos médicos frecuentes, cuidados sanitarios, etc.

Los dos restantes grupos de edades tienen porcentajes muy cercanos en la categoría Estilos de Vida, el primero (31-60) con un 65,7% tiene respuestas similares, pero tienen que ver además con el bienestar, el aprendizaje para la vida y el desarrollo de actividades físicas y mentales vinculadas a los gustos, las posibilidades y la edad. Estos contenidos también aparecen en el tercer grupo de edades con un 60%.

Con relación a lo que los sujetos realmente hacen para mantener su salud se mencionan la práctica de ejercicios físicos, la higiene, la risa, como las más practicadas; entre los estilos de vida refieren la distracción, una vida social positiva, la lectura y otras, y por último ingestión adecuada de los medicamentos en caso de enfermedad y seguir los tratamientos indicados por los médicos.

En correspondencia a la pregunta No.4 vinculadas a las conductas que dañan la salud y cuáles son

Tabla. 5

RESPONSABLES DE SALUD	CANT. PERSONAS	POR CIENTO
SI	104	99
NO	1	1

aquellas que los sujetos practican; las actividades dañinas más frecuentemente mencionadas fueron el exceso de alcohol y el hábito de fumar, la alimentación inadecuada y el sedentarismo (91,4%); exceso de esfuerzo, trabajo y actividades físicas, desequilibrio emocional y el estrés (45,7%) y no visitar al médico frecuentemente ni acudir a él ante anomalías (11,4%). Otras respuestas referidas por los sujetos fueron: las condiciones de trabajo, la falta de higiene en lugares públicos, las lagunas y vertederos y los virus.

Referido a la segunda parte de la pregunta, de los 35 sujetos que conforman cada grupo, el 68,5% del primero, el 54,2% del segundo y el 42,8% del último realizan actividades dañinas o contrarias a su salud.

A continuación presentamos los resultados de la pregunta No. 5, la que indagó si los sujetos

contribuían o no al mantenimiento de su salud y cómo lo hacen. Las respuestas de **cómo** las analizamos teniendo en cuenta las mismas categorías de las preguntas 3 y 4. Los resultados a la primera parte, es decir, sobre la contribución o no al mantenimiento de su salud, los resultados muestran que el 80,9% contribuyen, el 17,1% no contribuyen y el 1,9% no responden.

De los que dicen contribuir a su salud el 88,8% lo hace con comportamientos como por ejemplo realizar ejercicios físicos, cuidarse y alimentarse adecuadamente; el 22,2% se refieren a estilos de vida como llevar una vida activa, con relaciones sociales positivas, sentir bienestar y ser responsables con su salud. No automedicarse, tomar los medicamentos adecuados, acudir al médico y chequearse periódicamente son las razones que se encuentran dentro de la categoría Atención y Práctica Médica.

Los que no contribuyen a cuidar y mantener su salud dicen fumar, no hacen ejercicios, tienen una alimentación desequilibrada e ingieren bebidas alcohólicas, también exceso de trabajo, preocupación por algo que no deberían, etc.

La pregunta No 6 indaga sobre quiénes son los responsables de cuidar la salud, en el primer grupo el 94,8%, en el segundo el 82,8% y en el tercero el 51,4% consideran que ellos mismos son los máximos responsables de cuidar su salud, aunque todos también incluyen la familia y los médicos. Es interesante que en el grupo de adultos mayores, el médico con un 45,7% lo hacen participe del cuidado y mantenimiento de su salud.

En la siguiente tabla encontraremos los resultados correspondiente a la pregunta No. 7, en la que se le pedía a los sujetos acerca de sí se consideraban responsables de su salud y por qué.

La mayoría de los sujetos se consideran responsables de su salud, solo un sujeto del grupo de 61 o más años refiere lo contrario.

Las razones por las cuales los entrevistados se consideran responsables de su salud se refieren a responsables de protegerse y hacer o no lo que le perjudica la salud, ellos mismos deben cuidarse, son adultos, dependen de ellos y de su fuerza de voluntad (esto en el grupo de 17 a 30); en el segundo grupo (31-60) alegan que se cuidan, pues cada uno debe velar por sí mismo y ser responsable de conducirse de una u otra manera. Asimismo, opinan que la sociedad, el entorno y la atención médica tienen parte de la responsabilidad en la salud, porque hay cosas que no dependen solamente del individuo. Recordemos que en este grupo de más de 61 años, el 99% se reconoce

responsable de su salud pues conocen lo que daña su salud, llevan una vida sin excesos y cuando se sienten mal van de inmediato al médico, siendo respetuosos con las medicinas.

incluye el ítem 13. Para los 105 sujetos de la muestra las principales fuentes de información referidas fueron: la TV, el médico, la lectura de libros, revistas, folletos, etc. Caracterizándose de la manera siguiente:

Tabla. 6

Medios de información	17 -30		31 - 60		61 y más	
	Cant. personas	Por ciento	Cant. personas	Por ciento	Cant. personas	Por ciento
TV	24	68,5	29	82,8	20	57,1
Médicos	12	34,2	10	28,5	19	54,2
Prensa	6	17,1	18	51,4	7	20,0
Radio	10	28,5	11	31,4	5	14,2
Familia	15	42,8	5	14,2	3	8,5
Lect. libros, revistas	13	37,1	13	37,1	8	22,8
Amigos	5	14,2	3	8,5	2	5,7
Escuela	6	17,1	-	-	-	-
Personas que rodean	6	17,1	4	11,4	-	-
Médico de familia	-	-	3	8,5	4	11,4
Personal de salud	-	-	2	5,7	1	2,8
Mi hijo es Médico	-	-	-	-	3	8,5
Slogans publicitarios	2	5,7	-	-	1	2,8
Centros de Atenc.	2	5,7	-	-	1	2,8
Trabajo	1	2,8	2	5,7	-	-
Internet	3	8,5	-	-	-	-
Policlínicos, Hosp.	-	-	1	2,8	2	5,7
Cursos recibidos	-	-	1	2,8	-	-
Reuniones	-	-	-	-	1	2,8
Experiencia personal	1	2,8	-	-	-	-
No interesa el tema	-	-	-	-	1	2,8

En la última pregunta le pedimos que se refirieran a la forma en que recibían la información sobre la salud, la televisión constituye el medio a través del cual las personas reciben más información sobre la salud, seguido de los médicos y la prensa.

En el primer grupo encontramos que el 68,5% de los sujetos se informa a través de la TV, el 42,8% a partir de conversaciones con la familia y el 37,1% mediante la lectura de libros, revistas y folletos, el 34,2% recibe información a través de los médicos y el 28,5% por la radio. En los sujetos de edades entre 31 y 60 años, la TV sigue siendo el medio principal de información sobre la salud lo que representa un 82,8%, le sigue la prensa y después los libros y revistas. Respuestas más aisladas tienen que ver con el médico de la familia, el personal de salud y el centro de trabajo.

El tercer grupo expresa informarse más a través de la TV (57,1%) y de los médicos (54,2%). Otras respuestas se refieren a la lectura de libros, revistas y a la radio.

COMPLETAMIENTO DE FRASES

Para analizar esta prueba agrupamos las respuestas de los sujetos en categorías que se ajustan a la información que pretendemos obtener de la misma. Como elemento esclarecedor, cabe añadir, que de acuerdo con las respuestas obtenidas en los ítems fue posible agrupar aquellos en los que existían similitudes en algunas categorías.

Para recoger la procedencia de la información creamos una categoría con este mismo nombre que

Los sujetos de 17 a 30 la TV con un 48,5%, le sigue la familia y la radio con un 25,7% y por último, los médicos y la lectura de libros y folletos con un 22,8%.

La prensa constituye el medio más generalizado en la recepción de la información sobre la salud en el segundo grupo de edades con un 34,2%, después la TV con un 31,4% de las respuestas, los médicos el 28,5%, la lectura de libros y folletos el 20% y la radio el 17,1%. Un grupo reducido hace referencia a la familia, los centros asistenciales, las personas y el médico del centro de trabajo.

Las personas con más de 61 años refieren adquirir la información a través de los médicos en un 51,4% y le sigue la TV con un 42,8%.

La categoría Instituciones de Salud compuesta por los ítems 3 y 9, el primero se refiere al policlínico y el segundo al consultorio de Médico de Familia. En relación con el policlínico, el 48,5% de la muestra se expresa positivamente, alegando buena atención, preocupación, limpieza, buenos médicos, buen trabajo para obtener resultados satisfactorios, etc. Los sujetos mayores de 60 años afirman visitar al policlínico frecuentemente y se realizan chequeos periódicos. Se observan aquí diferencias, pues los más jóvenes refieren menor cantidad de valoraciones positivas mientras que en el tercer grupo el 62,8% se expresa con agrado, siendo éste el de respuestas positivas más elevado de los tres grupos.

Otra parte de la muestra, el 48,5% expresa una relación negativa con la institución, porque no

asisten nunca, no conocen dónde está situada, van solamente cuando están enfermos, lo consideran ajeno a la salud, no dan buen servicio, hay dificultades para ver los especialistas, faltan recursos y condiciones y no cumple el objetivo porque no resuelve los problemas. En relación a las valoraciones negativas, no se constatan grandes diferencias entre los tres grupos de edades, aunque en los más jóvenes hay predominio de respuestas negativas.

En relación con el consultorio de médico de familia las respuestas que expresan valoraciones positivas y negativas son muy similares, el 49,5% y el 42,8% respectivamente. La relación positiva se expresa en respuestas como importante, bueno, necesario, fundamental en el barrio, en la prevención de las enfermedades y constituye el primer eslabón de la cadena sanitaria. Los sujetos que aluden de manera negativa al consultorio se refieren a su mal funcionamiento interno de la institución, por lo que no resuelve los problemas ni cumple sus objetivos para los que se crearon (prevención, promoción y educación). Igualmente entre los grupos no existen grandes diferencias y los más jóvenes son los de respuestas más desfavorables.

Una categoría que consideramos en extremo importante en lo referente a la representación social de la salud y el conjunto de valoraciones que la acompañan es lo relacionado con la responsabilidad en el cuidado y mantenimiento de la salud. Por tal razón elaboramos una categoría que llamamos Responsabilidad, que contiene una serie de ítems que nos permite analizar las posiciones de los sujetos con relación a este aspecto.

Cuando hablamos en términos de responsabilidad, el 93,3% de la muestra se considera responsable de su salud, refiriéndose a la importancia de que cada persona se cuide, se atienda, de la higiene y hábitos de vida, de cumplir las orientaciones médicas y no hacer lo que sabemos que puede perjudicarnos y del interés que pongamos en mantenerla. No existe en este aspecto diferencias marcadas entre los tres grupos de edades. Las respuestas relacionadas con la responsabilidad del entorno se comportaron de igual modo en toda la muestra, representando el 51,4% en cada grupo y en general. Asimismo el 40% del total de respuestas se hace referencia a las instituciones de salud y al personal médico.

Con el objetivo de conocer hacia donde va orientada la responsabilidad con respecto a la salud, buscamos que las personas expresaran como debe ser el médico y que labores desempeña.

Del total, 101 sujetos responden la pregunta haciendo referencia a las características reales o ideales de los médicos, representando el 96,1%; mencionan que debe brindar amor, cariño, ser humano, sacrificado, preocupado y atento.

Por otro lado, su labor va dirigida a atender de forma profesional y adecuada la salud de sus pacientes, a orientarlos, actualizarlos, aconsejarlos y fomentar los mejores hábitos en favor de la salud.

La educación para la salud fue otro aspecto importante a considerar, resultando ser las respuestas relacionadas con este tema las de mayor porcentaje en toda la muestra (76,1%).

En los tres grupos de edades, la educación para la salud se ve como importante y necesaria pues contribuye a la prevención de las enfermedades, y a la información de toda la población en todos los aspectos de la vida y a ayudar que las personas sean saludables y se comporten de tal manera.

En menor medida, algunos sujetos apuntan que la educación para la salud nace dentro de la familia y debe mantenerse durante toda la vida, siendo responsabilidad de uno mismo y de los que nos rodean. El 6,6% deposita esta responsabilidad en el Minsap, sus instituciones y el personal especializado y el 4,7% la extiende a los medios masivos de comunicación, el sistema de enseñanza y la sociedad en general.

Para abordar el núcleo figurativo y el campo representacional incluimos en esta prueba las mismas categorías de las técnicas que la precedieron.

Así en el 96,1% de la muestra predomina la salud vista en términos de Bienestar por lo que constituye el núcleo de la representación. Dentro del campo representacional podemos incluir las categorías Calidad de Vida, Representaciones Definicionales e Instituciones, Personal y Práctica Médica.

Indagamos, además, acerca de los sufrimientos y preocupaciones, por ser cuestiones que están presentes muchas veces en las personas, tratamos de conocer en que medida los sujetos los incluyen o no como algo que forma parte de su salud. Un 66,6% vincula los sufrimientos y preocupaciones tanto con la salud física como con la mental, afirmando que son síntomas de enfermedad. Los consideran dañinos, que atentan contra la salud, lleven a la infelicidad, al estrés, nos hacen sentir mal, nos deprimen y perturban la tranquilidad.

INTEGRACIÓN DE LOS RESULTADOS

Para la integración de los resultados obtenido del análisis de cada una de las técnicas aplicadas, creemos necesario presentar los mismos en una tabla general que ilustre la información brindada por la Asociación Libre de Palabras, la Entrevista Estructurada (pregunta 1) y las pregunta 1 y 5 del Completamiento de Frases.

Los resultados mostrados en la tabla nos permite afirmar que existe una representación social de la salud en la población estudiada y acercarnos a una caracterización de la misma.

Se aprecia formando parte del núcleo figurativo a la categoría Bienestar, siendo el elemento más sólido y estable en la estructura de la representación. La salud como bienestar ha sido referida por un gran número de sujetos lo que representa altos porcentajes y frecuencia elevadas. Concebir la salud en términos de bienestar nos da la medida que se asume por los sujetos una posición integradora, que

Tabla. 7

Categorías	Asoc. de palabras			Entrevista			Compl. de frases		
	Total	%	Frec	Total	%	Frec	Total	%	Frec
Bienestar	73	69,5	176	89	84,7	155	101	96,1	101
Inst. Pers y Práct. Méd	70	66,6	115	6	5,7	8	2	1,9	2
Calidad de Vida	36	34,2	53	13	12,3	16	13	12,3	13
Fatalidad	23	21,9	26	-	-	-	-	-	-
Rep. Definicionales	3	8,5	4	21	20	30	5	4,7	6
Información	1	0,9	1	-	-	-	-	-	-
Prohibiciones	1	0,9	1	-	-	-	-	-	-
Otros	20	19,8	38	-	-	-	9	8,5	9

concibe la salud no sólo desde el punto de vista físico, sino también psicológico y social.

El campo representacional está conformado por un conjunto de categorías, dentro de las más cercanas y con tendencia a formar parte del núcleo figurativo encontramos Institución, Personal y Práctica médica, así como Calidad de Vida. Consideramos que la primera categoría tiene tendencia a formar parte del núcleo figurativo de la representación, debido al porcentaje elevado de sujetos que la evocan en la Asociación Libre de Palabras y a las características de esta técnica, la que posibilita que los sujetos se expresen libremente en relación con el objeto de representación, sin que sus respuestas sean inducidas por el experimentador.

Por su parte, Calidad de Vida, aunque no alcanza porcentajes y frecuencias tan elevadas, está presente en todas las técnicas y se encuentra más cercana al núcleo figurativo que el resto de las categorías. Esta tendencia puede estar dada además por la relación y complementación que existe entre el bienestar y la calidad de vida.

Otras categorías que forman parte del campo representacional son: Fatalidad, Representaciones Definicionales, Información y Prohibiciones. Los contenidos que se incluyen dentro de estas categorías revisten importancia pues, aunque no forman parte del núcleo figurativo, contienen elementos facilitadores de actitudes positivas con relación a la salud.

Para caracterizar las representaciones sociales es importante conocer la procedencia de la información que poseen los sujetos sobre el objeto de representación que en nuestro caso es la salud.

En nuestra investigación encontramos que gran cantidad de la información que poseen los sujetos sobre la salud procede de los medios formales, entiéndase medios masivos de comunicación (televisión, radio, prensa, lectura de libros, revistas y folletos) y en algunos casos internet y los slogans publicitarios.

Otra forma de adquirir información es a través de los médicos y las instituciones de salud; es aquí donde radica la peculiaridad de nuestra población, en comparación con otros estudios realizados. La manera de adquirir información sobre salud en nuestra población es, por una parte formal, porque es a través de las instituciones del Sistema de Salud

y del personal especializado, aunque también es vivenciado, porque el médico de familia vive en la comunidad y se relaciona con sus miembros en todos los ámbitos, no sólo a través de la consulta.

Como tercera variante está la información que reciben los sujetos a través de la comunicación social y de la observación adquirida de terceras personas en el entorno social (familia, amigos y personas que nos rodean).

La totalidad de la muestra conoce y es capaz de diferenciar correctamente las conductas que dañan o favorecen la salud, las que no van dirigidas solamente a la salud física, sino también en términos de salud psicológica y buen desenvolvimiento social, aunque este conocimiento no se corresponde con las acciones que los individuos realizan. Un gran porcentaje de los jóvenes no lleva a cabo ninguna actividad para mantener la salud, lo que no sucede en los otros grupos de edades. Esto se corresponde a lo planteado por muchos estudiosos de la salud humana que plantean: "la información y el conocimiento son insuficientes para dar lugar a cambios de comportamientos de salud" (Bayés, R.; 1995 pág. 35).

En cuanto a la responsabilidad, encontramos que las respuestas van dirigidas fundamentalmente a la responsabilidad individual, la responsabilidad de la familia y la del médico, con relación a la salud. De forma general vemos que a medida que las personas tienen más edad, disminuye su responsabilidad con su salud y aumenta la de la familia y los médicos; también encontramos que hay mayor tendencia a depositar esta responsabilidad en lo externo (sistema de salud, amigos, estado, trabajo y sociedad); esta característica está acentuada en los sujetos en edades entre 31 y 60 años.

Podemos decir que, para el mantenimiento y cuidado de la salud resulta importante conocer los comportamientos de las personas ante la enfermedad; encontramos que éstos están más orientados al médico o la práctica médica (cuando se sienten mal acuden al médico y siguen los tratamientos adecuados).

Gran parte de los adultos mayores se comportan en concordancia con esto, pero en los otros dos grupos predominan conductas que no están relacionadas con el médico, siendo comunes la depresión, acostarse, automedicamentarse, no visitar al médico, seguir con las actividades normales

y no atenderse (esto predomina en los más jóvenes, quiénes además buscan la ayuda de familiares o amigos).

No podemos hablar en sentido general de una actitud activa y favorable hacia la salud en la muestra estudiada, pues muchos sujetos se comportan pasivamente, e incluso en contra de su propia salud. A pesar de esto, encontramos que a medida que los sujetos ganan en edad va haciéndose más favorable y activa su actitud hacia la salud.

Considerando que muchos sujetos de la muestra, fundamentalmente los jóvenes, no le dan a la salud el valor que realmente tiene, actuando quizás porque prefieren los atractivos inmediatos de determinadas conductas que son justificadas por las normas sociales, y que a la vez son contrarias a su salud.

Según Jodelet es necesario abordar el estudio de la representación social desde una óptica comparativa. En este sentido, trabajos sobre la representación social de la salud realizados en los años 96 y 97, muestran resultados que difieren a los obtenidos en la presente investigación. Las diferencias fundamentales están referidas a las características de la representación social de la salud humana. En aquel momento, el núcleo figurativo lo constituyó, como contenido más estable y reiterativo, la categoría Instituciones, Personal y Práctica Médica y en menor medida, la categoría Bienestar, a diferencia de este trabajo donde el contenido más frecuente y que ha sido evocado por mayor cantidad de sujetos, fue Bienestar.

Las categorías que conforman el campo representacional que fueron conformadas a partir de las respuestas de los sujetos son diferentes, pues en la anterior investigación aparecen Calidad de Vida, Medio Ambiente, Alimentación, Prohibiciones y Slogans.

Referido a la actitud, en la anterior investigación gran parte de la muestra, manifiesta comportamientos facilitadores de la salud, aunque muy relacionados a veces con la atención médica, y otros que asumen actitudes pasivas; esto no se cumple de igual modo en nuestros resultados. Las diferencias entre ambos resultados pueden estar

dadas por el momento en que se realizaron, lo que nos remite al carácter dinámico de la representación social y por las características de ambas muestras, lo que demuestra que las representaciones sociales son productos socioculturales, estructuras significantes que emanan de la sociedad, informan de sus características singulares y de las particularidades de los grupos en que se forman.

Finalmente, podemos decir que existe concordancia entre lo que es la salud humana y la representación social que de ella tienen estas personas, pues ven la salud como bienestar físico, mental y social y como máxima capacidad de funcionamiento dentro de su medio.

CONCLUSIONES

A partir de los resultados obtenidos podemos arribar a las siguientes conclusiones:

1. Existe una representación social en la muestra estudiada, en tanto los sujetos poseen un conocimiento específico de sentido común, orientado a la práctica, la comunicación, comprensión y dominio de su entorno social.
2. La representación social de la salud se caracteriza por un núcleo figurativo constituido el Bienestar, alrededor del cual se encuentran las categorías referidas a Institución, Personal y Práctica Médica, Calidad de Vida, etc.
3. 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.
4. La actitud hacia la salud, en sentido general, 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.
5. Se constatan diferencias en la representación social de la salud entre los grupos etáreos estudiados con relación a las características de la misma.

REFERENCIAS

- Abric, J.C.(1984):Lastisan et l'artisanat: analyse du contenu et de la structure d' une representation sociale. Bulletin de Psychologie.
- Alvarez, L. y Vasallo, N.(1999): Género y Poder, un estudio de la Representación Social de la Mujer en Profesoras de la Universidad de La Habana. Trabajo de Diploma.
- Banch, M.ª Auxiliadora (1990): Las Representaciones Sociales. En: Jiménez. B. Aportes críticos a la Psicología en Latinoamérica. Ed. Universidad Guadalajara. México. 1990.
- Barriga, S. y León, J.M. (1993): Psicología de la Salud. Ed. Eudema, S.A. Sevilla.
- Bayés, R. (1995): Psicología y Salud. Ed. Martínez Roca. Barcelona.
- Díaz, L. y Knapp, E.(1995): Representación Social del Cáncer. Trabajo de Diploma.
- Farr, R.(1991): Representations of health, illness and handicap. Harward Academic Publisher.
- Ibáñez, T. (1988)Ideología de la Vida Cotidiana. Ed. Sendai. Barcelona.
- Jodelet, D.(1990): Folies et représentations sociales. Presses Universitaires de France. Paris.
- _____ (1991): en Páez, D. (1991): Sida: Imagen y Prevención. Ed. Fundamentos. España
- _____ (1984): En: Moscovici, S. Psicología Social II. Pensamiento y Vida Social. Psicología Social y Problemas Sociales. Ed. Paidós. Barcelona.
- León, I. y Knapp, E.(1997): Representación Social de la Salud. Trabajo de Diploma.
- Maletá J. y Knapp, E.(1995): Representación Social de Cáncer. Trabajo de Diploma.
- Moscovici, S.(1961): El psicoanálisis, su imagen y publicidad. Paris.
- _____ (1984): Psicología Social II. Pensamiento y Vida Social. Psicología Social y problemas sociales. Ed. Paidós. Barcelona.

- OMS (1946): Carta Constitucional de la Organización Mundial de la Salud.
- Páez, D.(1991): SIDA: Imagen y Prevención. Ed. Fundamentos. España
- Salleras, L.(1985): Educación Sanitaria: Principios, Métodos y Aplicaciones. Ed. Díaz Santos. Madrid.
- Wagner, W. y Elajabarieta, F.(1994): Representaciones Sociales en Psicología Social. Ed. Isabel Capella.
- Zaldívar D.(1988): Incidencia de los factores psicosociales en el proceso salud-enfermedad. Revista Cubana de Psicología, Vol V, No. 3 p. 15-21.