



**Representaciones Sociales de la salud y la
enfermedad en estudiantes universitarios de
Ciencias de la Salud de la Universidad de Mendoza**

Autor: Lic. Marcela Rita Elizalde

Director: Dr. Edgardo Etchezahar

Co-director: Dra. Alicia Barreiro

Doctorado en Psicología

Universidad de Flores. Buenos Aires. Argentina.

Noviembre 2017

HOJA DE EVALUACIÓN

AGRADECIMIENTOS

A “la” Coqui y “el” Osvaldo, quienes me amaron con entusiasmo y desde algún lugar celebrarían mis prioridades y valorarían su siembra respecto de ser críticos de todo orden preestablecido...a mis hermanos y hermanas y sus crías...que hacen el reposo disfrutable...y reparador todo duelo...

A Ana, Juan y Lucía, inspirador@s de sueños, cada un@ a su modo y testig@s respetuos@s de mis ausencias realizadoras de otros proyectos de felicidad, después de la maternidad...

A Pablo, compañero de ruta, haciendo cálida y deliciosa la larga espera...

A Carolina Berné, por su compañía brillante, y su valiosa capacidad de crítica y búsqueda de información.

A Diego, Lucia y Facundo, por colaborar desinteresadamente en la toma del instrumento.

A l@s estudiantes que fueron, son y serán. Con ell@s nos comprometemos en cada encuentro y con cada gesto para la jerarquización de nuestra profesión...

A mis colegas y amig@s, quienes me interpelan en discusiones variadas acerca de la construcción de saberes, transferencias y prácticas éticas e inclusivas...

A Marcelo R. Ceberio, por animarme a este proyecto que resultó enamorable por posible y memorable...

A Edgardo Etzchezahar y Alicia Barreriro, por dirigir con esmero, paciencia y disponibilidad esta tarea que empezó de un modo y arribó a lo que hoy presentamos...

A quienes se atrevan a su lectura, para que disfruten tanto como resultó de este tiempo de doctoranda y se aprecie el detalle de las perspectivas de la Salud junto a las RS, una herramienta poderosa que arrima el saber del sentido común a la Psicología como Ciencia, ciudadana ética y amorosa de la Calidad de Vida.

RESUMEN

En el presente trabajo se describen las Representaciones Sociales (RS) sobre la salud y la enfermedad construidas por alumnos ingresantes y egresantes de las carreras de Ciencias de la Salud de la provincia de Mendoza.

Para analizar la estructura de las representaciones sociales de ambos objetos se administró la técnica de asociación de palabras, teniendo como términos inductores *Salud* y *Enfermedad*. Participaron 588 estudiantes de las carreras de medicina, psicología, kinesiología y odontología. De esta manera, se identificaron las palabras *malestar* y *muerte* como constitutivas del núcleo central de la representación de enfermedad y *enfermedad* y *hospital* en el núcleo central de la representación de salud. Se destaca la presencia de términos asociados a nuevos paradigmas para los egresantes de las carreras como *equilibrio*, *desequilibrio* y *prevención* en el núcleo central de las RS de la salud y la enfermedad. Los hallazgos podrían interpretarse en términos de una lenta incorporación de los nuevos paradigmas de la Salud Colectiva en las representaciones de la Salud y la Enfermedad.

Palabras claves: Salud- Enfermedad, Representaciones Sociales, Estudiantes de Ciencias de la Salud.

ABSTRACT

This paper explores the Social Representation (RS) on health-disease constructed by incoming students and graduates of the careers of Health Sciences from Mendoza.

A prototypical and categorical analysis was made from the free evocation of words, having as inductive terms "Health" and "Disease". Participated 588 students in the medical, psychology, kinesiology and dentistry courses. In the prototypical analysis, the words "malaise and death" were identified as constituting the central nucleus of disease representation and "disease and" hospital "in the central nucleus of health representation. We also analyzed the presence of terms associated with new paradigms for career graduates as a balance "; "Imbalance" and prevention. The findings confirm the slow incorporation of the new paradigms of Collective Health in the representations of Health and Disease.

Key words: Health- Disease, Social Representation, Health Sciences Students.

ÍNDICE

Hoja de Evaluación	2
Agradecimientos	3
Resumen	5
Abstract	6
Índice	7
Introducción	12
Capítulo 1: Acerca de la salud y la enfermedad	16
Los conceptos de Salud y Enfermedad	16
Salud y Enfermedad desde la perspectiva de los profesionales de la salud	28
Historia y concepto de la salud y enfermedad en la Psicología de la Salud	28
Desarrollo actual de la Psicología de la Salud	31
Historia y concepto de la salud y la enfermedad en Kinesiología	33

Historia y concepto de salud y enfermedad en Odontología	36
Salud y Enfermedad en la formación de los profesionales de la salud	38
La formación profesional desde la propuesta universitaria	40
La formación profesional de los Psicólogos/as como disciplina orientada a la Salud.	42
Legislaciones que enmarcan las prácticas profesionales	48
Capítulo 2: El conocimiento de sentido común sobre la salud y la enfermedad: las Representaciones Sociales	56
Recorrido histórico de las Representaciones Sociales	56
Definiciones de las Representaciones Sociales	60
Aproximaciones al estudio de las representaciones sociales	64
Líneas de investigación en representaciones sociales	69
Capítulo 3: Estudios empíricos sobre la salud y la enfermedad desde una perspectiva psicológica	81
Líneas actuales de investigación en Salud y Enfermedad	81
Salud y Enfermedad y Cultura	81

Líneas actuales de investigación de las Representaciones Sociales	83
Representaciones Sociales en Salud y Enfermedad	83
Representaciones sociales en estudiantes universitarios	89
Representaciones Sociales y construcción de rol	90
El método estructural para el análisis de las RS	92
Capítulo 4: Objetivos e Hipótesis	97
Objetivos	97
Objetivos generales	97
Objetivos específicos	97
Hipótesis	98
Capítulo 5: Método	100
Diseño	100
Tipo de estudio	101
Muestra	101

Instrumentos de recolección de datos	103
Procedimientos	105
Análisis de resultados	106
Ensemble de Programmes Permettant L'analyse des Évocations (EVOOC)	106
Capítulo 6: Resultados	108
Representación Social de Salud para ingresantes de carreras de Ciencias de la Salud de la UM	109
Representación Social de Enfermedad para ingresantes de carreras de Ciencias de la Salud de la UM	112
Representación Social de Salud para egresantes de carreras de Ciencias de la Salud de la UM	116
Representación Social de Enfermedad para egresantes de carreras de Ciencias de la Salud de la UM	120
Capítulo 7: Discusión	123
Conclusiones	137

Referencias	145
Anexos	160

INTRODUCCIÓN

Los avances en el desarrollo científico, disciplinar y profesional suelen darse cuando, saturadas las perspectivas, devienen nuevos conceptos que atiendan a las nuevas realidades. Una realidad compleja requiere de conceptos que habiliten la comprensión de la complejidad. La importancia de estudiar cómo las diversas ciencias abordan la salud y la enfermedad, ofrece líneas de acción disciplinares para cada práctica profesional y es, entre otros asuntos, lo que daría a esta tesis sentido.

En la revisión bibliográfica de la salud y la enfermedad son escasos los estudios que analizan los conceptos desde el estudio de las representaciones sociales. Generalmente el desarrollo de los mismos sigue la trayectoria histórica de su definición a partir del contexto sociocultural y legal, reconociéndose una laguna en relación al estudio del pensamiento de sentido común de quienes construyen la salud y la enfermedad.

Es parte del objetivo de este trabajo arriesgar la comprensión de cómo los futuros profesionales de la salud ingresan a su formación de grado con la representación de dos conceptos considerados nodales en la construcción de los saberes para los que cada ciencia y disciplina encuentran su quehacer y su razón de hacer. La formación de los estudiantes de las Ciencias de la Salud, recorre diversos espacios en la

construcción de sus conocimientos, además de variados focos de análisis para cada disciplina en su estudio. Esto se expresa en las mallas curriculares, en los contenidos mínimos de las asignaturas, en las prácticas profesionales y en la respuesta de la comunidad al perfil profesional de los egresados, entre otros aspectos.

Cómo piensa la Salud y la Enfermedad el estudiante que ingresa a las carreras de las Ciencias de la Salud y además, cómo transforma sus representaciones acerca de la Salud y de la Enfermedad en el recorrido por su carrera es un foco de interés para el presente trabajo.

Conocer en una población de estudiantes, la Representación Social de Salud y Enfermedad es una herramienta facilitadora para la construcción de los planes de estudios y de los programas de desarrollo para los futuros profesionales, agentes de cambio social y efectores de salud. La confección de planes de estudios, la transferencia de saberes, la elaboración de conocimientos están sostenidos de la comprensión de cómo representan la Salud y Enfermedad, puesto que facilitará el ingreso en la trama relacional como constructores de ciudadanía.

A su vez, como lo viene construyendo la especialización, cada Carrera de las Ciencias de la Salud posee su propio objeto de estudio que podría definirse como una amplificación de una parte, un foco de análisis de la salud humana. Así, lo mental para la Psicología, el movimiento, para la Kinesiología, las partes del cuerpo humano, los

diversos sistemas orgánicos, para la Medicina, lo bucodentomaxilar para la Odontología, se convierten en el objeto de estudio de cada Ciencia que comprende los saberes sobre la salud y la enfermedad sujetos a los paradigmas y enfoques que privilegie.

En el primer capítulo se realizará un recorrido por las diversas concepciones acerca de la salud y la enfermedad, valorando las propuestas clásicas sobre las mismas e incluyendo nociones de Psicología de la Salud y Salud Pública con sus principales referentes, entre los que se privilegian Saforcada (2012) y Morales Calatayud (1997, 2012, 2015).

La importancia del estudio las representaciones sociales como construcciones que entran nuevas búsquedas de conocimiento, de formación y de práctica profesional es el interrogante que encaminará el capítulo segundo de este trabajo, donde se exponen las teorías en torno a la propuesta de Moscovici (1979) con las versiones utilizadas en las últimas investigaciones.

Posteriormente, se muestran las investigaciones actuales de Salud y Enfermedad y Representaciones Sociales relacionadas con variables de la población estudiada.

La metodología de la investigación de esta tesis se desarrollará en el capítulo cinco, atendiendo a los desarrollos teóricos y prácticos de

las Representaciones Sociales, en la propuesta de asociación de palabras (Verges, 1999; Wagner, 1999 en Barreiro, 2014).

Los últimos capítulos desarrollarán los resultados obtenidos, aportando algunas discusiones en torno a los datos que emergen de las evaluaciones y los estudios relacionados con el presente trabajo.

Las conclusiones generan propuestas para el desarrollo de la formación académica y la continuidad de investigaciones en la temática elegida.

CAPÍTULO 1

ACERCA DE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD

Los conceptos de Salud y Enfermedad

Transitar las definiciones de Salud y Enfermedad a los fines del presente trabajo supone incluir variables sociales, políticas, históricas, culturales y científicas que se entranan entre sí y reflejan la necesidad de comprenderlas desde su complejidad.

En el año 1946, en el preámbulo de Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), expresa que “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Dicha valoración acerca de la salud, reconoce las condiciones biológicas, psicológicas y sociales como determinantes y/o condicionantes en los mismos niveles jerárquicos, generando una comprensión de mayor complejidad en relación a las propuestas elaboradas hasta el momento.

No obstante, las críticas respecto a esta última definición (Morales Calatayud, 1997; Alcántara, 2008) enfatizan que el concepto de salud y bienestar no resultan operativos debido a que no hay un consenso

respecto a su significación, lo cual implica que no se incluyen las variables históricas, sociales y culturales que atraviesan los conceptos, desestimando las diferencias que se pueden dar entre las poblaciones respecto a lo que pudieran considerar saludable. Además, dificulta el establecimiento de parámetros para su investigación al no establecer un criterio que resulte universal.

Desde un análisis histórico, las investigaciones (Canguilhem, 1966; Morales Calatayud, 1977; Revel Chion, 2011) proponen tres concepciones que han guiado las definiciones respecto a salud y enfermedad. De este modo, en el año 1880 prevalece una visión de la enfermedad asociada a la gracia divina y a entidades con existencia independiente capaces de provocar un mal, atribuyendo la pérdida de la salud a razones de naturaleza mágica. Esta concepción, denominada ontológica (Canguilhem, 1966), establece una relación con una causa única y externa.

En el año 1990, comienza a definirse la salud como la ausencia de enfermedad, dando lugar al modelo biológico generado por los avances producidos en las ciencias naturales. Por lo tanto, se profundizó en el estudio del cuerpo, su anatomía, su fisiología y la caracterización de la enfermedad, determinando que esta última está asociada a la presencia de una lesión. Dicho modelo, no considera los múltiples

factores asociados a la enfermedad, particularmente su carácter socio-cultural.

La tercera concepción, denominada social, propone la comprensión de la enfermedad no solo como un hecho fisiológico, sino dentro del sistema social con un rol definido en relación a la situación del enfermo; así como el concepto de salud es reconocido como el bienestar social, incorporado a la noción general de calidad de vida (Canguilhem, 1966). Esta última afirmación denota la ruptura del modelo biológico que establece una dicotomía entre lo mental (psíquico), lo físico y lo social, para dar lugar a una concepción integral de la persona en relación con su contexto.

En este sentido, la definición de la OMS mencionada anteriormente refleja el reconocimiento de los aspectos sociales de la salud y, consecuentemente, la posibilidad de pensar el campo de la salud como un espacio de intervención en donde se requiere el abordaje desde diferentes disciplinas, integrando los conocimientos de las ciencias sociales a los saberes médicos que han tenido hegemonía en etapas anteriores.

Además, esta perspectiva establece una nueva concepción de la relación entre salud y enfermedad, considerando que representan dos términos que forman parte de un binomio y “apostados en los extremos del proceso salud-enfermedad, asemejando dos áreas entrelazadas que

se tocan y se diferencian al mismo tiempo” (Alcántara, 2008). Es decir, no existe un límite preciso entre la salud y enfermedad, debiéndose establecer la calificación de “sanos” o “enfermos” exclusivamente a los fines de construir criterios prácticos tal como calcular la tasa de morbilidad.

La primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, reunida el día 21 de noviembre de 1986, emite la carta de Ottawa que propone dar respuesta a la demanda de una nueva concepción de salud pública en el mundo enfatizando la importancia de la promoción de la salud (OPS / OMS, 1996).

En este sentido, la promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente.

La salud se explica como un concepto positivo que enfatiza en los recursos sociales, personales y las aptitudes físicas. Asimismo, se proponen como prerrequisito para alcanzar la salud: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad (OPS / OMS, 1996).

Desde la propuesta de la promoción de la salud, pensar la salud requiere medidas políticas de intervención y la acción coordinada de todos los actores involucrados, los gobiernos, los sectores sanitarios y otros sectores sociales y económicos, las organizaciones benéficas, las autoridades locales, la industria y los medios de comunicación. Además, propone la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud.

El Paradigma de la Complejidad se visualiza en el siglo XIX y XX, influyendo y posibilitando nuevas concepciones frente al pensamiento científico dominado por la medición y exactitud como conceptos principales en acción e investigación respecto a salud-enfermedad. De este modo, se diferencian dos posicionamientos respecto a la causalidad de los conceptos mencionados: por un lado el paradigma denominado de las “Ciencias Clásicas”, expresado en la causalidad lineal (modelo unicausal o multicausal), enfatizando en lo individual y donde rigen leyes estadísticas; y por otro “el paradigma holístico de la Complejidad”, cuyo objeto de estudio es la población entendida como un todo indivisible, en el que actúa una causalidad no lineal y basado en la indagación a partir de las Ciencias Sociales (Sotolengo, 2009).

El modelo de causalidad lineal mencionado anteriormente, se expande a partir de las investigaciones de enfermedades no transmisibles

que se desarrollan mediante métodos analíticos que focalizan en el estudio de las partes separadas de la totalidad. Como resultado, se pretende reconocer los factores de riesgo involucrados, estableciendo causas únicas y efectos únicos (monocausal) y/o causas múltiples con efectos múltiples (multicausal) a dichas enfermedades. Dicho modelo propone una perspectiva individual, debido a que no incorpora al ambiente y otras causas en el estudio.

El paradigma de la Complejidad, sin embargo, propone la participación de los factores sociales en conjunto con los factores biológicos y el replanteo de la causalidad y el riesgo en el estudio de salud global, proponiendo una visión "holística".

Además, este paradigma cuestiona que puedan determinarse las mismas causas y factores de riesgo para los individuos y las poblaciones. Por lo tanto, reconoce que en el espacio de lo "micro" funcionan las leyes de lo biológico e individual y sus características pueden ser estudiadas mediante métodos y técnicas estadísticas, mientras que sus cualidades han de ser indagadas utilizando métodos y técnicas cualitativas. En el espacio de lo "macro social" y el estudio de los procesos sociales, deben utilizarse métodos y técnicas de indagación propuestas por las ciencias sociales que reconocen los fenómenos en su totalidad sin dejar de visualizar las partes que lo componen.

Articular las causas en ambas dimensiones significa trascender; transitar de lo "micro" a lo "macro social" sin ignorar las regularidades que operan en cada uno de esos espacios. En este sentido, y desde diferentes perspectivas y posiciones epistemológicas, se han realizado propuestas a través del estudio de los determinantes de la salud entendiéndolos, en la comunidad, como las causas que orientan el proceso de salud-enfermedad (Sotolengo, 2009).

Basándose en el paradigma de la Complejidad, Morales Calatayud (1997), entiende que la salud y la enfermedad constituyen un proceso multicausal, y destaca que la persona es una unidad, por lo cual no puede establecerse la dicotomía cuerpo-mente. Por lo tanto, deben establecerse acciones destinadas al individuo, a las familias, los grupos, comunidades y la sociedad, tendientes a la atención, promoción y prevención en salud y enfermedad.

Se destacan en particular las investigaciones sobre representaciones sociales de Salud y Enfermedad de Morales Calatayud (1997) y su puesta en común con el desarrollo del paradigma de la Complejidad. En sus estudios acerca de las representaciones sociales, la salud y la enfermedad son entendidas a partir las limitaciones, impedimentos y dolencias físicas que provoca en la persona; siendo principalmente la salud representada en la ausencia de la enfermedad. Esta definición, que es producto del conocimiento de sentido común de

las personas, expresa también la valoración que tiene el cuerpo ligado a la actividad económica y familiar que se espera de ellas (Morales Calatayud, 1997).

La salud también es considerada en relación a una población, definiéndola como “el conjunto de problemas de salud identificados, explicados y jerarquizados, que son la consecuencia de las condiciones económicas, sociales, políticas y culturales de la población” (Castellanos, 1998; Alcántara, 2008). Desde esta construcción, se propone valorar la salud basándose en estudios comparativos en diferentes comunidades y tres parámetros a evaluar: estilo de vida (nivel individual, que corresponde a aspectos biológicos y hábitos o costumbres aprendidas, mediante la cual las personas toman decisiones); condiciones de vida (prácticas de los grupos sociales en las que se incluyen los estilos de vida); y el modo de vida (el medio natural, económico, el régimen político, historia y cultura) (Castellanos, 1998).

Continuando con la comprensión de la salud y enfermedad como un proceso y considerando la propuesta de la salud en la población, para Avila Agüero (2009) existen determinantes o factores “biológicos, hereditarios, personales, familiares, sociales, ambientales, alimenticios, económicos, laborales, culturales, de valores, educativos, sanitarios y religiosos” que influyen sobre la salud y, por tanto, deben incluirse en su conceptualización. Por lo tanto se podría denominar determinantes de la

salud al “conjunto de elementos condicionantes de la salud y de la enfermedad en individuos, grupos y colectividades”, entre los que destaca el estilo de vida, el ambiente (biológico y social) y la organización de los servicios de salud (Avila Agüero, 2009).

La propuesta acerca de los determinantes de la salud supone que el reconocimiento de los mismos y su posibilidad de modificación e interacción entre sí, configuran los aspectos desde los cuales se deben establecer las políticas de salud en la población.

En este último sentido se presenta las investigaciones relacionadas con Salud Pública, donde Saforcada (2012) propone la existencia de dos paradigmas que conceptualizan la salud, la enfermedad y sus determinantes. Por un lado, el paradigma tradicional que se fundamenta en el modelo causal lineal desarrollado a partir de la enfermedad infecciosa y epidémica. Dicha noción resalta la acción de los agentes biológicos sobre un huésped en un ambiente en el que se destacan sus elementos físicos, y por tanto, presenta una matriz biológica. Por lo que en relación a políticas sanitarias, desde el modelo se proponen acciones centradas en la clínica, lo individual y mayormente en la prevención secundaria; y en cuanto a lo primario, se limita al uso de las tecnologías biológicas y algunas acciones que enfocan en el comportamiento humano pero solo ante el riesgo de epidemias (Saforcada, 2012).

A partir de las restricciones del modelo propuesto, y del contacto de los profesionales con las comunidades, es que se desarrollan un conjunto de concepciones y prácticas que se traducen en una actitud de apertura hacia la construcción compartida de conocimientos que se denomina paradigma de salud colectiva. “El eje teórico-técnico de este paradigma está integrado por la gestión de salud positiva que debe a su vez integrarse con una epidemiología positiva” (Saforcada, 2012).

Por lo tanto, para el análisis de los conceptos de Salud y Enfermedad el paradigma de Salud Colectiva propone una perspectiva integradora y ecológica, que entiende a la persona como participante activo en el proceso de salud enfermedad y busca intervenir en la sociedad para desarrollar espacios de salud y limitar riesgos.

De Lellis (2009) sostiene que desde la complejidad la salud es entendida como una situación relativa que involucra lo físico, psíquico social y ambiental, y a su vez depende de la acción permanente y recíproca entre la persona y su ambiente psico-cultural y económico político. Esto permite pensar que el proceso salud y enfermedad debe ser comprendido y abordado desde distintos niveles de análisis y con una visión crítica.

Tanto el paradigma tradicional como el de salud colectiva presentan dos componentes: el equipo de profesionales que intervienen en salud y la comunidad. En el primer paradigma, las principales

intervenciones son realizadas por médicos, enfermeros y en algunos casos psicólogos integrados desde la formación clínica; presentándose a la comunidad como colaboradores. En el de Salud Colectiva, el equipo necesariamente es multidisciplinar y colaborador; mientras que la acción de la comunidad es primordial, participando activamente en la toma de decisiones. Entre ambos paradigmas existe una marcada diferencia respecto al componente principal en la intervención.

Si bien desde las propuestas del paradigma de la complejidad ha podido consensuarse acerca de la necesidad de dar a tales problemáticas una respuesta integral, compleja y centrada en la dimensión histórico-social, la orientación hegemónica, tradicional, en la formación de los recursos humanos y la práctica de los servicios sanitarios continúa siendo individualista, fragmentada, reduccionista y apartada de lo social (De Lellis, 2011).

Como consecuencia de la primacía del enfoque tradicional, entonces, los programas asistenciales se organizan según una lógica sectorial en las que prima la focalización de los destinatarios y la fragmentación de las acciones, lo cual se expresa directamente en la dificultad de coordinar objetivos, recursos y acciones entre áreas técnicas que responden a distintas dependencias del propio aparato del Estado. Esta fragmentación reproduce una lógica segmentada que dificulta la articulación de las prácticas que los profesionales desempeñan en cada

una de las instituciones comprendidas en dichos programas y refuerza algunas limitaciones propias de las políticas públicas, entre las cuales cabe señalar la concepción acerca de los usuarios como receptores pasivos de la asistencia dispensada.

Comprendiendo entonces que el foco de análisis se desliza a la población como componente principal y activo en los programas y políticas de salud, es necesario que puedan construirse los conocimientos básicos de protección y promoción de salud, y prevención de la enfermedad para que puedan tener el poder de tomar decisiones.

En la misma dirección, para el caso de la psicología, el modelo médico tradicional está representado en la psicología clínica con un paradigma individual restrictivo y muchas veces reduccionista; mientras que el paradigma social expansivo debiera ser la base de una psicología orientada a la salud (Saforcada, 2010).

El paradigma de Salud Colectiva, como se expresó anteriormente, surge de las propias comunidades, especialmente aquellas de pobreza estructural, y de los profesionales que establecen estrategias de acción a partir de las demandas de la población. Saforcada (2012) considera que la inclusión de la Psicología en esta labor se debe al trabajo realizado en las comunidades por profesionales alejados del modelo médico clínico, que basan sus intervenciones en la comprensión, la escucha y la visión

de los procesos de la vida en forma mas o menos natural, entramados en los saberes populares.

Salud y Enfermedad desde la perspectiva de los profesionales de la salud

Se presenta un recorrido de las perspectivas acerca de la salud y la enfermedad en relación a las carreras estudiadas para dar a conocer los enfoques sobre la salud como objeto de estudio y prácticas. Se comprende, además, que en los resultados de la investigación se tomarán en cuenta las representaciones sociales de toda la población estudiada sin distinción de carreras, pudiendo ser esta diferenciación entre grupos objeto de futuros estudios.

Historia y concepto de la salud y la enfermedad en la Psicología de la Salud

La Psicología de la Salud se reconoce como un campo de acción que surge alrededor del año 1970, a partir del cuestionamiento acerca de la función de la Psicología en relación a la salud y enfermedad.

Hasta la época mencionada, la Psicología se había orientado en la teoría y práctica a las enfermedades mentales, principalmente a través del ámbito clínico. De acuerdo a Morales Calatayud (2012), el surgimiento de la disciplina se asocia a la insatisfacción de los psicólogos respecto al

pensamiento y la práctica de la psicología clínica, principalmente por la reducción de su campo de aplicación. A esta apreciación se agrega las características del objeto de estudio, complejo, que presenta imágenes diferentes de acuerdo a la epistemología del observador.

En las primeras décadas del siglo XX, se inicia el trabajo de campo de los psicólogos en los servicios de salud públicos y sobre todo, en los privados. La Segunda Guerra Mundial produjo aumento de padecimientos psíquicos, poniendo de manifiesto el valor de la Psicología como disciplina que aporta información y contribuye al diagnóstico de los mismos (Morales Calatayud, 2012). Este contexto también favoreció el desarrollo de la carrera de Psicología en Universidades independientes, principalmente en países latinoamericanos, debido a que anteriormente se vinculaba a Facultades de Filosofía, Ciencias Sociales y Pedagogía.

En Latinoamérica se pueden identificar ejemplos respecto a la necesidad creciente por parte de los profesionales de integrarse en el campo de la salud, principalmente desde la promoción y prevención. En este sentido, Morales Calatayud (2012) refiere el surgimiento de la Psicología Sanitaria en Argentina, hacia 1971, representado por Saforcada, y de la Psicología de la Salud, hacia 1969, en Cuba, cuando se creó el Grupo Nacional de Psicología en el Ministerio de Salud Pública que estableció un amplio plan de trabajo de psicología integrado a los programas priorizados de los centros de atención primaria.

En Argentina, surgen los primeros cuestionamientos acerca de la intervención en salud en el Centro de Investigaciones en Psicología Social de la Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad Nacional de Córdoba en el año 1969. Luego, se fue enriqueciendo con la evolución del pensamiento e investigaciones psicosalubrista que se desarrollaron en la región del Mercosur y el trabajo en las diferentes comunidades. “Tal vez, el trabajo con las comunidades de nuestros países ha dotado a nuestra psicología regional del fermento necesario para aportar a este paradigma de Salud Comunitaria que es más eficaz, más integral y más humano” (Saforcada, 2012)

Otros aspectos que han influido en el desarrollo de la disciplina son las modificaciones respecto a los conceptos de salud/enfermedad y sus determinantes, considerándose actualmente la complejidad de dicho fenómeno para su definición; las modificaciones en el estado de salud de las poblaciones, que evidenciaron el impacto del modo, el estilo de vida y los factores psicosociales en el riesgo para desarrollar y controlar enfermedades crónicas, así como en la salud reproductiva, materno-infantil y de grupos relevantes como estudiantes y trabajadores (Morales Calatayud, 2012); y los movimientos relacionados con la importancia de la promoción de la salud y la participación comunitaria a través de la Atención Primaria de la Salud.

A partir de este desarrollo, se considera entonces que la Psicología de la Salud es la disciplina de la Psicología que se dedica al estudio de los componentes subjetivos y de comportamiento del proceso salud-enfermedad y de la atención de la salud. A la Psicología de la Salud le interesa el estudio de los procesos psicológicos que participan en la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermar, en la condición de enfermedad y en la recuperación, así como las circunstancias interpersonales que se ponen de manifiesto en la prestación de los servicios de salud, lo que se expresa en un amplio modelo de actividad que incluye acciones para la promoción de salud, la prevención de las enfermedades, la atención de los enfermos y personas con secuelas, y para la adecuación de los servicios de salud a las necesidades de quienes los reciben (Morales Calatayud, 1999).

Desarrollo actual de la Psicología de la Salud

El campo de la salud está estrechamente vinculado con la Psicología como ciencia, disciplina y profesión. No se reduce al estudio, atención y prevención de la salud mental, sino que atiende a un proceso de interrelación entre diferentes planos que resultan fundamentales para el desarrollo de la Psicología de la Salud.

Se insiste entonces, en que la salud es entendida como una unidad que comprende un componente subjetivo y de comportamiento, y componentes biológicos y sociales (Morales Calatayud, 2015). Respecto a

lo subjetivo se destaca que la persona es un protagonista activo en el proceso salud/enfermedad, en oposición a la visión médica tradicional. Desde el punto de vista social, las concepciones acerca del sentido de la salud/enfermedad se construyen en la relación con otras personas con quienes se desarrollan hábitos, redes de apoyo, se expresan necesidades y se configura el entramado emocional.

Desde el paradigma de la salud, la psicología debe basarse en el reconocimiento de la integralidad (biológica, psicológica, social, cultural y espiritual) del ser humano, y abordar nuevos estudios que permitan la comprensión de la salud/enfermedad en la familia, en la comunidad, en las instituciones y sociedad para su construcción y recuperación.

El rol de los psicólogos en la construcción de conocimientos acerca de la salud y la enfermedad se enmarca principalmente en el trabajo en la comunidad para reunir sus conocimientos y con los demás profesionales de las ciencias sociales para fortalecer la población mediante la promoción y prevención. “Es nuestra obligación empeñar esfuerzos ayudando a nuestros colegas médicos a que puedan lograr procesos exitosos de inmersión en las comunidades que les permitan cambiar su paradigma de modo tal que también ellos puedan participar en los procesos de co-construcción de la salud comunitaria, transformándose en médicos sociales” (Saforcada, 2012, p. 83).

Historia y concepto de la salud y la enfermedad en Kinesiología

Para comprender la concepción actual de la salud y enfermedad en la Kinesiología se considera la definición de la misma como “la disciplina de la salud, arte y ciencia ejercida por los kinesiólogos que intervienen en la evaluación, prevención, conservación, tratamiento y recuperación de las capacidades físicas de las personas aplicando la kinesioterapia, kinefilaxia y fisioterapia” (Ley 24317 sancionada en 1994). A su vez, la fisioterapia es la ciencia de la salud que se ocupa de proporcionar servicios a individuos o poblaciones para mejorar, mantener y restaurar el movimiento y la funcionalidad como respuesta a diferentes factores que puedan comprometer la integridad del ser humano como lo son patologías, la edad, factores ambientales y desórdenes (Confederación Mundial de Fisioterapia -WCTP-).

Por lo expuesto, el concepto principal para el ejercicio profesional es la salud desarrollada en actividades que comprenden la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Además, la valoración de las intervenciones se realiza considerando la construcción de la salud como un derecho fundamental que forma parte de las políticas sociales y sanitarias, y que se concreta a partir de lo que se denomina como “Atención Primaria de la Salud (APS)”.

La APS es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad (Declaración de Alma-Ata, aprobada por la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata de 1978 convocada por la OMS).

El objeto de estudio e intervención de la kinesiología y la fisioterapia es el cuerpo y el movimiento corporal, y las bases de su construcción como ciencia se reconocen en la filosofía, la historia, la sociología, la física, la anatomía, la fisiología y la cibernética. En este sentido, un breve análisis histórico acerca de ambos conceptos permite acercarnos al pensamiento acerca de la salud y enfermedad desde dichas disciplinas.

Un primer recorrido muestra similitud con las propuestas mencionadas en el inicio de este capítulo acerca de la visión médica, biologicista, representada en la disociación mente y cuerpo. La imagen del cuerpo humano, entonces, es equiparada a una máquina que puede

analizarse por partes, a partir de su biología molecular y celular, cuyo funcionamiento defectuoso produciría la enfermedad. A su vez, el estudio del movimiento corporal humano, constituye “el conjunto de contracciones musculares producidas por sistemas corporales que evidencian el desplazamiento de segmentos a nivel espacial” (García Puello, 2013, p.66).

Esta visión reduccionista, se contrapone a las propuestas actuales que enfatizan una visión holística del cuerpo, basándose en paradigmas de multicausalidad y complejidad. Por lo tanto, el movimiento corporal humano se concibe como un proceso continuo, que incorpora los aspectos físico-patológicos, sociales y psicológicos del ser humano en movimiento y que se desarrolla desde un nivel microscópico (molecular) hasta un nivel macroscópico (medio ambiente). El ambiente social influye a través de la diversidad de normas y de roles culturales en la motivación, frecuencia y calidad del movimiento (García Puello, 2013).

Una de las bases teóricas del movimiento continuo es el modelo ecológico propuesto por Bronfenbrenner, el cual “ofrece una perspectiva teórica para la investigación del desarrollo humano que plantea una nueva concepción de la persona en desarrollo y del ambiente que la rodea, pero especialmente de la interacción entre ambos. Es por esto que define el desarrollo como un cambio perdurable en el modo en que una persona percibe su ambiente y se relaciona con él” (García Puello, 2013).

Por otro lado, la perspectiva teórica valora el movimiento corporal humano desde el concepto de complejidad, considerándolo como un sistema con relación a niveles, subsistemas y componentes que establecen múltiples relaciones entre sí.

“Con base en estas características, el movimiento humano dejaría de existir como la sumatoria de las áreas físicas, motoras, orgánicas, funcionales y cognitivas, y más bien se centraría en la lectura de un entretreído entre lo objetivo y lo subjetivo” (García Puello, 2013, p. 66).

Actualmente, se propone establecer un paradigma que integre la visión antropológica, energética, sociológica y ontológica en la concepción del cuerpo y el movimiento corporal.

De acuerdo a lo mencionado, el kinesiólogo desarrolla su tarea integrando un equipo de salud, capaz de analizar los movimientos a nivel biológico, biomecánico, fisiopatológico, psicológico y social y mantener una visión del hombre como un ser bio-psico-social, histórico único e irrepetible (Cárdenas, 2014).

Historia y concepto de salud y enfermedad en la Odontología

La Odontología como ciencia aborda el diagnóstico y tratamiento de la salud y enfermedad bucodental. La salud bucal es reconocida como parte integrante y esencial de la salud general, y como determinante de la

calidad de vida y el bienestar de los individuos. La misma comprende la salud de todas aquellas estructuras que componen el sistema craneofacial: los dientes, tejidos de sostén, tejidos blandos bucales, lengua y faringe (Franco, 2004).

En este sentido, y en consonancia con las disciplinas de la salud estudiadas, el abordaje propuesto por los especialistas es interdisciplinario, la creación de políticas públicas de promoción de salud y prevención de enfermedades en relación a factores de riesgo y abordaje integral de las personas.

A su vez, los objetivos del profesional odontólogo/a deben estar orientados hacia la conservación de la salud bucodental, mejor calidad de vida y basándose en principios de integridad y dignidad de la persona. Para ello se necesita acciones sanitarias de promoción (a través de la educación), prevención primaria (controles y exámenes periódicos) y secundaria para impedir la extensión de la enfermedad e indicar el tratamiento adecuado, recuperación (proceso funcional para que el enfermo recobre la actividad del órgano afectado) y rehabilitación que permite recobrar la actividad funcional de la persona afectada (Deangelillo, 2006).

Respecto a la enfermedad bucal, se asocia con efectos económicos negativos, limitación en actividades, impedimento de la comunicación, trastornos en el sueño e influye en la estabilidad

psicológica. Las enfermedades bucales sin tratamiento son progresivas y acumulativas, y tienen un claro efecto sobre el estado de salud general de la población, que se hace visible a largo plazo en aquellas sociedades que no tienen planes de acción específicos, integrales y continuos (Franco, 2004).

Salud y Enfermedad en la formación de los profesionales de la salud

El tránsito por la carrera universitaria se considera un proceso de desarrollo desde lo cognitivo, emocional y relacional que posibilitará la construcción de nuevas significaciones respecto a la salud y la enfermedad como objeto de práctica profesional.

Asumiendo el valor de los aportes de la Psicología de la Salud, se espera que el desarrollo en la formación universitaria permita comprender que la comunidad es el contexto en el cual se construyen sus prácticas, y por tanto los desarrollos teóricos y las decisiones respecto a aquello sobre lo que es necesario intervenir debe ser escuchado e interrogado en la misma.

Además, es fundamental que la noción de interdisciplinariedad constituya el eje en el momento de pensar las prácticas, reconociendo el paradigma de la complejidad.

Desde un enfoque prospectivo, las disciplinas deben comprender, e integrar en su quehacer, la participación en políticas públicas orientadas a la promoción de la salud, atención primaria de la misma, inclusión social, elaboración de programas y espacios de trabajo que permitan el acceso de las comunidades a la salud y ser un puente entre la comunidad y la legislación que enriquece las prácticas profesionales.

Para la OMS, los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.

Los determinantes sociales de la salud se consideran como factores a considerar en la evaluación de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables que se observan a nivel mundial. En respuesta a esta situación, la OMS establece en el año 2005 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud que ofrece asesoramiento ante tales situaciones y propone para disminuirlas: mejorar las condiciones de vida cotidianas, luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, y diagnóstico del problema.

En la formación actual de los estudiantes de carreras de Ciencias de la Salud se encuentran contenidos los determinantes en diversos

programas de cada asignatura. Sin embargo, la exclusiva presencia de los contenidos no garantiza la asunción del paradigma que incluya las propuestas en el saber hacer de la práctica profesional; lo cual implica sostener una atención académica sobre dicho aspecto para fortalecer la formación de los futuros profesionales de la salud.

La formación profesional desde la propuesta universitaria

La institución en la que se efectúa el trabajo de campo, aporta información respecto a la formación de los profesionales de las Ciencias de la Salud al ofrecer como muestra los estudiantes ingresantes y egresantes de las Carreras de Medicina, Kinesiología, Psicología y Odontología que integran la investigación, por cuanto en lo que sigue se presentará la propuesta de formación que la universidad presenta en su página.

En la formación de los estudiantes de Medicina propone una carrera de 5 años de cursado, con un ciclo básico y un ciclo clínico, con el objetivo de formar médicos generalistas, con profundo sentido ético, capaces de comprender al ser humano de manera integral, reconociendo a la vida y a la dignidad humana como valores supremos. Asimismo, preparar profesionales capaces de involucrarse en la defensa activa de los mismos, reconociendo a la salud como un derecho y su tarea como un servicio en el camino para la construcción de la ciudadanía.

La concepción acerca de la salud- enfermedad se visualizan en las expectativas respecto al egresado, de quien se espera que efectúe “acciones curativas y aplique las medidas necesarias para el fomento de la salud y la prevención de las enfermedades, apoyándose en el análisis de los determinantes socioeconómicos, ambientales y del estilo de vida”. Además, integra la concepción acerca de, cuidado de la salud física y mental de los pacientes proponiendo “examinar y atender los aspectos efectivos, emocionales y conductuales de los pacientes bajo su cuidado, como parte integral de su práctica profesional”.

En la formación de los odontólogos, la institución propone como eje la salud bucal y general del paciente, y la concientización respecto a que “la asistencia al enfermo no sólo requiere de conocimiento científico y del dominio de la técnica, sino también del manejo adecuado de los aspectos humanitarios y de los componentes sociales del proceso salud – enfermedad”.

Además, el profesional intervendrá la rehabilitación de los problemas bucales, situaciones asistenciales comunes o reversibles y realización de interconsultas ante situaciones complejas o de alto riesgo.

Los estudiantes de kinesiología desarrollarán “capacidades específicamente destinadas a la atención de la salud física y a las necesidades espirituales primarias que conlleva una rehabilitación”, entendiendo que su formación está enmarcada en el sistema de salud.

El programa de la carrera de Psicología está orientado principalmente por la formación en neurociencias y la integración de Modelos Teóricos y visualiza la salud mental en interacción con el medio social y comunitario. Por lo tanto, entre sus objetivos menciona “estudiar, orientar y asesorar sobre motivaciones y actitudes en el medio social, comunitario y en los conflictos interpersonales, grupales y sociales; profundizar en el estudio de patologías de base social; orientar tareas de inserción social de individuos con capacidades especiales; comprender las nuevas situaciones psicológicas y sociales para orientar los cambios personales, grupales e institucionales; integrarse a equipos interdisciplinarios y realizar el diagnóstico, pronóstico y seguimiento psicológico de personas y núcleos sociales e institucionales.

La formación profesional de los Psicólogos/as como disciplina orientada a la Salud.

Las propuestas actuales de formación en el campo universitario pretenden ampliar la visión de la Psicología como Ciencia, Disciplina y Profesión, a través de la reflexión y la observación desde una perspectiva ecológica.

Estas nuevas narrativas surgen de la comprensión que existe actualmente sobre las neurociencia, el desarrollo de las ciencias y prácticas interdisciplinarias, la importancia de la psicología en el ámbito de

la salud, el derecho, la comunicación y la política, dan cuenta de la necesidad de favorecer perspectivas que consideren la complejidad.

Uno de los principales cuestionamientos que ha surgido en el ámbito académico es el interés prioritario por la formación clínica en relación a otros ámbitos como el comunitario y laboral; lo cual hace que en la práctica el área de incumbencia de dichos campos no están claramente identificadas y mucho menos privilegiadas. En este sentido, las investigaciones destinadas a estudiar el desarrollo del conocimiento profesional del psicólogo, destacan la importancia de la formación de grado en cuanto al posicionamiento profesional y las transformaciones del saber en el proceso de socialización de los conocimientos en los ámbitos profesionales (Compagnucci, E. y Cardós, P., 2007).

Por su parte, Gallegos (2007) evalúa los indicadores curriculares en la formación académica del psicólogo en Argentina y destaca que la misma no es ajena a los avatares sociales, políticos, económicos, institucionales y científicos de la propia disciplina y el país.

Asimismo, analiza que la mayoría de los diseños curriculares de psicología en el país han estado influenciados por las recomendaciones y orientaciones derivadas de la Primera Conferencia Latinoamericana sobre Entrenamiento en Psicología realizada en Colombia en 1974, siendo una réplica del encuentro realizado en EEUU en el año 1949. Entre algunas sugerencias se destacan la valoración de la psicología como ciencia y

profesión y señala que debe orientarse la formación para que abarque todas las áreas y competencias de actuación profesional; tendrán que ser carreras no inferiores a cinco años; se podrá prever tesis y prácticas supervisadas, se considerará la importancia de la investigación y se elaborarán leyes y normativas profesionales (Gallegos, 2007, p.89).

En relación a los indicadores curriculares observados en la investigación, Gallegos (2007) indica que existe una reducida participación de los alumnos en espacios que involucran el ejercicio profesional y escasa reflexión de quienes participan, perdiéndose el enriquecimiento que pueden aportar. A su vez, los egresados perciben temores en relación a su desenvolvimiento profesional debido a la falta de herramientas adquiridas en la formación académica. Por otro lado, menciona que “la psicología en Argentina se ha desarrollado más como profesión que como ciencia, es decir, ha predominado el sesgo de la práctica por sobre el de la investigación y la producción de conocimientos. La mayoría de la producción es de corte cualitativo (al modo ensayístico y estudios de casos), aunque se han conservado ciertos espacios institucionales por fuera de las carreras en psicología experimental” (Gallegos, 2007, p. 89).

Reconociendo la problemática mencionada, Piñeda (2012) presenta, a través del caso de Eva Mikusinski, las modificaciones que se presentan en la formación del psicólogo en la Universidad de San Luis.

En este sentido, refiere que en las tres décadas iniciales de la formación de psicólogos (1956 y 1982), en la Universidad Nacional de Cuyo / San Luis predomina una política respecto a la formación de los recursos humanos, la investigación y publicación, que permite desarrollar un perfil profesional diferente al mencionado. Además, expresa que dicha Universidad se mantuvo abierta a diferentes modelos psicológicos y promueve investigaciones que se publican en medios internacionales.

En el trabajo realizado, la autora menciona como principales dificultades en el proceso de formación de psicólogos la predominancia del enfoque clínico, la hegemonía psicoanalítica, las dificultades para construir socialmente un rol de psicólogo diferenciado del médico psiquiatra y la escasa investigación psicológica en el ámbito científico en relación a las demandas contextuales. Paralelamente a estas dificultades, se desarrollaron grupos de trabajo que pudieron reconocer la importancia de entender a la Psicología como una ciencia del comportamiento, y el rol del psicólogo como un investigador, científico y académico que puede producir prácticas en otros ámbitos (Piñeda, 2012).

En el año 1991 se crea la Asociación de Unidades Académicas en Psicología (AUAPsi), con el objetivo de favorecer la comunicación entre las unidades académicas de Psicología del país y mejorar la formación de grado y posgrado, la investigación y la extensión universitaria. Esta institución se propone establecer acuerdos en relación al perfil

profesional, en relación a las necesidades del contexto y los desarrollos actuales de la Psicología a nivel mundial.

Actualmente, la formación del Psicólogo requiere como contenidos curriculares básicos, la inclusión de la formación en procesos biopsicosociales, los desarrollos de la Psicología en relación a cada ámbito de aplicación, la formación en procesos psicopatológicos, la historia de la Psicología y los métodos de investigación, la evaluación, diagnóstico e intervención en dicha disciplina, la formación complementaria en otras disciplinas y la ética y deontología profesional.

Estas reflexiones han permitido al equipo académico profesional que organizó la Carrera de Psicología en la Universidad actualizar el perfil del profesional Psicólogo/a construyendo una Carrera con las siguientes cualidades: está sujeto a los estándares de calidad que propone la Comisión Nacional de Educación Superior (CONEAU), tiene cinco años de duración; integra líneas de Investigación y de Extensión acordes al perfil profesional que desarrollamos en el plan de estudios y que responde a las necesidades y demandas que se analizan en el contexto de la provincia; presenta en su tramo final (desde el segundo cuatrimestre de cuarto año y todo el quinto año) las Prácticas Profesionales Supervisadas (PPS).

Además, en relación al ámbito de ejercicio profesional, presenta desarrollos de investigación, teóricos y prácticos de la Psicología

Comunitaria (los alumnos inician las prácticas en las comunidades desde el primer año); la Psicología Forense está integrada en modelos de gestión para los programas provinciales; la Psicología Educacional con abordajes integrados en el rol del psicólogo educacional atento a las variables de todo el Sistema educativo, incluso a la gestión colaborativa en conflictos; el Pensamiento Sistémico y la Práctica Sistémica destinada al desarrollo del Abordaje Integral del Paciente Crónico, de Organizaciones (empresas, escuelas, comunidades, etc.) y el Abordaje y Orientación familiar. Además, desarrolla los modelos Clínicos vigentes y actualizados mundialmente: Humanístico Existencial, Psicoanalítico; Cognitivo Conductual, Sistémico Comunicacional; tiene una actividad teórico práctica basada en las variables que se han investigado para la efectividad en Psicoterapia, en una asignatura del último año denominada Principios Prescriptivos de Intervención en la Clínica que asume el debate de la efectividad de las intervenciones en los diversos contextos.

La Carrera de Psicología es parte de la Facultad de Ciencias de la Salud y desarrolla los principios de la neurociencia aplicados a la psicología como ciencia y como disciplina, presentes en la Biología, Neurobiología I y II y la Psicofarmacología. Los estudiantes son orientados en el recorrido de su carrera para desarrollar habilidades y competencias en relación a las incumbencias del perfil profesional mencionado anteriormente y focaliza en un profesional de la Salud capaz

de detectar las necesidades de las personas, los grupos, las organizaciones y las comunidades donde trabaja, abordando las problemáticas en gestiones colaborativas y efectividad presente en acciones transferibles y susceptibles de ser investigadas desde una mirada salutogénica, basada especialmente en la Psicología Positiva.

Legislaciones que enmarcan las prácticas profesionales

En el proceso de formación es importante que los estudiantes se vinculen con la legislación que enmarca sus prácticas profesionales y, a partir de las mismas, construir su ejercicio profesional.

Asimismo, las leyes proponen concepciones acerca de la salud-enfermedad que se integran en las representaciones sociales de quienes ejercen dichas disciplinas y, por tanto, su análisis permitirá conocer si los estudiantes incorporan dicho conocimiento en su formación profesional.

En la legislación vigente relacionada con la salud, se visualiza la importancia de mencionar dos leyes. Por un lado, la 13012 “Proyecto de Código Sanitario y de Asistencia Social creación del Fondo Nacional de Salud y Asistencia Social”, sancionada el 12 de Setiembre de 1947. El objetivo de la misma es efectuar los estudios e investigaciones de carácter sanitario-social, jurídico y estadístico, a efecto de preparar un proyecto de Código Sanitario y de Asistencia Social. Dicho proyecto pretende organizar el gobierno de la salubridad general e higiene pública

de la Nación y proveer a la asistencia de todos sus habitantes, promoviendo la unificación paulatina de la asistencia médica y social y su gratuidad para las clases sociales que no cuentan con los medios adecuados para satisfacer íntegramente la protección de su salud.

A su vez, establece diversas necesidades sanitarias, entre las que se destaca la investigación de los problemas sanitarios y de asistencia social, aplicar medidas preventivas, proveer a la profilaxis y tratamiento de las enfermedades, dirigir y supervigilar las actividades relacionadas con la salubridad y el bienestar médico social del país, intervenir y cooperar en los planes sanitarios que se elaboren para la defensa nacional, promover, organizar y fiscalizar la educación sanitaria de la población y difundir el conocimiento de las medidas de higiene.

Por otro lado, en Diciembre de 1966, se crea la Ley 17102 de “Constitución de los Servicios de atención médica integral para la comunidad” cuyo objetivo es reformar el régimen de constitución, funcionamiento y manejo, vigente en los organismos asistenciales o sanitarios dependientes de la Secretaría de Estado de Salud Pública, con el objeto de propender a su mayor rendimiento, la mejor y más amplia prestación de servicios y al incremento de recursos para el desarrollo de sus programas; todo ello mediante la participación y aporte de entidades oficiales o privadas que promuevan a esos efectos la intervención activa de la comunidad.

La ley propone la creación, en caso de ser necesario, de nuevas entidades que se denominarán genéricamente "Servicios de Atención Médica Integral para la Comunidad" y tendrán por finalidad desarrollar sus actividades según los conceptos actualizados de la acción sanitaria integral, debiendo organizar y realizar funciones de protección, recuperación, rehabilitación, promoción, capacitación, educación e investigación en el campo de la salud.

Ambas normas destacan la importancia de la investigación para conocer las necesidades sanitarias de la población, enfatizando en la asistencia social y el desarrollo de programas para intervenir con estrategias de prevención, profilaxis y tratamiento. Se reconoce en la última legislación la presencia de nuevas concepciones en las intervenciones, tales como acción sanitaria integral y el reconocimiento de la comunidad como ámbito de trabajo profesional.

Recientemente, en el año 2010, se sanciona la ley 26657 "Derecho a la Protección de la Salud Mental" cuyo objetivo es asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional, sin perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que para

la protección de estos derechos puedan establecer las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

En el marco de la ley se reconocen algunos aspectos propuestos por la Psicología de la Salud, al reconocer a la Salud Mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. La ley menciona la modalidad de abordaje a través de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados (incluye las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes). A su vez, destaca que el proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales.

En la legislación se menciona la responsabilidad del equipo interdisciplinario, las condiciones de internación, especificaciones acerca de derivación, las autoridades de aplicación, la creación del Órgano de Revisión y convenios de cooperación con las provincias.

En relación al ejercicio de las profesiones, el 24 de Enero de 1967 se sanciona la ley 17132 de “Ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración” con el objetivo de establecer los lineamientos en relación al ejercicio de las mismas en la Capital Federal y Territorio Nacional de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur. En el año 1990, mediante la ley 23873 se modifican algunos artículos relacionados con la acreditación.

La ley establece lo que considera como ejercicio de la medicina (anunciar, prescribir, indicar o aplicar cualquier procedimiento directo o indirecto de uso en el diagnóstico, pronóstico y/o tratamiento de las enfermedades de las personas o a la recuperación, conservación y preservación de la salud de las mismas; el asesoramiento público o privado y las pericias que practiquen los profesionales) y de la odontología (anunciar, prescribir, indicar o aplicar cualquier procedimiento directo o indirecto destinado al diagnóstico, pronóstico y/o tratamiento de las enfermedades bucodentomaxilares de las personas y/o a la conservación, preservación o recuperación de la salud bucodental; el asesoramiento público o privado y las pericias que practiquen los profesionales).

Asimismo, la ley establece el organismo de fiscalización, condiciones de habilitación profesional, obligaciones, derechos, sanciones y prescripciones. El ejercicio de la medicina se autorizará a médicos,

médicos cirujanos o doctores en medicina, previa obtención de la matrícula correspondiente.

En el año 1994, se sanciona la ley 24317 de “Ejercicio de la profesión de kinesiología y fisioterapia”, con el objetivo de establecer la legislación correspondiente al ejercicio profesional, ámbito y autoridad de aplicación. La ley considera ejercicio profesional a las actividades en kinesiología y fisioterapia que los kinesiólogos, kinesiólogos fisiatras, licenciados kinesiólogos fisiatras, licenciados en kinesiología y fisioterapia, fisioterapeutas y terapistas físicos realicen en la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de las personas, dentro de los límites de su competencia que derivan de las incumbencias de los respectivos títulos habilitantes.

Además será considerado ejercicio profesional la docencia, investigación, planificación, dirección, administración, evaluación, asesoramiento y auditoría sobre temas de su incumbencia, así como la ejecución de cualquier otro tipo de tareas que se relacionen con los conocimientos requeridos para las acciones enunciadas anteriormente, que se apliquen a actividades de índole sanitaria y social y las de carácter jurídico-pericial.

En cuanto al desempeño de la actividad, los profesionales de la kinesiología pueden ejercer su actividad en forma individual o integrando grupos interdisciplinarios, en forma privada o en instituciones públicas o

privadas, habilitadas para tal fin por la autoridad sanitaria nacional. En todos los casos pueden atender a personas sanas o enfermas, siendo estas últimas derivadas por profesionales médicos.

La ley 23277 “Psicología. Normas para el ejercicio de la profesión” fue sancionada el 27 de Setiembre de 1985. El objetivo es establecer lineamiento respecto al ejercicio de la psicología, como actividad profesional independiente en la Capital Federal, Territorio Nacional de la Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur.

De acuerdo a la ley se considera ejercicio profesional de la psicología la aplicación y/o indicación de teorías, métodos, recursos, procedimientos y técnicas específicas en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la personalidad y la recuperación, conservación y prevención de la salud mental de las personas; la enseñanza y la investigación; el desempeño de cargos, funciones, comisiones o empleos por designaciones de autoridades públicas, incluso nombramientos judiciales y la emisión, evacuación, expedición, presentación de certificaciones, consultas, asesoramiento, estudios, consejos, informes, dictámenes y peritajes.

Además, reconoce el ámbito de aplicación (en forma individual y/o integrando equipos interdisciplinarios, en forma privada o en instituciones públicas o privadas que requieran sus servicios), las condiciones para el

ejercicio de la profesión, inhabilidades e incompatibilidades, derechos, obligaciones y prohibiciones.

Si la comprensión macrosocial y microsocia de los conceptos de Salud y Enfermedad está comprometida con las leyes de cada disciplina y cada Disciplina transfiere su posición conceptual y por lo tanto la Práctica Profesional involucrada, se comprende la necesidad de estudiar procedimientos que permitan conocer con métodos científicos cómo se representan socialmente estos conceptos.

Es así que a los fines del objetivo de este trabajo se explorará sobre los mecanismos para acceder la comprensión acerca de Salud y Enfermedad en los estudiantes que ingresan a la formación profesional con sus saberes del sentido común y aquellos que egresan considerando que atraviesan una trama que transforma sus saberes y se involucra en un nuevo hipotético sentido común. Es, en este punto, donde el estudio de las Representaciones Sociales posibilita acceder a estas formas de conocimiento.

CAPÍTULO 2

EL CONOCIMIENTO DEL SENTIDO COMÚN SOBRE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD: LAS REPRESENTACIONES SOCIALES

Recorrido histórico de las Representaciones Sociales

Una de las principales teorías que desde sus orígenes se ha propuesto analizar cómo se construyen los significados socialmente compartidos es la teoría de las Representaciones Sociales. En el presente capítulo, se presentarán los fundamentos teóricos de la misma, desde la cual es posible abordar las representaciones sociales de la salud y enfermedad.

El sentido común es un cuerpo de conocimientos compartidos que se enriquecen en las prácticas y en las tradiciones e incluye las imágenes y las relaciones mentales que los individuos utilizan para resolver los problemas cotidianos y facilitar el desenlace de los mismos. En esta tarea, los sucesos y las cosas son nombradas, clasificadas, conjeturadas espontáneamente durante la acción o la comunicación cotidiana, todo esto es almacenado en el lenguaje de una comunidad, en su cuerpo y

espíritu, cobrando en el consenso relacional un carácter de evidencia irrefutable (Moscovici, 1984).

El sentido común aparece en dos formas: el de primera mano, como cuerpo de conocimientos producido espontáneamente por los miembros de un grupo, basado en el consenso y la tradición, y es en su terreno donde nace y prospera la ciencia.

Así el trabajo de la ciencia aparece como la tarea de dilucidar y de ordenar las materias primas populares, religiosas y mágicas. Por medio de la razón transforma lo acumulado por la tradición y somete al control de la experiencia lo que estaba sujeto al control de la práctica y del grupo; es decir, la ciencia no sería más que el sentido común sistematizado (Moscovici, 1984).

La segunda forma de sentido común suma imágenes mentales y de lazos de orígenes científico consumidos y transformados para ser útiles en la vida cotidiana, este sentido común es penetrado por la razón y sometido a la autoridad de la ciencia; es el conocimiento de segunda mano que se extiende y establece un nuevo consenso acerca de cada descubrimiento y cada teoría (Moscovici, 1984).

Entonces, el conocimiento de sentido común se constituye a partir de las experiencias personales en conjunto con las informaciones, conocimientos y modelos de pensamiento transmitidos mediante la

comunicación social, tradición y la educación; es socialmente elaborado y compartido y permite comprender y dar sentido a los hechos y actos que se desarrollan en la vida del individuo (Jodelet, 1984).

Estas formas de conocimiento de sentido común sobre los objetos, que permiten a las personas comunicarse entre sí e interpretar su realidad constituyen las representaciones sociales (Jodelet, 2011; Moscovici, 1979, 2001).

Los estudios sobre las representaciones sociales inician en París, en 1961, a partir del trabajo desarrollado por Moscovici titulado “La Psychoanalyse son image et son public”, en el cual el autor analizó el modo en que la sociedad francesa pensaba el Psicoanálisis a través del análisis de la prensa y entrevistas a diferentes grupos sociales. Dicha investigación muestra como se transforma una teoría científica al ser difundida socialmente y cómo esto modifica la visión de las personas sobre determinados objetos o situaciones.

Las representaciones sociales son una perspectiva de la psicología social que pretende restituir en dicha disciplina la conciencia de lo social aportando los medios para comprender la vida social desde una perspectiva psicológica. Este tipo de perspectiva es un prerequisite necesario para entender la influencia de las relaciones sociales en los procesos psicológicos.

Se trata de una perspectiva que comparte una base epistemológica con la teoría piagetiana y otras tendencias constructivistas de la psicología y las ciencias sociales, que considera al sujeto y el objeto de conocimiento como correlativos y co-constitutivos y rechaza la idea de que esos términos designen entidades independientes.

En la teoría de las representaciones sociales también se reconoce la influencia del sociólogo francés Emile Durkheim, quien desde la sociología propuso el concepto de Representación Colectiva diferenciándolas de las Representaciones Individuales (Jodelet, 2008). El autor propone que lo colectivo no puede ser reducido a lo individual debido a que la conciencia colectiva trasciende a los individuos como una fuerza coactiva y puede ser visualizada en los mitos, la religión, las creencias y demás productos culturales colectivos. Además, fundamentado en su visión teórica, hace la diferencia entre Sociología y Psicología, expresando que a la primera le correspondía analizar todo acerca de las representaciones colectivas y a la segunda lo propio de las representaciones individuales (Saquilán, 2005).

En la teoría de Moscovici (1961), la influencia de la propuesta mencionada se refleja en la modificación del concepto propuesto por Durkheim; considerando que las representaciones colectivas eran útiles para comprender el pensamiento de las personas en las sociedades premodernas; en cambio las representaciones en las sociedades

modernas son más dinámicas, cambian con el tiempo y no están tan compartidas por lo que es adecuado denominarlas sociales y no colectivas (Farr, 2003).

Por lo tanto, una representación es social si está o ha estado en dos o más mentes; siendo la cuestión clave como una representación puede salir de una mente en forma tal que otra la pueda interpretar.

Moscovici (1984) señala que al desarrollar una nueva teoría, el científico tiene una noción de la realidad en su mente. En cuanto comienza a hablar o a escribir acerca de la teoría, ésta se convierte en una noción en la realidad y pasa a ser un objeto de estudio adecuado para el psicólogo social. Esta definición de una representación social permite la existencia continua de una representación en alguna forma cultural o física durante un período en el cual no existe en la mente de nadie (Farr, 2003).

Definiciones de las representaciones sociales

Las principales definiciones acerca de las representaciones sociales surgen a partir de las propuestas teóricas de Moscovici y Jodelet. Se considera oportuno, para la presente investigación, destacar la visión de Abric (2000) en tanto enfoque que será utilizado para la recolección y análisis de datos, así como de otros autores que, en consenso con las

definiciones iniciales, realizan aportes útiles para la comprensión de la teoría a partir de sus enfoques.

Moscovici (1961/1979), expresa que las representaciones sociales son un sistema de valores, ideas y prácticas que permiten a los individuos orientarse y dominar su mundo material y social; a la vez que posibilitan la comunicación entre los miembros de una comunidad mediante un código para nombrar y clasificar sin ambigüedades los diversos aspectos de su mundo y de su historia individual y grupal.

Jodelet (1993) define las representaciones sociales como “una forma de conocimiento específico, el saber de sentido común, cuyos contenidos manifiestan la operación de procesos generativos y funcionales socialmente caracterizados. En sentido más amplio, designa una forma de pensamiento social. Las representaciones sociales constituyen modalidades de pensamiento práctico orientados hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social, material e ideal. En tanto que tales, presentan características específicas a nivel de organización de los contenidos, las operaciones mentales y la lógica”.

Es el conocimiento socialmente elaborado y compartido, constituido a partir de nuestras experiencias y de las informaciones y modelos de pensamiento que recibimos y transmitimos a través de la tradición, la educación y la comunicación social. Son a un mismo tiempo producto y proceso de una actividad de apropiación de una realidad

externa y de elaboración psicológica y social de esa realidad. Son pensamiento constitutivo y constituyente (Jodelet, 1993).

De acuerdo con Abric (2001), las representaciones sociales son conjuntos organizados y estructurados de creencias, opiniones, informaciones y actitudes en torno a un determinado objeto social y por tanto toda representación social posee una organización interna en la cual se presenta una jerarquización de los elementos que la componen y de las relaciones que se establecen entre ellos.

Farr (1993) la considera como “una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos. La representación es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios” (p. 21).

Asimismo, Mora (2002) propone que las representaciones sociales son

El conocimiento de sentido común que tiene como objetivos comunicar, estar al día y sentirse dentro del ambiente social, y que se origina en el intercambio de comunicaciones del grupo social. Es una forma de conocimiento a través de la cual quien conoce se coloca dentro de lo que conoce. Al tener la representación social dos caras - la figurativa y la simbólica -

es posible atribuir a toda figura un sentido y a todo sentido una figura (p. 41).

Otra de las autores que analiza teóricamente el concepto es Banchs (1986), definiendo la representación social como una teoría que integra los conceptos de actitud, opinión, estereotipos, imagen y creencias. Además, considera que son la forma de conocimiento del sentido común, característico de las sociedades modernas que se mantienen en constante intercambio de información mediante los medios de comunicación, y se expresan en el lenguaje cotidiano de un grupo social.

Ibáñez (1988) también identifica a las representaciones sociales como teorías de sentido común que permiten describir, clasificar y explicar los fenómenos de las realidades cotidianas permitiendo a las personas comprender y actuar en su medio social. Son un mecanismo indispensable en el crecimiento de la sociedad.

Teniendo en cuenta las ideas de Moscovici, Curiel Hernández (2008) reflexiona que este conocimiento de sentido común es un proceso y un producto de la construcción que hacen de la realidad las personas y los grupos, considerando el entramado del contexto social e histórico al que pertenecen.

En las definiciones presentadas, se puede reconocer que las representaciones sociales son un conocimiento de sentido común y flexible, que tiene su origen en las interacciones del grupo social, permitiendo la comunicación y el actuar dentro de una ambiente social.

Se basan en la no distinción entre objeto y sujeto, es decir el sujeto es parte de aquello que construye y, a su vez, el objeto existe porque es representado.

Expresan valores, actitudes, creencias y opiniones reguladas por las normas sociales de cada colectividad. Por lo tanto, consideran el proceso cognitivo del sujeto que conoce, y las condiciones sociales y contexto en donde tales representaciones se desarrollan (Banchs, 1986).

Deben ser estudiadas en el discurso espontáneo para comprender los significados, símbolos y formas de interpretación que las personas utilizan. En este sentido, no deben ser investigadas en comportamientos (Perera Perez, 2003).

Aproximaciones al estudio de las representaciones sociales

La teoría de las representaciones sociales confiere al contenido de lo que se construye la misma significación que al proceso de

construcción por lo que las representaciones son siempre representaciones de algo. (Moscovici, 1976; 1984).

En este último sentido, Jodelet (1984) afirma que el acto de representar es un acto de pensamiento formado por: un *contenido*, que puede ser una acción, una imagen, una actitud o una opinión, mediante el cual un sujeto se relaciona con un *objeto*, es decir un acontecimiento, un trabajo o un personaje; y, a su vez, es la representación social de un individuo, una familia, un grupo o clase en relación con otro sujeto. Por lo tanto, toda representación es representación de algo y de alguien, constituyendo el proceso por el cual se establece su relación.

Por otro lado, la noción de representación se relaciona con sustituir, estar en lugar de, siendo la representación el representante mental de algo; y con re- presentar, hacer presente en la conciencia, donde la representación es la reproducción mental de otra cosa, persona, objeto, acontecimiento material o psíquico (Jodelet, 1984).

El proceso de formación de las representaciones sociales se lleva a cabo mediante dos mecanismos complementarios: la objetivación y el anclaje, que explican cómo lo social transforma un conocimiento en representación y cómo esta representación transforma lo social.

El anclaje, mediante el cual lo no familiar o remoto es asimilado dentro de las categorías conocidas de la cognición cotidiana, y la

objetivación que hace que las representaciones se proyecten en el mundo, de modo tal que lo abstracto se convierte en concreto. Estas dos funciones son interdependientes, dado que una representación puede lograr un anclaje seguro en la medida en que se encuentre objetivada y viceversa. Sin embargo, se pueden distinguir para su estudio como dos momentos distintivos en el proceso de representación social (Duvee, 2003).

La objetivación es una operación formadora de imágenes y estructurante (Jodelet, 1984). Páez (1987) expresa que se trata del proceso mediante el cual se concreta, se materializa el conocimiento en objetos concretos. En esta fase se retienen selectivamente elementos, se organizan libremente y se estructura un modelo figurativo icónico simple.

La objetivación permite intercambiar percepción y concepto, pone en imágenes las nociones abstractas, da una textura material a las ideas, hace corresponder cosas con palabras, cuerpos a esquemas conceptuales; procedimiento tanto más necesario en cuanto que en el flujo de comunicaciones en que nos hallamos sumergido, el conjunto demasiado abundantes de nociones e ideas se polariza en estructuras materiales. Objetivizar es reabsorber un exceso de significado materializándolos (Moscovici, 1976 en Jodelet, 1984).

A su vez, la objetivación se caracteriza por la construcción selectiva, la esquematización estructurante y la naturalización. La primera

hace referencia al proceso por el cual las personas y los grupos se apropian de la información respecto de un objeto, lo cual implica que serán objeto de una selección en función de criterios culturales y criterios normativos. Estas informaciones son separadas del campo científico al que pertenece el grupo de expertos que las ha concebido y son apropiadas por el público que al procesarlas como hechos de su propio universo consigue dominarlas.

Posteriormente, se produce la formación de un núcleo figurativo, mediante el cual una estructura de imagen reproducirá de manera visible una estructura conceptual. De esta forma los conceptos teóricos constituyen un conjunto gráfico y coherente que permite comprenderlas de forma individual y en sus relaciones.

Por último, la naturalización implica que las figuras, elementos del pensamiento, se convierten en elementos de la realidad, referentes para el concepto. El modelo figurativo adquiere un estatus de evidencia: una vez considerado como adquirido, integra los elementos de la ciencia en una realidad de sentido común (Jodelet, 1984)

El anclaje se refiere al enraizamiento social de la representación y de su objeto, implica la integración cognitiva del objeto representado dentro del sistema de pensamiento preexistente y las transformaciones derivadas de este sistema (Jodelet, 1984)

Por lo tanto, el primer procedimiento necesario para la elaboración de la representación social consiste en transformar lo abstracto en algo concreto o, citando a Farr (1984), en *hacer que lo invisible devenga en perceptible*.

A su vez, Abric (2001) propone que las representaciones sociales presentan cuatro funciones que permiten reconocer su importancia en la práctica y las dinámicas sociales. En primer lugar, el saber de sentido común posibilita entender la realidad, acomodando los conocimientos al funcionamiento cognitivo y valores propios y explicarla a través de un marco de referencia común que posibilita la comunicación social. La segunda función corresponde a la elaboración de una identidad social y personal, a través de la cual se mantiene una imagen positiva en relación al grupo de referencia y favorece el sostenimiento del mismo. En tercer lugar, permiten orientar los comportamientos y las acciones, debido a que interviene en la definición de la finalidad de la situación, producen un sistema de anticipación y expectativas, y prescribe aquellas conductas o prácticas aceptadas. Por último, luego de la acción, permite al sujeto y al grupo explicar y justificar sus conductas en una situación.

El presente trabajo busca conocer si existen transformaciones en relación al conocimiento de la salud y la enfermedad de los estudiantes, a partir del marco de referencia que brinda la formación académica y el

desarrollo de prácticas profesionales; y cómo este estudiante prescribe nuevamente conductas y significados sobre el objeto de estudio.

Líneas de investigación en representaciones sociales

El creciente desarrollo de la teoría ha derivado en el reconocimiento por parte de los estudiosos de tres líneas de investigación: Escuela clásica, perspectiva desarrollada en París por Denise Jodelet y sus colaboradores, quienes trabajan en conjunto con las ideas originales de Moscovici y denominada antropológica o sociogenética (Barreiro, 2017) ; la Escuela de Aix-en- Provence, corriente que fue liderada por Jean-Claude Abric en Francia, se conoce como el enfoque estructural de las Representaciones Sociales dado que plantea que las RS se encuentran compuestas por un núcleo central en torno al cual se organizan elementos periféricos con características y funciones específicas; y la Escuela de Ginebra, desarrollada en Suiza y cuyo máximo exponente es Willen Doise (año), se centra en las condiciones de producción y circulación de las Representaciones Sociales (Araya Umaña, 2002; Perera Perez, 2003)

En el presente trabajo se desarrollará la clasificación utilizada por Banchs (2000), que reconoce dos enfoques para la apropiación de la Teoría de las Representaciones Sociales: el enfoque procesual o clásico y el enfoque estructural (Banchs, 2000). El enfoque procesual se relaciona con el aspecto constituyente del pensamiento, y utiliza para su

investigación metodologías cualitativas centrándose en el análisis de lo social, cultural y de las interacciones sociales, mientras que el enfoque estructural se relaciona con los productos o contenidos del pensamiento (aspecto constituido) y enfatiza en el funcionamiento cognitivo y el del aparato psíquico, recurriendo al método experimental y a análisis multivariados (Banchs, 2010).

El enfoque procesual ha sido desarrollado por diferentes autores que comparten la propuesta de Moscovici, entre los cuales se destaca Denise Jodelet y se caracteriza por ser cualitativo, hermenéutico, centrado en la diversidad y en los aspectos significantes de la actividad representativa. Además, sus referentes teóricos proceden de la filosofía, lingüística, sociología y presenta un interés focalizado sobre el objeto de estudio en sus vinculaciones sociohistóricas y culturales específicas

Jodelet (2008), desde este enfoque, propone el reconocimiento de tres esferas de pertenencia que permiten analizar las representaciones sociales de los individuos y los grupos, y definir modalidades de acción transformadora.

Las tres esferas de pertenencia son la de la subjetividad, la de la intersubjetividad y la de la trans-subjetividad. La concepción de sujeto que sostiene la teoría corresponde a la noción de actores sociales activos que se desarrollan en un contexto social de interacción y de inscripción. La noción de inscripción se relaciona con múltiples aspectos: la participación

en una red de interacciones con los otros, a través de la comunicación social, la pertenencia social definida en múltiples escalas tales como el lugar en la estructura social y la posición en las relaciones sociales, la inserción en los grupos sociales y culturales que definen la identidad, el contexto de vida donde se desarrollan las interacciones sociales y el espacio social y público (Jodelet, 2008).

Por lo tanto, la noción de subjetividad refiere a los procesos por los cuales los individuos construyen y se apropian de las representaciones sociales, lo cual puede ser de naturaleza cognitiva y emocional, y depender de una experiencia en el mundo de vida (Jodelet, 2006). En este sentido, se diferencian aquellas representaciones que son elaboradas por los sujetos de manera activa de aquellas incorporadas pasivamente, producto de las rutinas, la influencia social o la tradición.

Reconocer el nivel subjetivo permite comprender una función importante de las representaciones, es decir que son siempre de alguien, tienen una función expresiva. Su estudio permite acceder a los significados que los sujetos individuales o colectivos atribuyen a un objeto localizado en su entorno social y material, y examinar cómo tales significados están articulados a su sensibilidad, sus intereses, sus deseos, sus emociones y el funcionamiento cognitivo (Jodelet, 2008).

La intersubjetividad remite a situaciones que, en un contexto determinado, contribuyen a establecer representaciones elaboradas en la

interacción entre sujetos, especialmente las elaboraciones negociadas y producidas en común a través de la comunicación verbal directa. Se refieren al tipo de intercambio que se dan, por ejemplo, en las intervenciones terapéuticas o comunitarias que permiten a las personas modificar su relación en una situación de intercambio social o institucional, a partir de la representación social que da un sentido común al grupo.

El intercambio intersubjetivo facilita la transmisión de información, la construcción del saber, la expresión de acuerdos o de divergencias a propósito de objetos de interés común, la interpretación de temas pertinentes para la vida de los participantes en la interacción, y la posibilidad de creación de significados o de resignificaciones consensuales (Jodelet, 2008).

La esfera de la trans-subjetividad se compone de elementos que atraviesan el nivel subjetivo e intersubjetivo, abarcando a los individuos, grupos, contextos de interacción, producciones discursivas e intercambios verbales. En la formación de las representaciones sociales, la esfera de la trans-subjetividad remite a todo lo que es común para los miembros de un mismo grupo y puede tener su origen en el acceso a los criterios de codificación y de clasificación de la realidad, los instrumentos mentales y los repertorios propuestos por el aparato cultural para la interpretación del mundo.

Además, incorpora el juego de coacciones asignables a las condiciones materiales de existencia, a imposiciones ligadas a la estructura de las relaciones sociales y de poder, al vigor de los sistemas de normas y valores, al estado de las mentalidades que los historiadores tratan como sistemas de representaciones que orientan las prácticas colectivas, asegurando el vínculo social y la identidad colectiva. Remite, igualmente, al espacio social y público donde circulan representaciones de origen diverso: la difusión por los medios masivos de comunicación, los marcos impuestos por los funcionamientos institucionales, las hegemonías ideológicas, etcétera. Atravesando los espacios de vida locales, esta esfera constituye una especie de medio-ambiente donde están inmersos los individuos. En virtud de su circulación, las representaciones generadas de este modo superan el marco de las interacciones y son asumidas por los sujetos bajo el modo de la adhesión o de la sumisión (Jodelet, 2008).

Estas dimensiones son de cierta preferencia para el presente trabajo puesto que aportan una comprensión a la construcción del conocimiento que la formación de grado de las carreras de las ciencias de la Salud intercambian con los estudiantes como sujetos del aprendizaje.

Desde el enfoque procesual se utilizan como vías de acceso al conocimiento la recolección y el análisis cualitativo de datos y la triangulación combinando múltiples técnicas, teorías e investigadores para

garantizar la confiabilidad del procedimiento (Banchs, 2010). En este sentido, el material para acceder al contenido de una representación se obtiene mediante la recopilación del material discursivo producido espontáneamente (conversaciones), o bien, inducido por medio de entrevistas o cuestionarios. También se extrae información de los discursos cristalizados en obras literarias, soportes periodísticos, grabaciones de radio, sometiéndose luego a tratamiento mediante las clásicas técnicas de análisis de contenido (Araya Umaña, 2002).

Este tratamiento tiene como objetivo reconocer aquellos indicadores que permiten reconstruir el contenido de la representación social y advierte la presencia de los efectos experimentales y del entrevistador como partes normales del proceso de interacción social y de la definición de la situación que entra en toda investigación.

Por su parte, el enfoque estructural desarrollado por Abric (1993, 1996, 2001) se focaliza sobre la estructura de las representaciones sociales utilizando el método experimental y técnicas de análisis multivariados.

Desde esta perspectiva, la organización interna de las representaciones sociales se encuentran conformadas por dos componentes: núcleo central y elementos periféricos; que funcionan como una entidad y tienen un rol específico pero complementario (Abric, 1996).

En el núcleo central se ubican los significados que organizan la representación, es decir, los elementos más consensuados y estables, constitutivos de su identidad. Dichos elementos garantizan la estabilidad de la representación en contextos cambiantes, dado que la modificación en los elementos del núcleo central conlleva una transformación completa de la representación misma (Barreiro, 2014; 2015).

El núcleo central asume la función de continuidad y consistencia de la representación y es relativamente independiente del material del contexto social en el cual la misma se construye (Abric, 1996)

Está marcado por la memoria colectiva del grupo y su sistema de normas, por tanto directamente vinculado y determinado por las condiciones históricas, sociológicas e ideológicas (Pérez, 2007).

Por otro lado, el reconocimiento del núcleo central permite realizar comparaciones entre las representaciones, atendiendo principalmente a los aspectos cualitativos que determinan su centralidad y le dan significado a las mismas (Vergara, 2008).

Los elementos periféricos, ubicados en torno al núcleo central, constituyen una interfase entre los elementos de éste último y el contexto específico en el que la representación se construye. Además, al ser más dinámicos, permiten el anclaje de las representaciones sociales a contextos específicos, posibilitando la existencia de posicionamientos

diferenciales (Doise, 1986 en Barreiro, 2014); esto es, expresan las perspectivas sociales específicas con respecto al objeto representacional (Barreiro en prensa).

El sistema periférico es más sensible a las características del contexto inmediato y por su flexibilidad asegura la función de regulación y adaptación del sistema central a los desajustes y características de la situación concreta a la que se enfrenta el grupo. Se la considera un elemento esencial en la protección de la significación central de la representación y absorbe las informaciones o eventos nuevos, susceptibles de cuestionar el núcleo central.

A su vez, dicha flexibilidad y elasticidad posibilitan la integración de la representación a las variaciones individuales vinculadas a la historia del sujeto, a sus experiencias vividas, permitiendo una modulación individual de la representación (Perez, 2007).

El sistema periférico está constituido como complemento indispensable del sistema central en términos de tomar una posición o curso de acción (Abric, 1996).

Abric (2001) reconoce como función de los elementos periféricos dar una modulación individual a la representación, siendo su flexibilidad la que permite la integración de las variaciones individuales de la

representación relacionados con los asuntos propios de la historia del sujeto y las experiencias personales.

Por lo tanto, el sistema periférico permite la elaboración de la representación individual que, sin embargo, está organizada alrededor de un núcleo central común. Si las representaciones sociales son consensuadas por un sistema central pueden tolerar las diferencias interindividuales fuertes en el sistema periférico (Abric, 2001).

En resumen, el sistema central está relacionado con la memoria colectiva y la historia del grupo, es consensual, sostiene la homogeneidad del grupo, es estable, rígido, no muy sensible al contexto inmediato y su función es generar la significación de la representación y determinar su organización.

El sistema periférico permite la integración de las experiencias individuales y las historias pasadas, soporta la heterogeneidad del grupo, es flexible, tolera contradicciones, es sensible al contexto inmediato y su función es permitir la adaptación a la realidad concreta, permitir la diferenciación de contenidos y proteger al núcleo central.

En el enfoque estructural las vías más utilizadas para acceder al conocimiento del objeto son las técnicas correlacionales y multivariados o ecuaciones estructurales.

Por su parte, Abric (2001) clasifica a los métodos de recolección de datos de acuerdo a dos categorías: por un lado los interrogativos que permiten recoger las expresiones, verbales o figurativas, de las personas respecto al objeto de estudio, y por el otro los asociativos caracterizados también por ser una expresión verbal pero de carácter más espontáneo y auténtico.

En la categoría de métodos interrogativos se reconocen: la entrevista, el cuestionario, las tablas inductoras, dibujos y soportes gráficos y la aproximación monográfica.

Las expresiones verbales espontáneas son recolectadas a partir de los métodos asociativos, entre los cuales se mencionan la asociación libre que es el método de recolección utilizado en la presente investigación.

La asociación libre consiste en presentar un término inductor y solicitar al sujeto que produzca los términos, expresiones y adjetivos que se presentan espontáneamente. Esto último, y la dimensión proyectiva de esa producción, permiten tener acceso más rápido y fácil que en una entrevista a los elementos que constituyen el universo semántico del término o del objeto estudiado (Abric, 2001).

Abric (2001) propone un procedimiento que permite reconocer la centralidad de un elemento. Primero se categorizan los elementos

expresados por los participantes y se delimita el contenido de la representación; luego se extraen los elementos organizadores de ese contenido utilizando tres indicadores: la frecuencia del ítem en la población, su rango de aparición en la asociación, (definido por el rango medio calculado sobre el conjunto de la población), y la importancia del ítem para los sujetos (se obtiene pidiendo a cada sujeto que designe los dos términos más importantes para él). A partir de ahí un coeficiente significativo entre las dos clasificaciones permite confirmar o reforzar la hipótesis de que se está en presencia de elementos organizadores de la representación. La congruencia de los dos criterios (frecuencia y rango) constituye un indicador de la centralidad del elemento (Abric, 2001).

Las evocaciones obtenidas se presentan en un cuadrante que contiene en el margen superior izquierdo el núcleo central; en el margen superior derecho la primera periferia, en el margen inferior izquierdo el grupo contraste y la denominada segunda periferia en el margen inferior derecho.

El núcleo central contiene los elementos más sobresalientes y significantes debido a que han sido evocados por la mayoría de la muestra (frecuencia) y en los primeros lugares (importancia). La primera periferia está compuesta por evocaciones consideradas frecuentes pero en lugares menos importantes. En el grupo contraste se observan evocaciones consideradas importantes pero poco frecuentes; la segunda

periferia contiene elementos de baja intensidad y frecuencia (Wachelke, 2011; Bonnac, 2002).

CAPÍTULO 3

ESTUDIOS EMPÍRICOS SOBRE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD DESDE UNA PERSPECTIVA PSICOLÓGICA

Líneas actuales de investigación en Salud y en Enfermedad

Salud y Enfermedad y Cultura

Existen diferentes líneas de investigación que han analizado el concepto de salud y enfermedad desde diferentes perspectivas. Por ejemplo León (2003), ha asociado el contexto sociocultural a las concepciones acerca de la salud y la enfermedad sobre un objeto social, el Mal de Chagas, en una muestra de 473 personas de zonas rurales de Venezuela, aplicando un cuestionario con ítems tipo Likert de tres puntos. Concluyó que las dimensiones “causas de la enfermedad” y “severidad o amenaza de la enfermedad” parecen ser las más estables en diferentes grupos culturales. Las concepciones acerca de las causas de la enfermedad están influidas por los conceptos sobre la salud y la enfermedad de los sistemas médicos que coexisten en una misma cultura (ambiente natural, brujerías, virus, relaciones sociales, Dios).

La representación de la enfermedad, entendida como el conocimiento y creencia en relación a síntomas, causa, curso, consecuencia, cura y tipo de persona a la que afecta la enfermedad, y las actitudes hacia misma juegan un papel importante en la prevención, específicamente la percepción de gravedad y la percepción de riesgo que son variables predictoras de la intención de prevención (León, 2003).

Mediante la aplicación de cuestionarios semiestructurados individuales y la formación de grupos focales con estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata, se buscó obtener información de las ideas y representaciones del proceso salud-enfermedad-atención. Entre los principales resultados se destacó la posibilidad de replantear el peso que tienen los problemas reales en los modelos explicativos del proceso salud-enfermedad-atención, la reorientación del perfil profesional incorporando visiones que contemplen los determinantes sociales y las realidades colectivas, principalmente en lo referido al espacio curricular que ocupan las materias sociales como antropología y sociología (Silberman, 2012).

Además, las experiencias de prácticas en terreno mostraron un impacto positivo en relación a los modelos explicativos del proceso salud-enfermedad-atención que tenían los alumnos, generando aperturas hacia explicaciones más complejas y la consideración del primer nivel de atención como escenario posible de la práctica profesional que anteriormente se encontraba ausente (Silberman, 2012).

En las propuestas orientadas a la Salud Colectiva, se exploraron los patrones de acceso a servicios de salud dental en menores de doce años en Perú, concluyendo que existe un bajo acceso a los mismos y una marcada heterogeneidad interregional, concentrando sus mayores porcentajes de población con acceso en las regiones andinas y en zonas urbanas, y los menores porcentajes en la selva y zonas rurales. Por lo expuesto, las medidas de salud pública llevadas a cabo sobre salud bucal no conllevarían a un acceso adecuado de la población infantil a nivel nacional, debiéndose enfocar acciones en tal sentido (Hernández Vásquez, 2014).

Líneas actuales de investigación de las Representaciones Sociales

Representaciones Sociales en Salud y Enfermedad

Las representaciones sociales acerca de la salud y enfermedad han sido estudiadas en su contenido y organización en una población adulta de Guadalajara (México), describiendo las diferencias entre los puntos de vista de los varones y mujeres. Se concluyó que acerca del concepto de salud hay una visión holística, que incluye aspectos físicos, emocionales y espirituales, y que la limpieza y el desarrollo de un trabajo son elementos básicos en la prevención de la enfermedad. En cuanto a

enfermedad, se destacó una visión biológica y social que incluyen aspectos como la deficiencia física, los estados emocionales alterados, así como el tratamiento y la atención de la enfermedad.

Además, se analizó la diferencia entre géneros respecto a la consideración de la salud, observándose que los varones destacan la importancia de no tener vicios y, las mujeres el mantener buenas relaciones interpersonales como beneficio para la salud. En relación a la enfermedad, los varones señalaron los gastos económicos que implica su atención, mientras que las mujeres el agotamiento que conlleva el trabajo de atención de los enfermos (Torres, 2010).

En un estudio realizado con estudiantes de enfermería se identificaron y analizaron las RS acerca de la salud y la enfermedad con el objetivo de reflexionar acerca de la práctica docente y la influencia de la misma en la construcción de conocimientos. Las conclusiones reflejaron que ambos conceptos se representaron a partir de la ausencia y/o presencia de determinados elementos que condicionan en el individuo el hecho de estar sano o enfermo, en términos de polaridad mutuamente excluyentes y utilizando conceptos generales como bienestar, prevención, equilibrio, promoción de la salud al igual que contaminación, saneamiento básico, pobreza y desequilibrio (Eslava, 2005).

El componente psicosocial aparece de manera significativa en todos los estudiantes en forma de sentimiento y/o emociones que reflejan la salud o se derivan de la enfermedad y en forma de situaciones sociales

que ponen en evidencia el binomio en cuestión. En el ámbito de las relaciones sociales, destacan elementos, para una buena salud, como la pertenencia a un grupo social, la amistad y el respeto; mientras que el desempleo, la corrupción y la falta de educación son considerados factores que intervienen en la aparición o permanencia de la enfermedad (Bretas, 1994).

Mediante un estudio realizado con una muestra de 127 estudiantes de enfermería en la Universidad de Salta, se indagó la incidencia de la alfabetización emocional en las representaciones sociales sobre salud y enfermedad a través de un estudio comparativo sobre las mismas antes y después de la experiencia de implementación de un taller sobre inteligencia emocional (Bassani, 2008).

La salud fue definida, antes de la implementación del taller, como bienestar físico-psíquico y social, enfatizando en el aspecto físico. Algunas respuestas relacionaban salud con equilibrio emocional desde la valorización del control emotivo y social que deben tener las personas que se vinculan de un modo particular con seres humanos en situación de riesgo. Por su parte, los estudiantes que experimentaron el taller llegaron a la conclusión que la salud no puede definirse sólo como ausencia de enfermedad, siendo vinculada con equilibrio psico-físico-social, la estabilidad emocional, el conocimiento de los sentimientos y emociones intra e interpersonales como rol primordial en la vida de las personas (Bassani, 2008).

Las representaciones que mantienen frente a la salud un grupo de jóvenes colombianos parten de una visión amplia de ver el mundo, definiéndola como un estado de equilibrio entre lo mental, lo material, lo espiritual, lo emocional y lo moral, con proyección a lo social. Además, se valoraron las dimensiones de la violencia, los derechos humanos y la paz, destacando que la salud individual hace referencia al bienestar, y la salud colectiva a la paz; por lo que las enfermedades de la sociedad son la corrupción, la falta de credibilidad en las instituciones y la guerra. Por último, también destacan la importancia del trabajo como fuente de independencia, refugio afectivo y emocional y que da libertad para accionar en el mundo (Vergara Quinteros, 2009).

Utilizando el enfoque estructural de Abric, se identificaron las representaciones sociales sobre la salud de una comunidad en Colombia. Los datos obtenidos dan cuenta que la representación social de la salud se estructuró en torno a las evocaciones vida y bienestar, lo cual indica una percepción integradora desde el punto de vista físico, psicosocial y “como un anhelo”, reconocido como deseo máximo a alcanzar y algo que por necesidad se aspira obtener (Moreno, 2016).

Asimismo, la población reconoce que los servicios de salud son deficientes en cuanto a su calidad, dependiendo la salud de sí mismo y de otras personas distintas al médico o los servicios de salud (Moreno, 2016).

La Salud Mental también ha sido objeto de investigación, explorando las representaciones sociales de la misma construidas por diferentes profesionales: psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales y médicos (Betancur, 2014). Para recolectar los datos se utilizó la técnica de asociación libre de palabras y se analizó mediante el programa EVOC 2003.

Se concluyó que el núcleo central de la RS estaría constituido por las palabras equilibrio y estabilidad; la primer periferia integra las palabras armonía, bienestar, emociones, familia, integridad, paz, tranquilidad, calidad de vida, felicidad y psíquico; y la segunda periferia está compuesto por términos como aceptación, adaptación, afectividad, alegría, amor, apoyo, asertividad, capacidad, desarrollo, psicología, relaciones, satisfacción, social, sociedad y trabajo. Asimismo, la RS de SM permite observar elementos propios de los sistemas de conocimiento experto atravesadas por elementos del sentido común y, por tanto, “la SM no solo es un objeto de conocimiento científico, sino un objeto social, mediado por el saber que circula abiertamente en las interacciones cotidianas y en los diferentes medios de comunicación” (Betancur, 2014).

El estudio acerca de las RS ha posibilitado la construcción de un modelo explicativo de las adicciones, formulado desde los pensamientos y explicaciones de sentido común de un grupo de padres acerca de la adicción de sus hijos, y las acciones iniciadas por ellos para afrontarlas, incorporando los conceptos de RS y afectividad (Nuño Gutiérrez, 2004).

Este modelo de toma de decisiones se construyó sobre la representación de la oferta de un mundo mejor, emergente del contexto social, cultural y familiar alrededor del consumo y mantenido por dos creencias: “aprendiendo de los errores” y “querer es poder”. El modelo se organiza en tres momentos: a) descubriendo la adicción, caracterizada por la decepción de los padres; b) la permanencia en las drogas que es la más prolongada en tiempo e implica inversión de recursos y pérdidas, y 3) retirada, caracterizada por la necesidad de buscar ayuda fuera de la familia, consultando en servicios de salud (Nuño Gutiérrez, 2004).

Además, las RS de SM fueron exploradas en una muestra compuesta por equipos interdisciplinarios (psiquiatra, psicóloga, enfermera, técnica de enfermería y asistente social) en instituciones especializadas en SM de la ciudad de Lima, concluyendo que los profesionales presentan un discurso ambiguo e impreciso al definir la SM, al mismo tiempo que intentan despatologizar, incorporando las nociones de equilibrio y bienestar, e integrar el concepto de salud mental (Moll León, 2013).

En relación a las manifestaciones específicas de la salud mental se observa una diferencia entre los profesionales que trabajan en el área clínica de aquellos que lo hacen en contextos comunitarios. Los primeros consideran como características relevantes la imagen positiva e integrada de sí mismo, las relaciones sociales positivas, los recursos de afrontamiento, la estabilidad emocional y la capacidad de protegerse y

generarse espacios libres de conflicto; mientras que los pertenecientes al área de Salud Mental Comunitaria priorizan el contexto el que la persona se inserta, logrando una mayor incorporación de la variable sociocultural, identificando aquellas características del entorno que favorece el bienestar y resaltando el proceso dinámico entre el mundo subjetivo y el entorno cultural (Moll León, 2013).

En cuanto a la enfermedad mental, los participantes evocan nociones generales que la conciben como desequilibrio o alteración y sensación de malestar general, así como locura y enfermedad común; presentando representaciones similares a la población general a pesar de contar con mayor información, preparación y contacto con las personas que sufren enfermedades mentales (Moll León, 2013).

Representaciones sociales en estudiantes universitarios

Las representaciones sociales han sido investigadas en estudiantes universitarios con el objetivo de conocer y analizar los personajes que un grupo de estudiantes de psicología señalan como relevantes de la historia argentina. Para ello, se realizó un estudio basado en el enfoque estructuralista de Abric(2001), cuyos resultados corroboran el rol de la identidad social como principio organizador de las representaciones sociales, reconociendo la inclusión por parte de los jóvenes de personas con un proceso de doble implicación de rol desde lo

social y profesional (Fernández, 2013). Las representaciones sociales también han sido estudiadas con investigaciones transversales, realizadas de manera simultánea con un grupo de estudiantes. En el estudio de Barreiro (2014) se analizó el sentido y la frecuencia de aparición del término justicia en el periódico de mayor circulación de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (estudio uno) y se indagó la representación social de la justicia en una muestra de estudiantes a través de la técnica de asociación de palabras (estudio dos).

En las conclusiones, se muestra en el análisis en los medios de comunicación, la preeminencia de la retribución respecto de la justicia, siendo el sentido que más frecuentemente refería al Poder Judicial de la Nación. Análogamente, en el análisis de la representación social de los estudiantes universitarios, la justicia se presenta en términos retributivos e institucionales. Por lo tanto, se pone de manifiesto el movimiento circular de mutua constitución entre la representación de la justicia difundida por el periódico de mayor circulación y la de sus lectores y, en consecuencia, el rol mediador de la difusión de una representación social y los sistemas de valores de un grupo (Barreiro, 2014).

Representaciones Sociales y construcción de rol

En el ámbito educativo, se han desarrollado diferentes investigaciones tendientes a identificar y analizar las representaciones

sociales que tienen los estudiantes en relación al rol del docente y del psicólogo.

Campo Redondo (2009) realizó un estudio cualitativo y descriptivo, mediante entrevistas en profundidad a estudiantes de educación de Educación Física, Deportes y Recreación, Matemática y Física y Biología. Como resultados, se determinó que los participantes tienen una representación del docente con un gran componente de ayuda, caracterizado por la escucha efectiva y el interés por sus alumnos expresado en la paternalidad, la amistad y el compañerismo.

En este mismo sentido, Mazitelli (2009) presenta un estudio exploratorio realizado con profesores, con el objetivo de identificar la estructura y el contenido de las representaciones sociales sobre la Docencia. Para la recolección de los datos utilizó una técnica de evocación y jerarquización y una escala Likert, que permitió identificar la estructura de las representaciones sociales y las actitudes asociadas a ellas. En los resultados se afirma que las representaciones sociales sobre la docencia se estructuran en torno a aspectos de la dimensión Identitaria, en relación con los significados de la docencia, y de la dimensión Educativa, en tanto proceso de enseñanza y de aprendizaje. El sistema periférico refuerza este núcleo en su carácter Identitario en lo referido a los valores y las actitudes hacia la docencia. En la zona más alejada del núcleo, los aspectos didácticos y vinculares posibilitan la concreción, regulación y defensa de los elementos del núcleo central (Mazitelli, 2009).

En relación al rol del psicólogo, Stiberman (2012) buscó identificar las representaciones sociales en torno al rol del psicólogo clínico que poseen los alumnos al comenzar a cursar Psicología Clínica, materia de 4to año de la carrera de Licenciatura en Psicología de la Universidad Nacional de Córdoba. Los resultados indicaron que en las representaciones sociales de los alumnos, el psicólogo clínico está asociado a la psicopatología, al malestar y al sufrimiento; y homologado al psicoanálisis.

El método estructural para el análisis de las RS

De los diferentes métodos utilizados en las investigaciones que desarrollan estudios de RS, el método estructural desarrollado por Abric (1994, 2001) y su análisis a partir del software EVOC para la identificación del Núcleo Central y Periferias, han resultado de gran utilidad.

Por ejemplo, un estudio desarrollado por Cejas (2015), quien analiza una muestra integrada por estudiantes de psicología de la Universidad de Buenos Aires, indaga las RS que tienen los jóvenes sobre las Tecnologías de la Información y Comunicación Social (TICS) a partir de este método. El análisis de los datos se realiza mediante el software EVOC, el cual permite organizar las respuestas en base a la frecuencia y orden de la evocación, generando la construcción de un cuadro de cuatro divisiones compuesto por el núcleo central, la primera periferia, el grupo contraste y la segunda periferia de la representación. Este programa,

entonces, posibilita realizar un análisis lexicográfico de la información, reconociendo la propuesta estructuralista de Abric (2001).

De acuerdo a los resultados del estudio, los términos que fueron invocados con mayor frecuencia y rapidez, constituyentes del núcleo central de la representación, son celular, computadora, Internet y redes sociales. La primera periferia, términos con alta frecuencia de evocación pero que registran un rango medio en el orden de aparición, son innovación y practicidad; y aquellos que fueron evocados con menor frecuencia pero más rápidamente pertenecientes a la zona de contraste son conectividad, conocimiento, herramienta, rapidez y videojuegos (Cejas, 2015).

Otro ejemplo es el trabajo desarrollado por Carrera (2013), quien utilizando la misma metodología para el análisis de datos, reconoció las RS del Desarrollo, aplicando un Test de Evocación Jerarquizada en una muestra de estudiantes de la Maestría en Gestión Ambiental. A partir de las categorías descritas por EVOC 2000, la concepción central de Desarrollo se asocia a crecimiento, economía, sustentable, y sostenible, aludiendo al incremento de la actividad económica, independientemente de las consecuencias sociales y ambientales. Las nociones complementarias también se asocian con el contexto económico (industria y tecnología), observándose un grupo minoritario que enfatiza en la organización, el bienestar y la mejora de calidad de vida en el futuro como acciones a ser incorporadas (Carrera, 2013). Por lo tanto, el

reconocimiento de la RS acerca del desarrollo permite advertir nociones de crecimiento económico en desmedro del desarrollo social y ambiental, proponiendo como necesario generar medidas tendientes a satisfacer necesidades materiales e inmateriales, garantizando el mejoramiento de la calidad de vida, así como el despliegue de las libertades y capacidades de las generaciones actuales y próximas (Carrera, 2013).

Asimismo, la recolección de datos mediante evocación libre de palabras, posteriormente analizada por el software EVOC 2000, ha sido utilizada por Gomes (2008) en un estudio que caracteriza los contenidos y la estructura de las representaciones profesionales sobre la implementación del Sistema Único de Salud (SUS). Las palabras evocadas en el núcleo central de la investigación demuestran la complejidad del mismo, debido a que muestra una posición negativa de los profesionales frente al sistema de salud, en especial en lo que se refiere a la calidad y función del mismo, siendo representadas como malo y que no funciona. Por otro lado, también se incluyeron las palabras atención y condiciones de salud que muestran reconocimiento de los objetivos establecidos para el SUS, siendo la atención el elemento considerado como el que otorga identidad al sistema. En la primera periferia prevalece una actitud positiva con respecto al SUS, en especial referida a la funcionalidad; mientras que en la segunda periferia dicha actitud es dividida. Por último, en la zona de contraste, se observan una concepción negativa referida a la función del sistema (desorganizado y

mentira) y una positiva relacionada a la atención brindada a los usuarios de los servicios (ayuda y facilidad). A partir de la descripción realizada, se concluyó que los profesionales tienen representaciones sociales que reconocen al SUS como un sistema diferente al antiguo, proyectan un contenido acorde con los principios propuestos y manifiestan un progreso en el proceso de incorporación de los mismos (Gomes, 2008).

Otro trabajo que utiliza el método estructural de Abric (1994), es el de Carletti (2011), quien ha estudiado las RS acerca de la participación de directivos y docentes en las instituciones escolares centenarias de la ciudad de San Luis. La recolección de datos se realizó aplicando un cuestionario con preguntas acerca de las palabras que se asocian a participación y su escala de valoración, el tipo de decisiones en las que se interviene (pedagógico-didáctico, administrativo y cultural) y la manera en que participan en la escuela los integrantes. La información obtenida indica que las categorías que conforman el núcleo central son *cooperación, diálogo, integración y compromiso*, concluyendo que las representaciones sociales de participación están muy relacionadas con el contexto de las escuelas y su situación histórica, social y cultural (Carletti, 2011).

En el mismo sentido que las propuestas mencionadas, Bombelli (2013) estudio las RS de la historia argentina, aplicando el método estructural de Abric (1993) y el análisis de resultados mediante EVOc en una muestra integrada por cadetes del Ejército Argentino. Los resultados

consideraron los elementos de la estructura de la RS (núcleo central, periférico y contraste), relacionando dicha información con el género de los participantes.

CAPÍTULO 4

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Objetivos

Objetivo general

Analizar si existen diferencias en las Representaciones Sociales (RS) de la salud y la enfermedad al iniciar y terminar el cursado de Carreras de Ciencias de la Salud de estudiantes de la provincia de Mendoza.

Objetivos específicos

Describir las RS de la salud y la enfermedad de estudiantes ingresantes a Carreras de Ciencias de la Salud de la provincia de Mendoza.

Describir las RS de la salud y la enfermedad de estudiantes egresantes a Carreras de Ciencias de la Salud de la provincia de Mendoza.

Comparar las RS de la salud y la enfermedad de estudiantes ingresantes y egresantes de Carreras de Ciencias de la Salud de la provincia de Mendoza.

Hipótesis

Las representaciones sociales de la salud y la enfermedad de los estudiantes difieren al iniciar y terminar el cursado de Carreras de Ciencias de la Salud.

El principal interrogante que inicia la presente investigación es ¿Cuáles son las RS que mantienen los alumnos de Ciencias de la salud respecto a la salud y enfermedad?.

A partir del mismo y la definición de Moscovici (1961/1979), que reconoce a las representaciones sociales como un sistema que posibilitan la comunicación entre los miembros de una comunidad mediante un código para nombrar y clasificar sin ambigüedades, los diversos aspectos de su mundo y de su historia individual y grupal; es posible pensar que la inserción en un espacio de formación, que comparte ideas, cuestionamientos y conocimientos posibilitará incorporar nuevos saberes a la construcción de las representaciones sociales de la salud y la enfermedad.

La consideración del objetivo a investigar, entonces, se basa en el reconocimiento de que las representaciones sociales son nutridas de las experiencias individuales e integran los datos de lo vivido, de las situaciones específicas, la evolución de las relaciones y de las prácticas sociales en las que los individuos o los grupos están incluidos. Por lo

tanto, analizar como los estudiantes representan la salud y la enfermedad en la etapa de inicio y finalización de su proyecto académico, nos permitirá conocer si la formación universitaria favorece la construcción de saberes respecto a la salud y enfermedad, y la influencia de los mismos en el quehacer profesional como futuros actores en equipos de salud.

CAPÍTULO 5

MÉTODO

Diseño

La investigación se realizó teniendo en cuenta las características del enfoque mixto que recolecta, analiza y vincula datos cuantitativos y cualitativos en un mismo estudio para dar respuesta a la hipótesis planteada. A su vez, permite la conversión de datos cuantitativos en cualitativos, lo que permitió en el presente estudio la comprensión de los datos respecto a las representaciones sociales y su vinculación con la teoría (Hernández Sampieri, 2006).

El procedimiento de la presente investigación consiste en establecer teorías y preguntas de investigación que posibiliten la formulación de hipótesis, las que serán probadas mediante la elección de un diseño de investigación. Además, la recolección de datos se realizará utilizando técnicas que permitan la medición y representación numérica, analizándolos cualitativamente a través de comparación de grupos y relación con los aportes conceptuales.

Tipo de Estudio

El presente estudio es de tipo descriptivo- correlacional. Descriptivo porque pretende evaluar diversos aspectos, dimensiones o componentes de un fenómeno a investigar, y describir cómo es y cómo se manifiesta el mismo en un contexto determinado. En el trabajo se consideran como variables a investigar las representaciones sociales de la salud y enfermedad, la Inteligencia Emocional y los estudiantes ingresantes y egresantes de carreras de Ciencias de la Salud de la provincia de Mendoza (Hernández Sampieri, 2006).

A su vez, es un estudio de tipo correlacional, debido a que tiene como objetivo medir el grado de relación existente entre las variables representaciones sociales e inteligencia emocional.

Muestra

El tipo de muestra de este trabajo fue de carácter intencional (León y Montero, 1993), y no probabilística (Hernández Sampieri, 2006). Los participantes se seleccionaron por poseer características de interés para la investigación, no dependiendo su elección de la probabilidad.

La elección de los participantes se realizó teniendo en cuenta las siguientes características:

- Estudiantes universitarios de primer y/o segundo año (ingresantes) y estudiantes de cuarto y/o quinto año (egresantes).

- Estudiantes de carreras de Ciencias de la Salud: kinesiología, psicología, medicina y odontología.

Teniendo en cuenta los criterios mencionados, fueron seleccionados un total de 588 estudiantes del primer año de Medicina (n = 102) y del último año (n = 58) en Sede Central de la universidad. En Kinesiología se seleccionaron 112 estudiantes del primer año (n = 65 de Sede Central y n = 47 de Sede San Rafael), y 46 alumnos egresantes (n = 41 de Sede Central y n = 5 Sede San Rafael). Respecto a Odontología, fueron seleccionados estudiantes pertenecientes a Sede Central (n = 71 ingresantes y n = 25 egresantes). En Psicología, participaron 100 estudiantes de primer año (n = 61 de Sede Central y n = 39 de San Rafael) y 74 alumnos egresantes (n = 44 Sede Central y n = 30 Sede San Rafael)

La muestra final está compuesta por 588 participantes, de los cuales 65.5% pertenecen a los ingresantes y 34.5% a los egresantes de las carreras mencionadas. Las diferencias expresadas se relacionan con dos variables, por un lado el natural desgrane que se produce en el trayecto de las carreras y por otro, la participación en actividades académicas extra áulicas propias de los últimos años de cursado como las prácticas profesionales supervisadas y prácticas finales obligatorias.

El 33% de la muestra fueron hombres y el 67% mujeres, cuyo promedio de edad fue 21,17 (DT = 3,25), distribuidos de la siguiente manera: el 22% entre 17 y 18 años 129; 19,5% de 19 años 115; 12% de

20 años 70; 8% de 21 años 47; 9% de 22-53; 10% de 23 años 59; 7% de 24 años 41; 8,5% entre 25 y 29 años y 3 % mayores de 30.

Según lo informado por los participantes, el 1,5% de los participantes pertenece al nivel socio económico bajo; 10% medio bajo; 70.5% medio; 16% medio alto y 2% alto. Acerca de este punto cabe aclarar que 13 participantes no respondieron a esta pregunta, por lo que se trabaja sobre un n = 575.

En relación a la pregunta si trabaja o no, sobre un n = 576, el 78% de los participantes refiere que no trabaja, mientras que el 22% trabaja en actividades de relación de dependencia como empleada/o administrativo, judicial o de comercio; otros en el ejercicio profesional como kinesióloga/o, farmacéutico, docentes y técnicos de laboratorio y de otras especialidades; y trabajos de medio tiempo como cuidados de niños, reparación, vendedores y cajeros. Una de las estudiantes es española y realiza una experiencia de intercambio estudiantil.

Por último, respecto al papel que juega la religión en la vida de los participantes, en una escala Likert de 1 (no me interesa la religión) a 5 (ocupa un lugar clave en mi vida) y sobre un n = 574, 16 % asignó 1; 12% indicó 2; 30% el 3; 20% asignó 4 y el 22% puntuó 5.

Instrumentos de recolección de datos

El instrumento que se utilizó estuvo compuesto por dos partes: En la primera, se pregunta por aquellos datos sociodemográficos: edad, sexo,

carrera, año de cursado, nivel socioeconómico, trabajo y tipo de trabajo y religión

A continuación, se presenta la técnica de asociación de palabras con la consigna: “Le pedimos que escriba las 5 primeras palabras que más rápidamente le vengan a la mente al pensar en *Salud*. Luego, le pedimos que evalúe cada una de ellas marcando el casillero que corresponda según la siguiente escala (se presenta la propuesta de evaluación según escala Likert)”.

Para indagar RS de enfermedad se da la consigna: “le pedimos que escriba las 5 primeras palabras que más rápidamente le vengan a la mente al pensar en *Enfermedad*. Luego, le pedimos que evalúe cada una de ellas marcando el casillero que corresponda según la siguiente escala (se presenta la propuesta de evaluación según escala likert)”.

La técnica asociación de palabras se utiliza muy frecuentemente en la investigación sobre RS (Verges, 1999; Wagner, 1999 en Barreiro, 2014) y responde al enfoque estructural propuesto por Abric (1993, 1996, 2001). El análisis de la información obtenida a través de esta técnica pone de manifiesto el campo semántico específico de una RS y su estructura jerárquica (Abric, 1993, 1996, 2001; Verges, 1999; Wagner, 1999; Wagner & Hayes, 2011).

Abric (2001) propone que dicha metodología presenta como ventaja que la producción obtenida es espontánea y tiene una dimensión

proyectiva que permite un acceso rápido y fácil a los elementos que constituyen el universo semántico del término o del objeto estudiado.

Además, permite reconocer elementos implícitos o latentes que son enmascarados en las producciones discursivas (Abric, 2001).

Para describir el elemento organizador de la representación, se pueden utilizar tres indicadores: la frecuencia del ítem en la población, su rango de aparición en la asociación (definido por el rango medio calculado sobre el conjunto de la población), y la importancia del ítem para los sujetos (se obtiene pidiendo a cada sujeto que designe los dos términos más importantes para él). Además, la congruencia de los dos criterios (frecuencia y rango) constituye un indicador de la centralidad del elemento (Abric, 2001)

Procedimiento

La presentación de los instrumentos se realizó en dos sedes de la Universidad, siendo previamente evaluado y aprobado por la comisión de ética del Instituto de Investigaciones. Además fue aceptado por las autoridades y profesores en cuyas horas fue aplicado.

La administración se realizó personalmente, de manera colectiva y considerando el momento de mayor probabilidad de asistencia de alumnos, coincidiendo con exámenes parciales.

De acuerdo al código de ética se solicitó el consentimiento informado de los estudiantes, aclarando que su participación era de tipo voluntaria, anónima y que los datos que se obtuvieran del estudio serían utilizados con una finalidad académica- científica. Además se les informó del objetivo de la investigación y que el tiempo de duración sería de 20 minutos. Previamente a la administración del instrumento fue evaluado por la comisión de ética dando su aprobación del estudio.

Análisis de Resultados

Para describir la estructura de la RS de la salud y enfermedad de los estudiantes, se utilizó el software EVOC (Ensemble de programmes permettant l'analyse des evocations) versión 2000 diseñado por Verges (1999).

Ensemble de Programmes Permettant L'analyse des Évocations (EVOC)

Para el análisis cuantitativo de los datos se utilizó el software EVOC (Vergés, 1992) que calcula e informa la frecuencia simple de cada palabra evocada, la ocurrencia media ponderada de cada palabra en función del orden de evocación y la media de los órdenes medios ponderados del conjunto de términos evocados (Silva, 2011).

A partir de las palabras evocadas, con el programa se obtiene un cuadrante que representa en el margen superior izquierdo el núcleo central; en el margen superior derecho la primera periferia, en el margen inferior izquierdo el grupo contraste y la denominada segunda periferia en el margen inferior derecho.

El núcleo central contiene los elementos más sobresalientes y significantes debido a que han sido evocados por la mayoría de la muestra (frecuencia) y en los primeros lugares (importancia). La primera periferia está compuesta por evocaciones consideradas frecuentes pero en lugares menos importantes. En el grupo contraste se observan evocaciones consideradas importantes pero poco frecuentes; la segunda periferia contiene elementos de baja intensidad y frecuencia (Wachelke, 2011; Bonnac, 2002).

CAPÍTULO 6

RESULTADOS

Para analizar la estructura de la RS de la salud y enfermedad de los estudiantes, se utilizó el software Evoc (Ensemble de programmes permettant l'analyse des evocations) versión 2000 diseñado por Verges (1999).

En primer lugar, el corpus textual obtenido mediante la técnica de asociación de palabras (5717 de las cuales 623 eran formas diferentes) fue procesado para reemplazar sinónimos de acuerdo al diccionario de la RAE (anexo) y términos con diferentes formas gramaticales (género y formas plurales / singulares). En todos los casos se conservó la forma con mayor frecuencia en el corpus de asociaciones, considerando que la misma respeta la terminología utilizada por la población evaluada. Algunos ejemplos de dicha descripción son: **acceso** en referencia a accesibilidad a tener ayuda, accesible, acceso, acceso a servicios públicos, accesibilidad y acceso a posibilidades ; **actividad física** asociada con activo, actividad, aire libre, aire, hacer ejercicios, actividad física, deportes, hacer gimnasia, ejercicios físicos, entrenamiento: saltar, correr, actividad, danza, vida sana-deporte, ejercicios, caminar, sedentarismo; **equilibrio** relacionado con estable, estabilidad, equilibrio, equilibrio emocional, equilibrio biopsicosocial, equilibrio psicológico y

estable; **falta de motivación** fue utilizado para no tener ganas de nada, sin ánimo, desgano, desánimo y desmotivación.

A continuación, se elaboraron los análisis considerando un umbral de frecuencia mínima de 5, por lo que solo se incluyeron las palabras con una frecuencia de asociación mayor o igual 5 en la muestra total y un rango de 2,9 (Verges, 1999).

Luego, para analizar el Cuestionario TMMS-24, se calcularon tres pruebas t de Student para los niveles de inteligencia emocional entre los ingresantes y los egresantes.

Los resultados de RS quedaron expresados de la siguiente manera:

Representación Social de **Salud** para **ingresantes** de carreras de Ciencias de la Salud de la UM

Tabla 1. Frecuencia intermedia y rango promedio de las asociaciones de salud para los ingresantes (n=385)

		Rango medio < 2,9		Rango medio >= 2,9		
Frec	Palabra	Frec.	Rango	Palabra	Frec.	Rango
> = 10	Optimismo	12	2,750	Felicidad	45	3,111
	Mental	25	2,680	Físico	25	2,960
	Enfermedad	96	2,646	Medicamentos	69	3,304
	Enfermera/o	13	2,538	Médicos	109	3,046

Higiene	33	2,788	Necesario	10	3,200
Hospital	106	2,632	Pacientes	15	3,600
Medicina	41	2,341	Salud	13	3,308
Prevención	29	2,828	Social	16	3,750
Sano	12	2,417	Vacunas	31	3,032
Tratamientos	13	2,846	Vida	39	3,410

	Palabra	Frec.	Rango	Palabra	Frec.	Rango
5 < = Frec. < 9	Atención	7	2,857	Emocional	7	3,571
	Ausencia de Enfermedad	8	2,750	Tranquilidad	9	3,444
	Bienestar Físico	6	2,167	Energía	8	3,375
				Enfermo	6	3,500
				Espiritualidad	5	3,400
				Estudios	5	5,000
				Personas	9	3,222
				Relaciones	8	3,750
				Responsabilidad	8	3,875
				Seguridad	5	3,400

Los resultados indican que el núcleo central de la RS de salud para los ingresantes a carreras de Ciencias de la Salud está compuesto por *hospital, enfermedad, medicina, higiene, prevención, mental,*

tratamientos, enfermero/a, optimismo y sano. La mayor frecuencia se presenta en los conceptos de enfermedad y hospital, que junto con enfermero/a, medicina y sano están referidos a perspectivas relacionadas con los paradigmas de 1990 que definían a la salud como ausencia de enfermedad reconociendo el rol de la salud en el constructo médico hegemónico de esa época. Sin embargo, se agrega al núcleo central la noción de prevención, lo que da cuenta que el colectivo ya considera dicho término como referente de la salud.

Cabe destacar la escasa presencia de términos asociados a lo emocional para referirse a salud, dado por los términos mental y optimismo.

Asimismo, en la primera periferia se ubican las palabras que tuvieron una frecuencia alta pero fueron evocadas con posterioridad y disputan una cercanía con el Núcleo Central de la Representación. Se reconocen *felicidad, físico, medicamentos, médicos, necesario, pacientes, salud, social, vacunas y vida.* Las que se presentan con mayor frecuencia, médicos y medicamentos, corresponden con la lógica del paradigma mencionado.

En el grupo contraste, que son aquellas evocaciones que se presentan en pocos participantes pero con un alto rango en su consideración, se presentan *atención, ausencia de enfermedad y bienestar físico.* Se puede pensar que la población ha propuesto

constructos de más de una palabra para poder describir la noción, que desde la teoría interpelaría al núcleo central.

Finalmente, en la segunda periferia se asocia a la salud con *emocional, tranquilidad, energía, enfermo, espiritualidad, estudios, personas, relaciones, responsabilidad y seguridad.*

Se podría pensar que *pacientes*, término presente en la primera periferia, es interpelado por personas y enfermo (que hace referencia a personas enfermas), evocación que aparece en la segunda periferia asociado a relaciones, responsabilidad y a tranquilidad.

La segunda periferia refleja diferentes dimensiones asociadas a la salud que dan cuenta de aspectos positivos, relacionales, emocionales y espirituales ligados a la seguridad, responsabilidad y tranquilidad de las personas.

Representación Social de **Enfermedad** para **ingresantes** de carreras de Ciencias de la Salud de la UM

Tabla 2. Frecuencia intermedia y rango promedio de las asociaciones de enfermedad para los ingresantes (n= 385)

		Rango medio < 2,9		Rango medio >= 2,9	
Frec.	Palabra	Frec.	Rango	Palabra	Frec. Rango

>=	Tristeza	61	2,311	Sufrimiento	17	3,176
10	Mental	11	2,636	Mala alimentación	11	3,091
	Preocupación	10	2,700	Medicamentos	101	3,000
	Drogas	10	2,700	Médicos	43	3,581
	Fiebre	13	2,615	Prevención	12	3,083
	Malestar	106	2,104	Recuperación	13	3,462
	Muerte	93	2,570	Reposo	24	3,417
	Problemas	19	2,579	Síntomas	15	3,000
	Salud	22	2,500	Tratamientos	44	3,341
	Virus	20	2,500	Vacunas	15	3,133
	5 < =	Palabra	Frec.	Rango	Palabra	Frec.
9	Mal Humor	8	2,875	Optimismo	5	3,800
	Malestar Anímico	6	2,167	Pesimismo	8	3,125
	Problemas Mentales	6	2,667	Soledad	8	4,000
	Diagnóstico	8	2,875	Medicina	8	3,500
	Fumar	6	2,833	Negativo	6	3,833
	Gripe	6	2,333	Padecimiento	5	3,000
	Pacientes	6	2,667	Sedentarismo	9	3,222
	Resfrío	8	2,375	Social	5	4,000
	Riesgos	5	2,800	Vicios	5	3,400

Tos	7	2,857	Vida	5	4,000
-----	---	-------	------	---	-------

El núcleo central de la RS de enfermedad para los ingresantes de las carreras de Ciencias de la Salud está compuesto por *tristeza, mental, preocupación, drogas, fiebre, malestar, muerte, problemas, salud y virus*, presentando mayor frecuencia malestar, muerte y tristeza. Es decir que, para la población estudiada la enfermedad está asociada a un constructo que representa situaciones definidas, sin retorno e irreversibles, que preocupan, son considerados problemas y que tiene connotaciones emocionales como la tristeza y el malestar. Se observa la presencia de aspectos emocionales en las expresiones tristeza, mental y preocupación. Semejante a la RS de salud, los ingresantes refieren términos que enfatizan lo físico y lo emocional ligado al cuerpo enfermo.

La primera periferia de la representación está compuesta por *sufrimiento, mala alimentación, medicamentos, médicos, prevención, recuperación, reposo, síntomas, tratamientos y vacunas*, dando cuenta en la RS de ingresantes la influencia de la mala alimentación, la presencia de síntomas, de reposo, tratamientos y recuperación en la noción de enfermedad.

La primera periferia, entonces, fortalece al núcleo central con expresiones que atienden a *procesos*, acercándose a la definición de la

OMS (2006) referida al “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Estas nociones integran este nuevo paradigma diferenciándose del modelo médico hegemónico, incorporando la *prevención, recuperación, tratamientos, y alimentación*. Agrega *reposo* que es una propuesta ligada al cuidado de lo físico no solo desde los síntomas atendidos con medicación sino desde el descanso y *recuperación*.

Por su parte, el grupo contraste incorpora *mal humor, malestar anímico, problemas mentales, diagnóstico, fumar, gripe, pacientes, resfrío, riesgos y tos*; mientras que la segunda periferia está conformada por *optimismo, pesimismo, soledad, medicina, negativo, padecimiento, sedentarismo, social, vicios y vida*.

El grupo contraste acerca nuevas nociones en cuanto a la naturaleza de la concepción con la que se viene representando la enfermedad e incorpora términos de la práctica en disciplinas de la salud: la noción de *diagnóstico* y de *problemas mentales*.

Puede observarse en ambos la creciente consideración de los factores emocionales relacionales asociados a la enfermedad, tales como el humor, lo anímico, *pesimismo, optimismo, soledad y padecimiento*.

Por otro lado, estos grupos representan a la enfermedad en frecuencia posterior al diagnóstico con signos ligados a cuadros

respiratorios: *gripe, resfrío y tos*, así como a la actividad de *fumar, riesgos y vicios*.

Estas nociones responden a la perspectiva que presenta Alcántara (2008), considerando que la salud y la enfermedad representan términos que forman parte de un binomio y “apostados en los extremos del proceso salud-enfermedad, asemejando dos áreas entrelazadas que se tocan y se diferencian al mismo tiempo”. Es decir, no existe un límite preciso entre la salud y enfermedad, presentándose *enfermedad* en el núcleo central y *salud* en la *primera periferia* para representación social de salud; y en el núcleo central *salud* para la representación social de enfermedad.

Representación Social de **Salud** para **egresantes** de carreras de Ciencias de la Salud de la UM

Tabla 3. Frecuencia intermedia y rango promedio de las asociaciones de salud para los egresantes (n=203)

		Rango medio < 2,9		Rango medio >= 2,9		
Frec.	Palabra	Frec.	Rango	Palabra	Frec.	Rango
>=	Mental	17	2,882	Alegría	10	3,000
10	Ausencia de enfermedad	13	2,615	Alimentación	17	3,647

Bienestar	114	1,789	Apoyar	10	3,800	
Enfermedad	41	2,512	Cuidados	16	3,563	
Equilibrio	21	2,619	Curación	11	3,455	
Higiene	12	2,583	Felicidad	27	2,963	
Hospital	46	2,370	Medicamentos	11	3,000	
Prevención	47	2,882	Médicos	33	3,273	
			Promoción	14	3,143	
			Tranquilidad	11	3,636	
5 < =	Palabra	Frec.	Rango	Palabra	Frec.	Rango
Frec.	Atención	6	2,000	Armonía	8	3,125
< 9	Bienestar Físico	5	1,400	Satisfacción	8	3,375
	Buena	7	2,857	Calidad de Vida	7	3,000
	Alimentación					
	Educación	6	2,333	Centro de Salud	6	4,167
	Interdisciplinario	6	2,667	Consultas	5	3,200
				Médicas		
	Personas	5	2,600	Derechos	6	3,167
	Proceso	8	2,250	Futuro	6	4,167
	Profesionales	5	2,600	Físico	8	3,125
	Vacunas	5	2,200	Social	9	3,333
	Vida	7	2,571	Tratamientos	9	3,333

En la muestra conformada por los egresantes de carreras de Ciencias de la Salud, la salud es representada como un *estado de bienestar*, con notable presencia de la *prevención* y asociado a *hospital*. Se incorpora la noción de *equilibrio* y *ausencia de enfermedad*. Cabe mencionar que los términos *enfermedad*, *higiene* y *mental* se conservan en el núcleo central.

Asimismo, la primera periferia está compuesta por *alegría*, *alimentación*, *apoyar*, *cuidados*, *curación*, *felicidad*, *medicamentos*, *médicos*, *promoción* y *tranquilidad*; que refuerzan las concepciones mencionadas anteriormente e incluye la noción de cuidados y apoyo en alusión a la importancia de lo relacional en el pensar y hacer la salud. En este sentido *prevención*, que ha aumentado su frecuencia en el núcleo central comparativamente con los ingresantes, queda asociada en la primer periferia con *promoción*.

En el grupo contraste se asocian los términos *atención*, *bienestar físico*, *buena alimentación*, *educación*, *interdisciplinario*, *personas*, *proceso*, *profesionales*, *vacunas* y *vida*; y en la segunda periferia *armonía*, *satisfacción*, *calidad de vida*, *centro de salud*, *consultas médicas*, *derechos*, *futuro*, *físico*, *social* y *tratamientos*.

Estas nociones que representan para los estudiantes la salud se incluyen en el Paradigma de la Complejidad, cuyo objeto de estudio es la población entendida como un todo indivisible, en el que actúa una

causalidad no lineal y basado en la indagación a partir de las Ciencias Sociales (Sotolengo, 2009).

Además, este paradigma cuestiona que puedan determinarse las mismas causas y factores de riesgo para los individuos y las poblaciones. Por lo tanto, reconoce que en el espacio de lo "micro" funcionan las leyes de lo biológico e individual y en el espacio de lo "macro social" los fenómenos en su totalidad sin dejar de visualizar las partes que lo componen.

Los egresantes de las carreras de ciencias de la salud pueden articular las nociones de salud y enfermedad en ambas dimensiones, en el anclaje de lo micro a lo macro, de la *persona* a los *procesos*, del *médico* a los *profesionales* y la *interdisciplina*, del *hospital* a los *centros de salud* y la *calidad de vida*; de los *tratamientos*, *estudios* y las *vacunas* al *cuidado*, las *relaciones*, la *responsabilidad*, la *prevención* y *promoción*.

En este mismo sentido, Morales Calatayud (1997), propone que deben establecerse acciones destinadas al individuo, a las familias, los grupos, comunidades y la sociedad, tendientes a la atención, promoción y prevención en salud y enfermedad.

Se destaca en el grupo de egresantes para la RS de salud la incorporación de las nociones *futuro* y *derechos*, coincidentes con los determinantes de la salud, es decir el "conjunto de elementos

condicionantes de la salud y de la enfermedad en individuos, grupos y colectividades” (Avila Agüero, 2009). El reconocimiento de los mismos, su posibilidad de modificación e interacción entre sí, configuran los aspectos desde los cuales se deben establecer las políticas de salud en una población.

Representación Social de **Enfermedad** para **egresantes** de carreras de Ciencias de la Salud de la UM

Tabla 4. Frecuencia intermedia y rango promedio de las asociaciones de enfermedad para los egresantes (n=203)

		Rango medio < 2,9		Rango medio >= 2,9		
Frec.	Palabra	Frec.	Rango	Palabra	Frec.	Rango
>= 10	Sufrimiento	18	2,500	Angustia	11	3,545
	Malestar	82	2,195	Apoyar	13	3,615
	Desequilibrio	19	2,895	Curación	17	3,118
	Dolor	66	2,242	Depresión	13	3,077
	Muerte	31	2,613	Hospital	18	3,167
				Incapacidad	12	3,167
				Medicamentos	35	3,314
				Tratamientos	21	3,381
				Tristeza	27	3,037

5 < =	Palabra	Frec.	Rango	Palabra	Frec.	Rango
Frec. < 9	Ausencia de	5	1,000	Miedo	5	3,800
	Salud					
	Contagio	8	2,500	Negativo	6	3,500
	Cuidados	5	2,800	Patología	5	3,000
	Cáncer	9	1,889	Prevención	6	3,333
	Deterioro	6	1,833	Proceso	6	3,500
	Discapacidad	7	2,000	Rehabilitación	5	3,800
	Infección	6	2,667	Reposo	6	3,833
	Médicos	9	2,667	Sedentarismo	7	3,000
	Virus	9	2,667	Soledad	6	3,333
				Síntomas	5	3,000

En la muestra integrada por los egresantes de las carreras de Ciencias de la Salud, la enfermedad es pensada desde el *malestar* y *dolor* asociados a la *muerte*, el *desequilibrio* y el *sufrimiento*.

En la primera periferia, el grupo de egresantes aportan a enfermedad la presencia de *medicamentos*, *tratamiento*, *hospital* y *curación*, sin descuidar los factores emocionales de *tristeza*, *angustia* y *depresión*. Esta primera periferia también está conformada por *apoyar* e *incapacidad*, que podrían asociarse a tratamientos y curación, que serían

un eslabón de cambio en la nueva representación de enfermedad en los egresantes.

La segunda periferia acompaña la hipótesis expuesta mediante las evocaciones *prevención, proceso, rehabilitación, soledad y miedos*. Se connota positivamente la presencia de aspectos emocionales y relacionales debido a la influencia de las emociones en la representación de la enfermedad. Esta misma periferia está representada por *negativo, patología, reposo, sedentarismo y síntomas*.

El grupo contraste incluye *ausencia de salud, contagio, cuidados, cáncer, deterioro, discapacidad, infección, médicos y virus*.

CAPÍTULO 7

DISCUSIÓN

El objetivo general de este trabajo es analizar si existen diferencias en las Representaciones Sociales (RS) de la salud y la enfermedad al iniciar y terminar el cursado de Carreras de Ciencias de la Salud de estudiantes de la provincia de Mendoza. A partir del mismo, se desarrollan los aportes en la discusión del presente capítulo.

La descripción presentada en los resultados de la representación social de salud dan cuenta que los ingresantes utilizan con mayor frecuencia y rango *hospital* y *enfermedad* mientras que los egresantes utilizan *bienestar*, *enfermedad* y *hospital*. La frecuencia de aparición de los términos mencionados varía entre ambos grupos, destacándose para los egresantes la incorporación del término *bienestar* y *equilibrio*.

Se puede pensar que la OMS desde y con la incorporación del término *bienestar* en su definición de salud, organiza para esta población la representación social de salud, por lo que sería una expresión socializada en la formación de grado, anclada en el lenguaje utilizado por los egresantes.

Además, daría cuenta de cómo las instituciones instalan nociones, implican un reentramado de conocimientos, valores, actitudes y

contenidos académicos que reconstruyen lo dado organizando una nueva representación; y, a su vez, sugieren una responsabilidad en la transmisión del conocimiento con lo que esto implica en las prácticas profesionales.

Por otro lado, los datos obtenidos coinciden con las representaciones sociales de salud de una comunidad de Colombia que identificó a las evocaciones *vida* y *bienestar* como los elementos más sólidos y estables en la estructura de representación (Moreno, 2016); y con la representación social de la salud mental definida por un grupo de profesionales a partir de los términos *estabilidad* y *equilibrio* (Betancur, 2014).

En el estudio mencionado la representación social de salud, entendida desde estas expresiones, indica una percepción integradora desde el punto de vista físico, psicosocial y “como un anhelo”, reconocido como deseo máximo a alcanzar y algo que por necesidad se aspira obtener (Moreno, 2016).

La representación social de salud traslada lo *social*, que integra los términos propuestos en la muestra: *sociedad*, *comunidad*, *sociedad/cultura*, *entorno*, *sociabilización*, *población* y *afecta al entorno* de la primera periferia en ingresantes a la segunda en egresantes. Lo que se destaca, además, es un deslizamiento a términos asociados con lo relacional como *apoyar*, *cuidados* y *promoción* relacionado en la muestra

con *apoyo familiar en caso de enfermedad, asistencia social, ayuda al prójimo, ayuda, ayudar, asistencia, asesoramiento a la gente, cuidados al paciente, mimarse, cuidados, cuidar, cuidados especiales, cuidado personal, cuidado físico y mental, atención, protección y buenos cuidados.*

Es decir, los egresantes estarían describiendo la salud como un *estado de bienestar*, asociado al *equilibrio*, que incluye el *apoyo, cuidados* y la *promoción*. Coincidente con la propuesta de Saforcada (2012) y el paradigma de la salud colectiva, la salud reorienta el foco a un conjunto de concepciones y prácticas que se traducen en una actitud de apertura hacia la construcción compartida de conocimientos. Pensar en *equilibrio, promoción, cuidados* y *apoyo* es entender a la persona como participante activo en el proceso de salud enfermedad y buscar intervenir en la sociedad para desarrollar espacios de salud y limitar riesgos en un contexto ecológico, así comprendido.

En relación a los actores de la salud relacionados con las RS de salud, *médicos* se sostiene en ambos grupos. Los egresantes incorporan los términos *profesionales* e *interdisciplinario* que hacen referencia a una consideración colectiva de la salud. El lugar donde se ejerce la salud también presenta la misma lógica, hospital es evocado en ambos grupos y son los egresantes quienes incluyen los *centros de salud* y *las consultas médicas* como espacios de intervención.

El paradigma de la Salud Colectiva propone un cambio en el componente de intervención, desde la hegemonía médica, acompañada por enfermeros y psicólogos clínicos, a la comunidad como participante activa y acompañada por un equipo interdisciplinar (Saforcada, 2012). Lo interdisciplinar hace referencia a la construcción del conocimiento a partir del reconocimiento de las necesidades de salud de la comunidad; mientras que la salud colectiva pone en primer lugar a la comunidad para la construcción del conocimiento.

En la misma línea, se comprende entonces que el foco de análisis se desliza a la población como componente principal y activo en los programas y políticas de salud y, por tanto, es necesario que puedan construirse conocimientos de protección y promoción de salud, y prevención de la enfermedad para que puedan tener el poder de tomar decisiones; como lo mencionan los egresantes en la RS de salud.

Otro aspecto que ha sido modificado en la segunda periferia de los egresantes es la presencia de las nociones de *derechos*, *futuro* y *calidad de vida*. Como se expresó en la presentación de los resultados, estas evocaciones dan cuenta de los determinantes de la salud como elementos indispensables del saber y saber hacer en el ejercicio profesional. *Derechos*, *futuro*, *calidad de vida* contextualizan la prácticas interdisciplinarias en las políticas públicas.

En el análisis comparativo del núcleo central de la RS de enfermedad para ingresantes y egresantes no se observan diferencias en la construcción de las mismas, definiéndola como *malestar, muerte, sufrimiento* y *tristeza*. Es decir que, tanto para ingresantes como egresantes, la enfermedad está asociada a un constructo que representa situaciones que preocupan, son consideradas *problemas* y con connotaciones emocionales de *tristeza* y *malestar*.

No obstante, resulta significativa la noción de *desequilibrio* incorporada en el núcleo central de las RS de enfermedad para los egresantes, similar a la noción de equilibrio mencionada en salud, haciendo referencia a la comprensión de la salud y la enfermedad como binomio que representa opuestos que forman parte de un mismo proceso.

Los resultados presentados coinciden con la investigación realizada por Eslava (2005) con estudiantes de enfermería, en la cual concluye que los conceptos de salud- enfermedad son presentados en términos de polaridad y mutuamente excluyentes, utilizando mayormente para su definición conceptos generales como bienestar, prevención, equilibrio, promoción de la salud al igual que contaminación, saneamiento básico, pobreza y desequilibrio.

En el caso de la población estudiada se considera que los conceptos representados construyen una lógica mayormente basada en

el proceso e integración, no siendo polarizados ni mutuamente excluyentes.

Por otro lado, los datos obtenidos coinciden con las representaciones sociales de salud de una comunidad de Colombia que identificó a las evocaciones *vida* y *bienestar* como los elementos más sólidos y estables en la estructura de representación (Moreno, 2016); y con la representación social de la salud mental definida por un grupo de profesionales a partir de los términos *estabilidad* y *equilibrio* (Betancur, 2014).

En el primer estudio mencionado la representación social de salud, entendida desde estas expresiones, indica una percepción integradora desde el punto de vista físico, psicosocial y “como un anhelo”, reconocido como deseo máximo a alcanzar y algo que por necesidad se aspira obtener (Moreno, 2016).

En las periferias y el grupo contraste de los egresantes se observan evocaciones tales como *apoyar*, *incapacidad* y *desequilibrio* que serían un nuevo elemento para la construcción de la representación de enfermedad de los egresantes.

La segunda periferia incluye la *prevención*, *proceso*, *rehabilitación*, *soledad* y *miedos*, connotando positivamente la presencia de aspectos emocionales y relacionales debido a la influencia de las

emociones en la representación de la enfermedad. Por lo tanto, los aspectos relacionales se presentan de la misma manera que en la RS de salud, entendiendo que traslada lo *social* a las nociones que involucran la necesidad de otros (soledad).

La muestra incorpora los conceptos de *incapacidad*, en la primera periferia, y *discapacidad* y *deterioro* en grupo contraste, lo cual no había sido incluido por los ingresantes y orienta la posibilidad de pensar en nuevos elementos para la representación de enfermedad en egresantes.

En cuanto a las diferencias entre ingresantes y egresantes también se presentan en conceptos relacionados con la alimentación en la RS de salud para los egresantes como *alimentación* en la primera periferia y *buena alimentación* en el grupo contraste. En los ingresantes, dicha noción se presenta en la RS de enfermedad expresada como *mala alimentación*.

Algunos resultados observados en las investigaciones (Eslava, 2005; Torres, 2010) muestran diferencias respecto a la RS de salud y enfermedad obtenidas en el presente trabajo; siendo el más significativo la ausencia de la consideración de los factores económicos, el acceso a un trabajo y las normas sociales para conceptualizarlas.

En este sentido, en el estudio de Eslava (2005) el desempleo, la corrupción y la falta de educación son considerados factores que

intervienen en la aparición o permanencia de la enfermedad; y en investigaciones con población adulta se destaca el desarrollo de un trabajo como elemento básico en la prevención de la enfermedad (Torres, 2010).

A su vez, en el análisis de las diferencias de género en población adulta, los varones señalaron los gastos económicos que implica su atención, mientras que las mujeres el agotamiento que conlleva el trabajo de atención de los enfermos (Torres, 2010).

Otro aspecto que se destaca en los estudios, es una visión fragmentada que enfatiza en la dualidad de los conceptos, observado en que tanto la salud como la enfermedad se representan a partir de la ausencia y/o presencia de determinados elementos que condicionan en el individuo el estar sano o enfermo (Castellanos, 1998).

En el presente trabajo se destaca la presencia de términos que hacen referencia a una definición más integral del binomio en el que coexisten los determinantes de la salud.

Las nociones presentadas para ingresantes y egresantes responden a la perspectiva que presenta Alcántara (2008), considerando que la salud y la enfermedad representan términos que forman parte de un binomio y “apostados en los extremos del proceso salud-enfermedad, asemejando dos áreas entrelazadas que se tocan y se diferencian al

mismo tiempo". Es decir, no existe un límite preciso entre la salud y enfermedad, presentándose *enfermedad* en el núcleo central y *salud* en la primera periferia para representar salud; y en el núcleo central *salud* para la representación social de enfermedad.

Además, este paradigma cuestiona que puedan determinarse las mismas causas y factores de riesgo para los individuos y las poblaciones. Por lo tanto, reconoce que en el espacio de lo "micro" funcionan las leyes de lo biológico e individual y en el espacio de lo "macro social" los fenómenos en su totalidad sin dejar de visualizar las partes que lo componen.

Los egresantes de las carreras de ciencias de la salud pueden articular las nociones de salud y enfermedad en ambas dimensiones, en el anclaje de lo micro a lo macro, de la *persona* a los *procesos*, del *médico* a los *profesionales* y la *interdisciplina*, del *hospital* a los *centros de salud* y la *calidad de vida*; de los *tratamientos*, *estudios* y las *vacunas* al *cuidado*, las *relaciones*, la *responsabilidad*, la *prevención* y *promoción*.

En este mismo sentido, Morales Calatayud (1997), propone que deben establecerse acciones destinadas al individuo, a las familias, los grupos, comunidades y la sociedad, tendientes a la atención, promoción y prevención en salud y enfermedad.

De esta primera hipótesis, para la muestra estudiada, se evidencia la influencia del proceso educativo en la conceptualización de la salud y la enfermedad. Se confirma la influencia del recorrido académico y la práctica profesional (PPS y PFO) en la construcción de la representación social de la salud y enfermedad presentes en las evocaciones *equilibrio, promoción, interdisciplinario, derechos, centro de salud, armonía, calidad de vida, profesionales, desequilibrio, incapacidad, rehabilitación y proceso*.

Además, se destaca la representación de la salud y enfermedad como *proceso*, que denota la interacción de la persona con el ambiente y la complejidad de los factores que intervienen en la teorización de las mismas.

Por otra parte, la evocación de emociones está presente en las representaciones sociales de la salud y enfermedad de los estudiantes de carreras de Ciencias de la Salud.

En la RS de salud para ingresantes se presentan las nociones de *optimismo, mental, felicidad, emocional y tranquilidad*; y en la RS de salud de egresantes las evocaciones emocionales hacen referencia a *mental, alegría, apoyar, felicidad, tranquilidad, armonía y satisfacción*. En el caso de la enfermedad, los ingresantes mencionan *tristeza, mental, preocupación, sufrimiento, mal humor, malestar anímico, problemas mentales, optimismo, pesimismo y soledad*; y los egresantes evocan el

sufrimiento, malestar, angustia, apoyar, depresión, tristeza, miedo y soledad.

En un primer análisis de las representaciones, se observa que las evocaciones respecto a las emociones se presentan con términos opuestos, continuado con la lógica de la visión de la salud enfermedad en término de polaridades. Por lo tanto, se presentan la *angustia y la tranquilidad/ armonía, el sufrimiento y la satisfacción, el miedo y la alegría, la soledad y el apoyo, la tristeza y la felicidad, la depresión y el optimismo.*

En investigaciones de representaciones sociales realizadas con estudiantes de ciencias de la salud (Eslava, 2005; Moll León, 2013) se obtienen resultados similares, las emociones que reflejan la salud y la enfermedad se presentan con términos que hacen alusión a los polos del proceso: la *alegría, la felicidad, la armonía y la tranquilidad* son representadas en la salud, y de forma contraria, la *tristeza, el sufrimiento, el dolor, la soledad y el miedo* se presentan en la enfermedad.

Además, si se establece una comparación en el núcleo central y la primer periferia entre los grupos de ingresantes y egresantes, la presencia de nociones en relación a lo emocional para salud aumenta de 3 en el primer grupo a 5 para el segundo; y de 4 a 6 en relación a enfermedad. De esta manera, para la representación social (núcleo central y la primer periferia), los ingresantes definen la salud utilizando 15% de evocaciones emocionales referidas a la salud y 20% referidas a la

enfermedad; mientras que los egresantes representan a la salud con 20% de evocaciones emocionales y 42,85% para la enfermedad.

A partir de estos resultados, se observa mayor referencia a los aspectos emocionales en relación a la enfermedad, en nociones tales como *angustia, sufrimiento, miedo, soledad, tristeza, depresión*; lo que daría cuenta de que la percepción y atención de emociones se presenta con mayor prevalencia en la enfermedad.

Los estudiantes que egresan de las carreras de Ciencias de la Salud incorporan las nociones emocionales en la RS de salud y enfermedad; siendo la formación académica un ámbito que permite valorizar la función de las emociones en dicho proceso. Este aspecto resulta significativo siguiendo la propuesta de Banchs (1996) quien reconoce que las emociones ejercen un rol preponderante en la selección de informaciones y en el posicionamiento favorable o desfavorable frente a aquello que se considera objeto de representación, y en la construcción de ese objeto a través de un discurso que le confiere realidad objetiva (objetivación) y lo ancla en una red de significados (anclaje).

Asimismo, coincide con la investigación realizada por Bassani (2008) cuyos participantes modifican la concepción acerca de la salud a partir de la participación en talleres dirigidos al metaconocimiento de emociones, considerando que la salud no puede definirse sólo como ausencia de enfermedad, siendo vinculada con equilibrio psico-físico-

social, la estabilidad emocional, el conocimiento de los sentimientos y emociones intra e interpersonales como rol primordial en la vida de las personas. En este sentido, en los estudiantes de la investigación se reconoce principalmente la noción del *equilibrio* como parte de la salud acompañada por nociones que hacen referencia a emociones intrapersonales: *equilibrio, alegría, felicidad, tranquilidad, armonía, satisfacción, sufrimiento, malestar, angustia, depresión, tristeza, miedo y soledad* e interpersonales: *apoyar*, presente tanto en la salud como la enfermedad.

En capítulos anteriores se ha destacado la influencia de las emociones en la salud física, psíquica y el desarrollo cognitivo, reconociendo que las emociones y el afecto positivo se relacionan con una organización cognitiva más abierta, flexible y compleja, y con la habilidad para integrar distintos tipos de información (Jimenez, 2006); y a su vez el pensamiento abierto y flexible predice afectividad positiva en el futuro (Fredrickson, 2002).

El conocimiento de las emociones permite reconocer la influencia de la atención, claridad y regulación emocional para afrontar las diferentes situaciones que se presentan a los profesionales de la salud en su actuar cotidiano y que involucran las emociones propias y de los demás. Además, se ha reconocido la influencia de los estados emocionales en el juicio clínico de los profesionales de la salud, mostrando principalmente su

influencia y consecuencias en la atención a los enfermos y su familia
(García Caro, 2010).

CONCLUSIONES

Las carreras de las Ciencias Salud son las proveedoras del capital humano prioritario en la trama del sistema social de salud: los profesionales. Por lo tanto, no está fuera de las discusiones el papel que juegan los sistemas educativos en la determinación de la salud de los individuos, grupos y comunidades, ya sea a través de los modelos científicos como de los contextos de Prácticas Profesionales. El gran desafío aún por resolver es interrogar qué perfil de profesional formar, para qué prácticas y en qué sistema de inserción.

En este sentido, el propósito de esta tesis fue conocer las representaciones sociales de la salud y la enfermedad de los estudiantes, tanto ingresantes como egresantes, de las carreras de psicología, medicina, kinesiología y odontología, para poder estudiar la influencia de las teorías y prácticas profesionales en la visión y acercamiento a dos conceptos fundamentales en la formación y el ejercicio.

De esta manera, pudo arribarse a los objetivos propuestos posibilitando conocer este fenómeno complejo, el desarrollo epistemológico de los conceptos de salud y enfermedad, los avances respecto a psicología de la salud como marco de abordaje, el desarrollo actual de las investigaciones y la vinculación de los estudiantes con el “objeto de estudio”.

Los sistemas de salud son centros de debates permanentes en torno a su organización, efectividad y administración. Para ello se requiere un marco epistemológico que le de coherencia con la práctica y los potencie.

En la medida en que los sistemas de salud no consigan responder adecuadamente a los nuevos y complejos problemas de salud-enfermedad que afectan a las sociedades, el debate se profundiza.

Es una fortaleza del presente trabajo hacer foco en un objeto de estudio que es complejo, y articular en las RS como herramienta de investigación, la salud / enfermedad de la población universitaria en su formación, para comprender el holograma de múltiples miradas en la que la Salud es el objetivo. Por lo tanto, se ha tomado: objeto de estudio, cualidades del observador y herramientas para el desarrollo de objetivos, en el mismo holograma que integra modelo Sistémico y modelo Cognitivo ¿Qué más se le puede pedir a una primera experiencia de doctorado?

Sin embargo, cabe destacar que el presente estudio ha contado con una serie de limitaciones, entre las que se destaca el análisis de las representaciones sociales desde el modelo estructural de Abric.

Si bien este es una de las líneas más relevantes en estudio de las representaciones existen otras técnicas, como las entrevistas

semiestructuradas, que permiten indagar con mayor profundidad el conocimiento de las representaciones sociales de los participantes a través de su análisis. Por lo tanto, se reconoce que existen métodos que permiten mayor profundización en el abordaje de la información como el enfoque antropológico, que permite en entrevistas semiestructuradas comprender las representaciones en análisis pormenorizados.

No obstante, el enfoque estructural ofrece la posibilidad de evaluar a una mayor cantidad de participantes, es un modelo de rápida aplicación y sencillo, que permite cumplir con los objetivos propuestos por el presente estudio.

La construcción de modelos explicativos del proceso salud-enfermedad-práctica profesional es un cambio importante que da al profesional de la salud una responsabilidad en la problemática, al incorporarlo al área de su incumbencia y considerar los aportes de las ciencias sociales y de las RS como herramientas válidas para su desarrollo profesional.

Se hace necesario revitalizar el perfil profesional del egresado de las carreras de Ciencias de la Salud, incorporando visiones que contemplen los determinantes sociales y las realidades colectivas. Esta reorientación no debe basarse exclusivamente en cambios de contenidos curriculares, sino que deben acompañarse de estrategias pedagógicas que impacten en las diferentes dimensiones de la formación –en lo

emocional, en las prácticas y conocimientos– y que tengan un aporte de las ciencias sociales que, frente a una concepción biologicista, generen un conflicto cognitivo mostrando los límites de los esquemas tradicionales y sus déficits explicativos. El nuevo paradigma de la Salud Colectiva y de la Psicología de la Salud, así como las ciencias sociales permiten incorporar la complejidad que complementa y enriquece estos esquemas.

La visión de las Ciencias de la Salud y de la salud se vuelve más compleja: no se trata de anexar materias de las ciencias sociales a la línea “dura”, sino de revisar la concepción general que se tiene de la salud en la totalidad del plan de estudios. El nuevo perfil del egresado debiera sostener la necesidad de formar un profesional comprometido con la realidad socioeconómica del país, que incorpore conocimientos, prácticas y actitudes que permitan darle al fenómeno de salud y enfermedad la trama en la que se expresa.

Alcanzar un perfil de profesional de la salud con sentido social también implica introducir espacios de crítica a los modelos profesionales hegemónicos generando aperturas hacia explicaciones más complejas luego de las experiencias vividas y la discusión generada por dicha experiencia. La posibilidad de que los estudiantes incorporen la complejidad de la noción Salud, así como la necesidad de analizarla en función de un contexto que lo determina, es un punto crucial a la hora de avanzar en la discusión del modelo de salud para modificarlo.

Si bien los estudiantes ya ingresan a la formación con expectativas coincidentes a lo que ofrecen los programas de las carreras de Ciencias de la Salud, se deben potenciar espacios de crítica en ellos que reorienten sus expectativas a las necesidades sanitarias.

Por otro lado, y con la licencia que ofrece la autoría disciplinar, se agrega que es la Psicología como ciencia, disciplina y profesión, la principal promotora de gestión contextualizada y contextualizante de la interdisciplina en las ciencias de la salud. Con su fortaleza, el paradigma que la impronta: la diversidad de miradas y la búsqueda permanente de formas de integración dialéctica, no excluyentes, comprende que los medios y los fines no están separados, que el compromiso con la salud de la población involucra espacios de discusión, elección y juicio crítico.

Y, por sobretodo, es un agente de transformación social, no solo en el sentido político, sino además de una “renovadora” desde adentro, desde las propias formas en que se involucra en la profesión, es una artesana de la trama social, es una científica y una crítica de lo que existe y pretende mejorarlo. La propia Psicología como profesión lleva a esta inserción en las organizaciones, la educación, las prácticas humanas, lo que alimenta su excelencia y en muchos casos hasta cuestiona los espacios de poder. La Psicología es una ciudadana que no se restringe a los límites de sus prácticas profesionales y que busca denodadamente alentar tramas de salud para la calidad de vida.

En investigaciones para el desarrollo de la Salud en Psicología, y en Salud Colectiva se destaca la importancia del conocimiento y valoración de la Psicología de la Salud; Catalayud (2015) como campo de aplicación desde diferentes dimensiones:

1. La salud de las personas, como un componente esencial del proceso de la vida, un proceso dialéctico en permanente desarrollo que incluye diferentes estados y ciclos, el tránsito entre los mismos, así como diversas expresiones y determinantes biológicos, ambientales, económicos, sociales, psicológicos, culturales y espirituales.

2. Los conocimientos de carácter científico, así como los expresados en los saberes populares, las representaciones culturales y las prácticas derivadas que se relacionan con la salud y la enfermedad.

3. Las políticas públicas, los sistemas, servicios, programas e instituciones de todo tipo en relación con la promoción de la salud.

4. Los instrumentos legales de todo tipo y nivel y las políticas y prácticas correspondientes que garanticen el derecho a la salud, a la vida en ambientes saludables y el pleno acceso de todos los ciudadanos a las posibilidades de alcanzar el más alto nivel de salud posible, incluyendo los recursos más avanzados para la recuperación de la salud, y a los que protejan a toda la sociedad de potenciales acciones dañinas a la salud de cualquier procedencia, entre ellas las del “mercado de la enfermedad”.

5. La formación de recursos humanos para el trabajo en el campo desde la perspectiva de las numerosas disciplinas involucradas, de las diferentes áreas de las ciencias y las tecnologías.

6. La investigación científica, la orientación y prioridades de la misma, los recursos disponibles, el uso de los conocimientos y su introducción en la práctica social, en relación con la promoción y gestión de la salud positiva, la prevención y la atención de las personas enfermas.

7. La participación de los ciudadanos, ya sea en términos políticos, sociales y comunitarios en la gestión de su propia salud y en la toma de decisiones sobre la misma, en los diferentes escenarios: las comunidades, los ambientes laborales, las escuelas, los espacios de consumo y otros.

En relación a los resultados, es posible pensar algunas acciones que pueden desarrollarse en el proceso de formación de los profesionales tales como garantizar en el tramo de las Carreras actividades intercátedras e interfacultades que promuevan la comprensión diagnóstica integral y el abordaje interdisciplinar.

Para ello, una actividad sería conformar con docentes del ciclo profesional de cada Carrera, un espacio de integración científico - disciplinar que gestione planes a la medida para los servicios de Salud del medio mendocino con prácticas interdisciplinarias partiendo de las

experiencias de las Práctica Final Obligatoria y de las Prácticas Profesionales Supervisadas. Además debatir y/o exponer en la Jornadas Intercátedras de cada año dicha experiencia. Este espacio podría iniciar su actividad ofreciendo una definición colectiva de Salud con método de asociación libre y construcción colectiva del núcleo central.

Por otro lado, este estudio pretende dar apertura a futuras investigaciones en el campo de la salud que permitan continuar con el desarrollo de los conceptos desde una perspectiva compleja, que incluya sus aspectos epistemológicos, legales, históricos y comunitarios. En este sentido, podría ser desarrollado en futuras líneas, el análisis de la salud y la enfermedad de los profesionales que abordan la temática durante un tiempo prolongado, debido a que la práctica permite interrelacionar la teoría con las posibilidades que ofrece el contexto para su desarrollo.

Por último, el estudio de las políticas públicas, en conjunto con el desarrollo de legislaciones que las enmarquen, es un aspecto que también debe ser investigado en la salud argentina para profundizar en el estudio de las representaciones sociales de la salud y la enfermedad como trama hacia la interdisciplina que dignifique y empodere las vidas saludables.

REFERENCIAS

- Abric, J.C. (1995). Nature et fonctionnement du noyau central d'une représentation sociale: la représentation de l'entreprise. *Les Cahiers Internationaux Psychologie Sociale*, 28, 22-31. Recuperado de <https://communicationorganisation.revues.org/547>
- Abric, J.C. (2001). *Prácticas sociales y Representaciones*. Editorial Cultura Libre.
- Alcántara Moreno, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens*, 9 (1), 93-107. Recuperado de http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1317-58152008000100005&lng=es&nrm=iso. ISSN 1317-5815.
- Alfonso Pérez, I. (2007). La teoría de las representaciones sociales. *Boletín de Novedades de Psicología Online*, 1-42. Recuperado de http://www.psicologia-online.com/articulos/2007/representaciones_sociales.shtml
- Alvaro, J.L. y Garrido, A. (2003). *Psicología Social*. McGraw Hill/ Interamericana de España, S.A.U. Madrid.

Ávila Agüero, M. L. (2009). Hacia una nueva salud pública: determinantes de la salud. *Acta médica Costarricense*, 51 (2), 71-73. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=43411939002>

Banchs, M. A. (1986). Concepto de representaciones sociales: análisis comparativo. *Revista Costarricense de psicología*, 8-9, 27-40. Recuperado de <http://rcps-cr.org/wp-content/uploads/2016/05/1986.pdf>

Banchs, M. A. (2000). Aproximaciones procesuales y estructurales al estudio de las representaciones sociales. *Papers on social representations*. 9(3), 1-15. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=410504&pid=S1851-1686200900010002700003&lng=es

Barreiro, A.; Gaudio, G.; Mayor, J.; Santellan Fernández, R.; Sarti, D. y Sarti, M. (2014). La justicia como representación social: difusión y posicionamientos diferenciales. *Revista de Psicología Social: International Journal of Social Psychology*, 29 (2), 319-345. Recuperado de <https://doi.org/10.1080/02134748.2014.918821>

Betancur, C.; Restrepo-Ochoa, D.; Ossa, Y.; Zuluaga., C. y Pineda., C. (2014). Representaciones sociales sobre salud mental en un grupo de profesionales en la ciudad de Medellín: análisis prototípico y

categorial. *Revista CES Psicología*, 7(2), 96-107. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/4235/423539424008.pdf>

Bombelli, J. I.; Fernández, O. y Sosa, F. (2013). Representaciones sociales de la historia argentina y género. Un estudio con estudiantes militares. *Boletín de psicología*, 108, 71-90. Recuperado de <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N108-5.pdf>

Bonnet, Y.; Roussiau, N. y Vergès, P. (2002). Categorical and Prototypical Analysis2: A study On The Quality - Process In Hospital Institutions. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 15 pgs.

Borgucci, Emmanuel (2005). Las representaciones sociales y el realismo. *Opción*, 21. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=31004709>

Campo Redondo, M. S. y Labarca Reverol, C. (2009) Representaciones sociales del rol orientador del docente en estudiantes de educación. *Revista de Ciencias Sociales*, XV (1), 160-174. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/280/28011674012/>

Carletti, G. (2011). Las Representaciones Sociales sobre la participación en las escuelas centenarias de la ciudad de San Luis. *Fundamentos en Humanidades*, XII (24), 125-149. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/184/18426920005.pdf>

Carreras, M.P. y Torres Stöckl, C. M. (2013). Significaciones compartidas acerca del desarrollo: las Representaciones Sociales (RS) de estudiantes de la maestría de gestión ambiental (Universidad Nacional de Tucumán). *V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Castellanos, P. L. (1990). Sobre el concepto de Salud Enfermedad. *Boletín epidemiológico*, 10 (4). Recuperado de <http://www.ccgsm.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/castellanos.pdf>

Cejas, L. A. y Fernández, O. D. (2015). TICS y Educación: un estudio desde la perspectiva de las Representaciones Sociales. *VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Compagnucci, E. y Cardós, P. (2007). El desarrollo del conocimiento profesional del psicólogo: estudio de graduados en la UNLP. *XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en*

Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología- Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Deangelillo, C. A. (2006). Importancia de las humanidades en odontoestomatología. *Acta bioética*, 12 (1), 55-58. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2006000100008

De Lellis, M. y Mozobancyk, S. (2009). *El Proceso Salud Enfermedad y sus emergentes desde una Perspectiva Compleja*. Cátedra de Salud Pública-Salud Mental. Facultad de Psicología Universidad de Buenos Aires.

De Lellis, M. (2010). Psicología y políticas públicas saludables. *Psiencia. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 2(2): 102-106. Recuperado de <http://www.psiencia.org/ojs/index.php/psiencia/article/view/63/101>

Diener, E., Diener, M., y Diener, C. (1995). Factors predicting the subjective well-being of nations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 851-864. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7473035>

Domínguez Rodríguez, J.; Morales Calatayud, F. y Landeros López, M. (1999). La Psicología de la Salud en el plan de estudio de la medicina: razones del cambio. *Revista Cubana Educ. Med. Sup.*,

13(1), 19-27. Recuperado de
http://www.bvs.sld.cu/revistas/ems/vol13_1_99/ems03199.pdf

Duveen, G. & Lloyd, B. (2003). *Las representaciones sociales como una perspectiva de la psicología social*. En Castorina, J. A. (Comp.), *Representaciones sociales. Problemas teóricos y conocimientos infantiles*. Buenos Aires: Gedisa.

Eslava Albarracín, D.; Puntel de Almeida, M. C. (2005). Salud y enfermedad expresión gráfica de ideas en estudiantes de pregrado en enfermería. *Investigación y Educación en Enfermería*, XXIII (2), 70-81. Recuperado de
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105215403006>

Esparrell, Sergio y Gramajo Zoireff, Mauricio (2006). Representaciones sociales de los estudiantes de psicología de la universidad nacional de Tucumán sobre el ejercicio profesional del psicólogo. *XIII Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología UBA y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Farr, R. (1993). Las representaciones sociales. En: Moscovici, Serge. *Psicología Social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*. Barcelona: Paidós.

Fernández, C. R.; García de Camacho, S.; Gómez de Ferraris, M.; Lanusse, C. E.; Mazzáfero, V. E.; Ortega de Dinucci, M.; Pichel, R.; Rivero, I.; Rodríguez Isarn, H. y Santesteban, C. (2002). *Criterios y pautas para la acreditación de las carreras de posgrado*. Comisión Asesora de Posgrado en Ciencias de La Salud. Ministerio De Educación, Ciencia Y Tecnología – Argentina.

Fernández, O. D.; Cejas, L. A. y Sosa, F. M. (2013). Memoria colectiva y representaciones sociales de la historia en estudiantes de psicología. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Franco, A. M.; Ochoa, E. y Martínez, E. (2004). Reflexiones para la construcción de política pública con impacto en el componente bucal de la salud. *Rev Fac Odont Univ Ant*, 15 (2), 78-90. Recuperado de <http://www.google.com.ar/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwiktJG5rc7XAhXEIZAKHZMNB9IQFggIIMAA&url=http%3A%2F%2Faprendeenlinea.udea.edu.co%2Frevistas%2Findex.php%2Fodont%2Farticle%2Fdownload%2F3246%2F3007&usg=AOvVaw0jg8jSYR-UZz53Eb7UynrR>

Gallegos, M. (2007). Hacia la construcción de indicadores curriculares para evaluar la formación académica de psicólogos de Argentina.

XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

García Caro, M. P.; Cruz Quintana, F.; Schmidt Río Valle, J.; Muñoz Vinuesa, A.; Montoya Juárez, R.; Prados Peña, D.; Pappous, A. y Botella López, M. C. (2010). Influencia de las emociones en el juicio clínico de los profesionales de la salud a propósito del diagnóstico de enfermedad terminal. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10 (1), 57-73. Recuperado de http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/33474/1/GarciaCaro_JuicioClinico.pdf

Gomes, A. M. T.; Oliveira, D. C. de, y Sá, C. P. de (2008). Representaciones sociales del sistema único de salud en el municipio de Río de Janeiro, Brasil, según el enfoque estructural. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(1), 122-129. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.2925.2395v>

Gutiérrez Vidrio, S. (2013). Emociones y representaciones sociales. Reflexiones teórico-metodológicas. En Flores Palacios, Fátima (coord.) *Representaciones sociales y contextos de investigación con perspectiva de género.* Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco.

Hernández, M. C. (2012). Un compendio sobre el estudio de las representaciones sociales. *Revista Ciencias de la Educación Tercera Etapa*, 22 (39), 237-254. Recuperado de servicio.bc.uc.edu.ve/educacion/revista/n44/vol24n44.pdf

Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. Cuarta edición. Colombia: McGraw Hill.

Hernández Vásquez, A.; Azañedo, D.; Díaz Seijas, D; Bendezú Quispe, G; Arroyo Hernández, H.; Vilcarromero, S.; Agudelo Suárez, A.A. (2014). Acceso a servicios de salud dental en menores de doce años en Perú. *Salud colectiva*, 12(3), 429-441. Recuperado de <https://scielosp.org/pdf/scol/v12n3/1851-8265-scol-12-03-00429.pdf>

Hofstede, G. (1989). Un réexamen des cultures nationales. *Les Cahiers Internationaux Psychologie Sociale*, 2-3, 43-64

Hofstede, G. (1991). *Cultures and Organizations. Software of the mind*. London: Mc Graw-Hill.

Ibáñez, T. (1988). *Ideologías de la Vida Cotidiana*. Editorial Sendai, Barcelona. España.

Jodelet, D. La representación social: Fenómenos, concepto y teoría. En: Moscovici, Serge. *Psicología Social II .Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*. Barcelona: Paidós.

Ley N° 24.317 de Ejercicio de la profesión de kinesiología y fisioterapia.

República Argentina. Sanción mayo 1994.

Ley N° 26.657 Derecho a la Protección de la Salud Mental. República Argentina. Sancionada el 25 de Noviembre 25 de 2010.

León, M.; Páez, D. y Díaz, B. (2003). Representaciones de la enfermedad estudios psicosociales y antropológicos. *Boletín de Psicología*, 77.

Recuperado de <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N77-3.pdf>

Mazzitelli, C.; Aguilar, S.; Guirao, A. M. y Olivera, A. (2009).

Representaciones sociales de los profesores sobre la docencia: contenido y estructura. *Educación, Lenguaje y Sociedad*, VI (6).

Recuperado de <http://www.biblioteca.unlpam.edu.ar/pubpdf/ieles/n06a14mazzitelli.pdf>

Michalewicz, A. ; Pierri, C.; Ardila Gómez, S. (2014). Del proceso de salud/ enfermedad/ atención al proceso salud/ enfermedad/ cuidado.

Anuario de Investigaciones, XXI, 217-224. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139994021>

Montero, I y León, O. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en psicología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2 (3), 503-509.

Reuperado de http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-53.pdf

Mora, M. (2002). La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. *Athenea digital*, 2, 25. Recuperado de <http://www.bib.uab.es/pub/athenea/15788646n2a8.pdf>

Morales Calatayud, F. (1997). Introducción al estudio de la Psicología de la Salud. *Ediciones del Posgrado en Psicología. Editorial UniSon y Secretaría General Administrativa de la Universidad de Sonora*, 1-32. Recuperado de <https://www.educacion-holistica.org/notepad/documentos/Psicologia/Introduccion%20Psicologia%20III%20-%20salud.pdf>

Morales Calatayud, F. (2012). Psicología de la Salud. Realizaciones e interrogantes tras cuatro décadas de desarrollo. *Psiencia. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 4(2), 98-104. Recuperado de <http://www.psiencia.org/ojs/index.php/psiencia/article/view/94>

Morales Calatayud, F. (2015). La psicología y el campo de la salud: tensiones, logros y potencialidades de una relación esencial y necesaria. *Psiencia. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 7(1), 120-123. Recuperado de www.psiencia.org/ojs/index.php/psiencia/article/download/156/198

Moreno, J. A. (2016). Representaciones sociales de la salud de una comunidad rural de Colombia. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 7 (2), 47-62. Recuperado de

<http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/psicologia/articulo/view/325204>

Moscovici, S. (1979). *Psychologie des minorities actives*. Paris: PUF.

Nuño Gutiérrez, B. L. y González Forteza, C. (2004). La representación social que orienta las decisiones paternas al afrontar el consumo de drogas de sus hijos. *Salud Pública de México*, 46(2), 123-131. Recuperado de <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=16266>

OPS/OMS (1996). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. En: OPS Promoción de la salud: una antología (367-372). Washington D.C.

Páez, D. y cols. (1987). *Pensamiento, individuo y sociedad. Cognición y representación social*. Madrid: Fundamentos.

Perera Pérez, M. (2003). A propósito de las representaciones sociales. Apuntes teóricos, trayectoria y actualidad. *Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas*. Recuperado de "http://biblioteca.clacso.org.ar/Cuba/cips/20130628110808/Perera_perez_repr_sociales.pdf

Piemontesi, Sebastián Eduardo (2010). Procesos en Neurociencia Social Cognitiva y Afectiva para la Comprensión e Interacción Social: un Marco Integrador. *Revista Argentina de Ciencias del*

Comportamiento, 2 (3), 30-44. Recuperado de www.psychе.unc.edu.ar/racc.

Piñeda, María Andrea (2012). Modelos de formación en psicología y perfiles de psicólogo. El caso de Eva Mikusinski. *Revista Diálogos*, 3 (1), 7-21. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/259358947_Modelos_de_formation_en_psicologia_y_perfiles_de_psicologo_El_caso_de_Eva_Mikusinski

Revel Chion y Meinardi (2009). Análisis histórico-epistemológico de las concepciones de salud desde una perspectiva didáctica: narrando la “historia” de la peste negra medieval. *Enseñanza de las Ciencias, Número Extra VIII Congreso Internacional sobre Investigación en Didáctica de las Ciencias*, 168-172.

Saforcada, E. (2012). Psicología Sanitaria. Historia, fundamentos y perspectivas. *Psiencia. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 4(2), 120-130. Recuperado de <http://www.psiencia.org/ojs/index.php/psiencia/article/viewFile/96/137>

Saforcada, E. (2012). Salud Comunitaria, gestión de Salud Positiva y determinantes sociales de la salud y la enfermedad. *Aletheia*, 31, 7-22. Recuperado de pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n37/n37a02.pdf

Saquilán, V. M. (2005). *Estudio acerca de las representaciones sociales del rol del bibliotecario, en usuarios de la Biblioteca Central de la Universidad Nacional de Mar del Plata*. Departamento de Documentación Facultad de Humanidades. Universidad Nacional de Mar del Plata.

Silberman, M.S.; Silberman, P. y Pozzio M. (2012). Evaluación de una propuesta pedagógica de enseñanza de la Medicina. *Salud Colectiva*, 8(2), 175-189. Recuperado de www.scielosp.org/pdf/scol/v8n2/v8n2a06

Silva, S. E. D.; Camargo, B. V.; Padilha, M. A. (2011). Teoria das Representações Sociais nas pesquisas da enfermagem brasileira. *Rev Bras Enferm.* 13 (5),947-951. Recuperado de www.redalyc.org/pdf/2670/267022214021.pdf

Sosa, M. y Muñoz, M. (2011). Investigación y Psicología de la Salud en Latinoamérica. Entrevista al Dr. Francisco Morales Calatayud. *Diálogos. Revista Científica de Psicología, Ciencias Sociales, Humanidades y Ciencias de la Salud*, 2(1), 169-174. Universidad Nacional de San Luis, Facultad de Ciencias Humanas.

Stiberman, L. (2012). Representaciones sociales sobre el rol profesional del psicólogo clínico, de alumnos de 4to Año de la Licenciatura en Psicología, Facultad de psicología. *IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de*

Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Torres López, T. M.; Aranzazú Munguía Cortes, J.; Pozos Radillo, B. E. y Aguilera Velasco, M. A. (2009). Representaciones sociales sobre la salud y la enfermedad de la población adulta de Guadalajara México. *Atención Primaria*, 42(3), 154–161. Recuperado de <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/actualidades/article/view/15932>

Vergés, P. (1992). L'évocation de l'argent: une méthode pour la définition du noyau central de la représentation. *Bulletin de Psychologie*, 45(405), 203-209. Recuperado de psycnet.apa.org/psycinfo/1998-01851-006

Wachelke, J. y Contarello, A. (2011). Italian Students' Social Representation on Aging: An Exploratory Study of a Representational System. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24 (3), 551-560. Recuperado de www.scielo.br/pdf/prc/v24n3/a16v24n3.pdf

Yankovick, B (2011). Emociones, Sentimientos y Afecto. El desarrollo emocional. Recuperado de <http://www.educativo.italca.cl/medios/educativo/.../desarrollo-emocional.pdf>.

ANEXOS

Edad: **Sexo:** 1. Hombre 2. Mujer

Un equipo de investigación está desarrollando un estudio sobre las actitudes de la población hacia diferentes temas sociales. A continuación le presentamos una encuesta anónima, cuyos resultados serán utilizados para fines académico-científicos. Por favor intente responder todo el cuestionario.

I) Le pedimos que escriba las 5 primeras palabras que más rápidamente le vengan a la mente al pensar en **“Salud”**. Luego, le pedimos que evalúe cada una de ellas marcando el casillero que corresponda según la siguiente escala:

1. Muy Positivo	2. Positivo	3. Neutro	4. Negativo	5. Muy Negativo
1.....			1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>	
2.....			1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>	
3.....			1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>	
4.....			1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>	
5.....			1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>	

II) Le pedimos que escriba las 5 primeras palabras que más rápidamente le vengan a la mente al pensar en **“Enfermedad”**. Luego, le pedimos que evalúe cada una de ellas marcando el casillero que corresponda según la siguiente escala:

1. Muy Positivo	2. Positivo	3. Neutro	4. Negativo	5. Muy Negativo
-----------------	-------------	-----------	-------------	-----------------

1.....	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
2.....	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
3.....	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
4.....	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
5.....	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>

A continuación encontrará algunas afirmaciones sobre sus emociones y sentimientos. Lea atentamente cada frase e indique por favor el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las mismas. Señale con una "X" la respuesta que más se aproxime a sus preferencias. No hay respuestas correctas o incorrectas, ni buenas o malas.

1	2	3	4	5
Nada de Acuerdo	Algo de Acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de Acuerdo	Totalmente de acuerdo

1.	Presto mucha atención a los sentimientos.	1	2	3	4	5
2.	Normalmente me preocupo mucho por lo que siento.	1	2	3	4	5
3.	Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones.	1	2	3	4	5
4.	Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo.	1	2	3	4	5

5.	Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos.	1	2	3	4	5
6.	Pienso en mi estado de ánimo constantemente.	1	2	3	4	5
7.	A menudo pienso en mis sentimientos.	1	2	3	4	5
8.	Presto mucha atención a cómo me siento.	1	2	3	4	5
9.	Tengo claros mis sentimientos.	1	2	3	4	5
10.	Frecuentemente puedo definir mis sentimientos.	1	2	3	4	5
11.	Casi siempre sé cómo me siento.	1	2	3	4	5
12.	Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas.	1	2	3	4	5
13.	A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones.	1	2	3	4	5
14.	Siempre puedo decir cómo me siento.	1	2	3	4	5
15.	A veces puedo decir cuáles son mis emociones.	1	2	3	4	5
16.	Puedo llegar a comprender mis sentimientos.	1	2	3	4	5
17.	Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista.	1	2	3	4	5
18.	Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables.	1	2	3	4	5
19.	Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida.	1	2	3	4	5
20.	Intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal.	1	2	3	4	5
21.	Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme.	1	2	3	4	5
22.	Me preocupo por tener un buen estado de ánimo.	1	2	3	4	5
23.	Tengo mucha energía cuando me siento feliz.	1	2	3	4	5
24.	Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo.	1	2	3	4	5

¿Actualmente trabaja? 1. No 2. Si ¿De qué trabaja?

Usted considera que su nivel socioeconómico es:

1. Bajo 2. Medio bajo 3. Medio 4. Medio Alto 5. Alto

En su opinión, qué papel juega la religión en su vida:

No me interesa la religión			Ocupa un lugar clave en mi vida	
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>

¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

Referencia de términos evocados

DATOS EN BRUTO	TÉRMINO DE PREFERENCIA	SIGNIFICADO SEGÚN RAE
Abandono de la persona	Abandono	Dejar solo algo o a alguien alejándose de ello o dejando de cuidarlo
Accesibilidad a tener ayuda/ accesible/ acceso /acceso a servicios públicos / accesibilidad/ acceso a posibilidades	Acceso	<p>Acción de llegar o acercarse.</p> <p>Entrada al trato o comunicación con alguien.</p> <p>Acción de llegar o acercarse.</p> <p>Entrada al trato o comunicación con alguien.</p>
acompañar /compañía/ acompañamiento	Acompañar	<p>Estar o ir en compañía de otra u otras personas.</p> <p>Participar en los sentimientos de alguien.</p> <p>Ejecutar el acompañamiento.</p>

Activo/actividad/ aire libre/ aire/ Hacer ejercicios/ actividad física/ deportes/ hacer gimnasia/ ejercicios físicos/ entrenamiento: saltar/ correr/ actividad/ danza/ vida sana-deporte/ ejercicios /caminar /sedentarismo/ falta de actividad	Actividad física	
Patógenos: agentes patógenos:	Agentes patógenos	Que origina y desarrolla una enfermedad (definición de patógeno)
Fondo blanco: consumo de alcohol: alcohol: copas	Alcohol	Cada uno de los compuestos orgánicos que contienen el grupo hidroxilo unido a un radical alifático o a alguno de sus derivados. Bebida que contiene alcohol, en oposición implícita a las que no lo contienen.
Alegre/ Alegría	Alegría	Sentimiento grato y vivo que suele manifestarse con signos exteriores
Helados: comida: frutas: verduras: Manzana: frutas:hidratación: palta: vegetales	Alimentación	Acción y efecto de alimentar o alimentarse. Conjunto de las cosas que se toman o se proporcionan como alimento. Actividad industrial o comercial de productos alimenticios

Verde: ambiente	Ambiente	Que rodea algo o a alguien como elemento de su entorno. Temperatura, sonido ambiente. Aire o atmósfera de un lugar. Conjunto de condiciones o circunstancias físicas, sociales, económicas, etc., de un lugar, una colectividad o una época. .Grupo o círculo social en que alguien se desarrolla o vive
Guardapolvo: ambo	Ambo	Traje masculino, que consta solamente de chaqueta y pantalón, que pueden ser de distinto color.
Ambulancia/ ambulancias	Ambulancias	Vehículo destinado al transporte de heridos y enfermos, y de elementos de cura y auxilio.
Apoyo familiar en caso de enfermedad/ apoyo / asistencia social/ Ayuda al prójimo/ ayuda: ayudar/ asistencia/ asesoramiento a la gente	Apoyar	Hacer que algo descansa sobre otra cosa. Apoyar el codo en la mesa. Favorecer, patrocinar, ayudar.
Atención de pacientes/ atención	Atención	Acoger favorablemente, o satisfacer un deseo, ruego o mandato. Tener en cuenta o en consideración algo.
Libre de enfermedad: ausencia de enfermedad: ausencia de enfermedad grave	Ausencia de enfermedad	Sin definición en diccionario RAE

Bienestar holístico/ bienestar/ ganas de estar mejor consigo mismo/ Buena vida/ estar en buenas condiciones/ bienestar familiar	Bienestar	Conjunto de las cosas necesarias para vivir bien. Vida holgada o abastecida de cuanto conduce a pasarla bien y con tranquilidad. Estado de la persona en el que se le hace sensible el buen funcionamiento de su actividad somática y psíquica.
Estar bien físicamente : bienestar físico: estado físico	Bienestar físico	
Estar bien mentalmente: bienestar mental	Bienestar mental	
Buen estado psicológico	Bienestar psicológico: bienestar mental	
Bienestar psicológico social	Bienestar psicosocial	
Buen estado social/ bienestar social	Bienestar social	
Física mental social	Biopsicosocial	
Buena/ bueno	Buena	De valor positivo, acorde con las cualidades que cabe atribuirle por su naturaleza o destino. Útil y a propósito para algo.
	Buena alimentación	
Hábitos saludables: buenos hábitos	Buenos hábitos	
Calidad de vida adecuada/ calidad de vida/ buena vida	Calidad de vida	Conjunto de condiciones que contribuyen a hacer la vida agradable, digna y valiosa.
Capaz / capacitación	Capacitación	Acción y efecto de capacitar.
comodidades/confort	comodidades	Cualidad de cómodo. Cosa necesaria para vivir a gusto y con descanso

Complejo / nivel de complejidad	Complejidad	Cualidad de complejo (Que se compone de elementos diversos)
Conciencia/ concientizar/ Estrategias de concientización /concientizar	Conciencia	Conocimiento espontáneo y más o menos vago de una realidad. Conocimiento claro y reflexivo de la realidad
conocimiento/ conocimientos	Conocimientos	Acción y efecto de conocer. Entendimiento, inteligencia, razón natural.
Chequeos médicos/ control/consulta/ atención médica/ consulta médica/estudios clínicos/estudios-análisis	Consultas médicas	Sin definición en diccionario de RAE
Cuidados al paciente: mimarse: cuidados: cuidar: cuidados especiales: cuidado personal: cuidado físico y mental: atención: protección: buenos cuidados	Cuidados	Solicitud y atención para hacer bien algo. Acción de cuidar
Cura: curar: curación: sanación	Curación	Acción y efecto de curar o curarse
Débil/ debilidad	Debilidad	Falta de vigor o fuerza física. Carencia de energía o vigor en las cualidades o resoluciones del ánimo
Decaído/ decaimiento	Decaimiento	Abatimiento, desaliento.

Depender de otros/ dependencia	Dependencia	Situación de una persona que no puede valerse por sí misma. Necesidad compulsiva de alguna sustancia, como alcohol, tabaco o drogas, para experimentar sus efectos o calmar el malestar producido por su privación.
Dormir bien: buen sueño: descanso	Descanso	Quiétude, reposo o pausa en el trabajo o fatiga. Causa de alivio en la fatiga y en las dificultades físicas o morales
cuidados escasos: falta de responsabilidad de sí mismo: descuido: mal cuidado: falta de cuidado personal: desinterés personal: descuido con uno mismo	Descuido	Omisión, negligencia, falta de cuidado
Desestabilidad/inestabilidad/desequilibrio	Desequilibrio	Falta de equilibrio
Diagnóstico médico: diagnóstico: terminales	Diagnóstico	Perteneciente o relativo a la diagnosis. Acción y efecto de diagnosticar
Discapacidad para caminar: Discapacidad Mental: discapacidad: minusvalía	Discapacidad	Condición de discapacitado. Percibe una prestación por su discapacidad. Manifestación de una discapacidad
Disfrute/ disfrutar	Disfrutar	Tener alguna condición buena, física o moral, o gozar de comodidad, regalo o conveniencia

Disfuncionalidad/ disfunción	Disfunción	Desarreglo en el funcionamiento de algo o en la función que le corresponde. Alteración cuantitativa o cualitativa de una función orgánica
Dolor al parir/ dolor al mascar/dolor / dolor de cabeza/ dolor físico	Dolor	Sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior. Sentimiento de pena y congoja
Dinero: plata: económico: economía	Económico	Perteneciente o relativo a la economía.
Educación sanitaria/ educación	Educación	Acción y efecto de educar
Emergencia/ emergencias	Emergencias	Situación de peligro o desastre que requiere una acción inmediata.
Emoción: emociones: emocional	Emocional	Perteneciente o relativo a la emoción
Enfermedad: enfermedades: enfermedad pública	Enfermedad	Alteración más o menos grave de la salud.
Enfermera: enfermero	Enfermera/o	Persona dedicada a la asistencia de los enfermos
Persona enferma	Enfermo	Que padece enfermedad
Bronca	Enojo	Enojo, enfado, rabia (bronca)
Epidemia epidemiología	Epidemia	Tratado de las epidemias(epidemiología)
Igualdad: equidad social	Equidad	Disposición del ánimo que mueve a dar a cada uno lo que merece

Estable: estabilidad: equilibrio Euqilibrio emocional: equilibrio biopsicosocial: equilibrio psicológico estable	Equilibrio	Estado de un cuerpo cuando fuerzas encontradas que obran en él se compensan destruyéndose mutuamente. Situación de un cuerpo que, a pesar de tener poca base de sustentación, se mantiene sin caerse. Que mantiene o recupera el equilibrio(estable)
Espiritual	Espiritualidad	Naturaleza y condición de espiritual. Cualidad de las cosas espiritualizadas o reducidas a la condición de eclesiásticas. Obra o cosa espiritual. Conjunto de ideas referentes a la vida espiritual.
Preocupaciones excesivas: estrés: estrés mental	Estrés	Tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones psicósomáticas o trastornos psicológicos a veces graves.
Falta: faltas: ausencias	Falta	Carencia o privación de algo
No tener ganas de nada: sin ánimo: desgano desánimo desmotivación: No tener ganas de nada: sin ánimo: desgano	Falta de motivación	motivación Acción y efecto de motivar. motivo (causa). Conjunto de factores internos o externos que determinan en parte las acciones de una persona
Familia: familiares	Familia	Grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas. Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje

Feliz: felicidad	Felicidad	Estado de grata satisfacción espiritual y física. Persona, situación, objeto o conjunto de ellos que contribuyen a hacer feliz
Estado físico : Salud corporal : Cuerpo sano: físico: cuerpo humano	Físico	Pertenciente o relativo a la constitución y naturaleza corpórea, en contraposición a moral. Exterior de una persona; lo que forma su constitución y naturaleza
Fumador	Fumar	
Funcionalidad	Funcional	
Hábitos: rutina sana	Hábitos	Modo especial de proceder o conducirse adquirido por repetición de actos iguales o semejantes, u originado por tendencias instintivas.
Higiene: limpieza: lugares limpios: ser limpio	Higiene	Parte de la medicina que tiene por objeto la conservación de la salud y la prevención de enfermedades. Limpieza o aseo.
HIV: sida	HIV	
Hospitales: hospitales públicos: hospital	Hospital	Establecimiento destinado al diagnóstico y tratamiento de enfermos, donde a menudo se practican la investigación y la docencia.
Reir	Humor	Genio, índole, condición, especialmente cuando se manifiesta exteriormente

Impedimento: límites:	Impedimento	Obstáculo, embarazo o estorbo para algo. Cada una de las circunstancias que hacen ilícito o nulo el matrimonio.
Imposibilidad para trabajar	Imposibilidad	
Infectología	Infecciones	Acción y efecto de infectar o infectarse
Inmune inmuno comprometido	Inmunología	Estudio de la inmunidad biológica y sus aplicaciones
Instrumental	Insumos	Conjunto de elementos que toman parte en la producción de otros bienes.
Equipo médico: interdisciplinario: equipo interdisciplinario	Interdisciplinario	Dicho de un estudio o de otra actividad: Que se realiza con la cooperación de varias disciplinas. EQUIPO Grupo de personas organizado para una investigación o servicio determinados.
Paciente internado: internación	Internación	
Kinesiología	Kinesiólogo	
Larga vida: longevidad	Longevidad	Que alcanza una edad muy avanzada
Comer desequilibrado	Mala alimentación	
Suciedad: mala higiene	Mala higiene	
Mal estado general: mal: malestar general: mal estado de vidapasarla mal	Malestar	Desazón, incomodidad indefinible

Bajo estado de ánimo/ malestar anímico:	Malestar anímico	
Medicamentos : remedios : medicación: antibióticos: analgésicos: ibuprofeno: fármaco: pastillas/ antídoto	Medicamentos	Sustancia que, administrada interior o exteriormente a un organismo animal, sirve para prevenir, curar o aliviar la enfermedad y corregir o reparar las secuelas de esta.
Médico: doctor: clínico: doctora	Médicos	Pertenciente o relativo a la medicina. Persona legalmente autorizada para profesar y ejercer la medicina.
Mejorar: mejoría	Mejoría	
Mental :psíquico: mente: psicológico. Psicología	Mental	Pertenciente o relativo a la mente
Ganas de estar mejor consigo mismo nuevas metas: Ganas de hacer cosas: ánimo: ganas : motivación	Motivación	Acción y efecto de motivar. motivo (causa). Conjunto de factores internos o externos que determinan en parte las acciones de una persona
Ataúd/ velorio/ muerte cerebral/ muerte/ morbilidad	Muerte	Cesación o término de la vida
Tool (grupo de música): guitarra	Música	
Necesaria: necesario: importante: necesidad	Necesario	Dicho de una persona o una cosa: Que hace falta indispensablemente para algo.
Negativismo negatividad	Negativo	Dicho de una persona: Pesimista, inclinada a ver el aspecto desfavorable de las cosas.
Obra social: OSEP	Obra social	
Tiempo libre	Ocio	Tiempo libre de una persona.

Pensamientos positivos: optimismo: positivismo	Optimismo	Propensión a ver y juzgar las cosas en su aspecto más favorable
Paciente: pacientes	Pacientes	
Patología	Patologías	
Gente: personas: individuo: organismo: humanos: Personal: individual	Personas	Individuo de la especie humana
Mirada negativa de las cosas: negativismo: negativo: pesimismo	Pesimismo	Propensión a ver y juzgar las cosas en su aspecto más desfavorable
Prevención de enfermedades: prevención: prevenir: ser precauidos para conservar la salud: poca o nada prevención: precaución	Prevención	
Conflicto/ problemas	Problemas	Conjunto de hechos o circunstancias que dificultan la consecución de algún fin.
Enfermedades mentales : problemas mentales: Influides mental, alteración mental: mala salud mental: malestar mental: trastornos mentales: psicopatología: deterioro mental: mal psicológico	Problemas mentales	No tiene definición en el diccionario de la RAE

Proceso salud de enfermedad proceso psicofísico/ proceso de salud	Proceso	Conjunto de las fases sucesivas de un fenómeno natural o de una operación artificial.
Profesional: profesionales	Profesionales	
Recursos de la personas: recursos internos: posibilidades (potencialidades): fuerza psíquica	Recursos internos	no tiene definición en el diccionario de la RAE
Rehabilitación agradable/ rehabilitar	Rehabilitación	
Relaciones sociales/relaciones positivas /relaciones funcionales/ relaciones saludables/ unión familia-amigos/ amigos/tener amigos/ amistad	Relaciones	Conexión, correspondencia, trato, comunicación de alguien con otra persona.
Etiquetas: rotulación	Rotulación	Poner un rótulo a algo o en alguna parte.(rotular)
Saludable: salud: sanitario	Salud	Estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones. Conjunto de las condiciones físicas en que se encuentra un organismo en un momento determinado.
Sano: estar sano: sanar: persona sana: sanidad	Sano	Que goza de perfecta salud

Social: sociedad: comunidad: sociedad/cultura: entorno: sociabilización: población: afecta al entorno: grupal	Social	Perteneciente o relativo a la sociedad. Perteneciente o relativo a una compañía o sociedad, o a los socios o compañeros, aliados o confederados.
Padecimiento, sufrimiento	Sufrimiento	Padecimiento, dolor, pena.
Psicoterapia	Terapia psicológica	
Posibilidad de tratamiento: tratamiento: tratamientos	Tratamientos	
Vacunarse frecuentemente : vacunarse: Inyección: vacuna	Vacunas	Preparado de antígenos que, aplicado a un organismo, provoca en él una respuesta de defensa.
anciano/ vejez	Vejez	
Vivir: vida: vitalidad: vida con condiciones óptimas : vida plena: vida social	Vida	Fuerza o actividad esencial mediante la que obra el ser que la posee. Energía de los seres orgánicos. Hecho de estar vivo. Le debe la vida a un medicamento. Existencia de seres vivos en un lugar
Viralidad: virus	Virus	Organismo de estructura muy sencilla, compuesto de proteínas y ácidos nucleicos, y capaz de reproducirse solo en el seno de células vivas específicas, utilizando su metabolismo.

