

“Miedo, contagio y compasión”: representaciones sociales de la tuberculosis, Medellín, 2007.

Johana Mercedes Ascuntar Tello

**Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública
“Héctor Abad Gómez”
Medellín
2008**

“Miedo, contagio y compasión”: representaciones sociales de la tuberculosis, Medellín, 2007.

Johana Mercedes Ascuntar Tello

Trabajo de grado para optar al título de gerente de sistemas de información en salud

**Asesor
Jesús Ernesto Ochoa Acosta**

**Universidad De Antioquia
Facultad Nacional De Salud Pública
“Héctor Abad Gómez”
Medellín
2008**

Nota de aceptación

Presidente:

Jurado 1:

Jurado 2:

Jurado 3:

Medellín, agosto 6 de 2008

Tabla de Contenido

Lista de tablas.....	6
Lista de figuras.....	7
Lista de anexos	8
Glosario	9
Resumen	10
1. Planteamiento del Problema	12
2. Objetivos	14
2.1 Objetivo General	14
2.2 Objetivos Específicos.....	14
3. Marco Teórico	15
3.1 La Enfermedad.....	15
3.1.1 Historiografía de la Tuberculosis.....	15
3.1.2 La Imaginería de la tuberculosis	16
3.1.3 Estándares internacionales para el control de la tuberculosis	17
3.1.4 Derechos y responsabilidades de los pacientes	19
4.2 Teoría de las Representaciones Sociales.....	19
4.2.1 Origen	19
4.2.2 Algunas Definiciones.....	20
4.2.3 Características de las Representaciones sociales	21
4.2.4 Funciones de las Representaciones sociales.....	21
4.2.5 Enfoques.....	22
5. Análisis Estadístico de Texto	25
6. Metodología	28
6.1 Tipo de Estudio	28
6.2 Población y Muestra	29
6.3 Recolección de la información.....	29
6.4 Procesamiento y análisis de la Información.....	30
6.4.1 Resumen del análisis de datos mediante software	
EVOC2003®	31
7. Consideraciones éticas	33
8. Resultados	34
8.1 Fase 1: Caracterización de la población encuestada	34
8.2 Fase 2: Análisis lexicográfico	35

8.2.1	El núcleo central en la población de estudio	35
8.2.2	El sistema periférico en la población de estudio.	39
8.3	Fase 3: Generación de categorías.....	43
8.4	Fase 4: Análisis de correspondencias simples (textuales).....	46
9.	Discusión	49
10.	Conclusiones (“conversaciones con los programas de control”)	55
	Bibliografía	56
	Anexos.....	61

Lista de tablas

Tabla 1. Análisis de texto: Algunas publicaciones latinoamericanas. ...	27
Tabla 2. Características demográficas de la población encuestada.....	34
Tabla 3. Frecuencias y rangos (media) de de las palabras o expresiones evocadas sobre una persona con tuberculosis, por los grupos encuestados.....	35
Tabla 4. Prototipo (rango y frecuencia) del núcleo central de las representaciones sociales de una persona con tuberculosis.	36
Tabla 5. Prototipo (Rango X frecuencia) del sistema periférico de las representaciones sociales de una "persona con tuberculosis".	40
Tabla 6. Categorías teóricas y algunas palabras ilustrativas.	43
Tabla 7. Análisis de categorías: Jerarquía entre las categorías de la representación social de "una persona con tuberculosis".....	45
Tabla 8. Categorías asociadas a los diferentes grupos de estudio.....	47

Lista de figuras

Figura 1. Resumen de la metodología	31
Figura 2. Programa EVO2003, resumen de sus funciones.....	32
Figura 3. Elementos constitutivos del núcleo central de las evocaciones de una "persona con tuberculosis"	37
Figura 4. Elementos constitutivos del sistema periférico de las evocaciones de una "persona con tuberculosis"	41
Figura 5. Correspondencias simples (textuales) de los grupos encuestados de acuerdo con las categorías teóricas asociadas.....	48

Lista de anexos

Anexo 1. Prototipo (rango y frecuencia) de las representaciones sociales de una persona con tuberculosis en el grupo del personal de salud.	61
Anexo 2. Prototipo (rango y frecuencia) de las representaciones sociales de una persona con tuberculosis en el grupo de los pacientes y familiares.	62
Anexo 3. Prototipo (rango y frecuencia) de las representaciones sociales de una persona con tuberculosis en el grupo de los "otros".	63
Anexo 4. Análisis de correspondencias simples. Contribución de puntos-filas (%).	65
Anexo 5. Análisis de correspondencias simples. Contribución de puntos-columnas (%).	66

Glosario

Representaciones sociales: “es una manera de interpretar y de pensar nuestra realidad cotidiana, una forma de conocimiento social. Actividad mental desplegada por los individuos para fijar su posición en relación con situaciones, acontecimientos, objetos y comunicaciones que les conciernen”(1)

Sistema Central o Núcleo Central: determina la organización y el significado de las representaciones sociales. Este sistema central está asociado a los valores y a las normas (condiciones históricas, sociológicas e ideológicas) y se caracteriza por ser estable, coherente y resistente al cambio(2)

Sistema Periférico: concreta al sistema central en términos de posiciones o de conductas, es más sensible y está determinado por las características del contexto inmediato, inicialmente asimila la información nueva o los eventos susceptibles de colocar en cuestión el núcleo central. Permite, la elaboración de representaciones sociales individualizadas y organizadas en torno de un núcleo central común.(2)

Sintagma: es una estructura en forma de cadena organizada en torno a un elemento; ejemplo: baciloscopia de control, se trata de conservar una única unidad así: baciloscopia-de-control de manera que el software la reconozca como una única palabra.(3)

Evocación: términos o expresiones que se producen de forma espontánea, bien sea por un conocimiento que se tenga o por un recuerdo.(3)

Estimulo inductor: busca la generación de frases o palabras para crear o definir el objeto social “persona con tuberculosis”, “algunos términos son inmediatamente movilizados para expresar una representación”(3).

Corpus: Conjunto lo más extenso y ordenado posible de datos o textos científicos, literarios, etc., que pueden servir de base a una investigación.(4)

Resumen

Objetivos: Identificar y analizar las representaciones sociales (RS) que tienen -sobre la tuberculosis- tres grupos de personas residentes en la ciudad de Medellín, buscando las posibles implicaciones que esa representación tiene sobre el manejo individual del paciente y sobre los lineamientos del programa de control.

Diseño: Esta investigación comparó las representaciones sociales en tres grupos (pacientes con diagnóstico de tuberculosis y sus familiares, personal de salud y "ciudadanos corrientes"). Mediante la técnica de asociación libre de palabras se recurrió a la frase inductora "¿qué palabras o expresiones se le ocurren cuando piensa en una persona con tuberculosis?".

Lugar: El proyecto se realizó en la zona urbana de la ciudad de Medellín, la selección de los informantes se realizó a partir de una justificación teórica.

Métodos: Se parte de un diseño cualitativo (abierto y emergente) que se encuadra en el método inductivo con abordaje mixto, desarrollando estrategias con enfoque cualitativo y con enfoque cuantitativo (análisis estadístico de texto). Se encuestaron 1049 personas distribuidas en tres grupos: personal de salud (324 personas), pacientes y familiares (212 personas) y "otros" ciudadanos de Medellín (536 personas). Los datos se analizaron mediante análisis de evocaciones y análisis de correspondencias simples.

Resultados: los elementos comunes del núcleo central de las RS en los tres grupos son: "tos", "contagio", "enfermedad", "miedo" y "pesar", considerados de difícil modificación en una representación; los elementos comunes en el sistema periférico son: "rechazo" y "tratamiento", considerados modificables. Las categorías analizadas mediante correspondencias simples muestran que "el miedo" y "la compasión" son atributos de los grupos de los pacientes y sus familiares, "el contagio" con el grupo de "los otros" y "los hospitales y el aislamiento" con el personal de salud.

Conclusiones: Una persona con tuberculosis es representada mediante el miedo, el contagio y la compasión, los cuales son atributos del núcleo central de las representaciones sociales de los encuestados, se hace necesario que los programas trasciendan lo operativo y lo técnico y recojan otros elementos que mejoren su quehacer.

1. Planteamiento del Problema

“La tuberculosis (TB) ha sido, muy probablemente, la enfermedad que más daño ha causado a la especie humana a lo largo de toda su historia, daño contabilizado en número de enfermos y en número de muertes. Por ello, la posibilidad de erradicarla ha sido un sueño legítimo perseguido por el hombre desde muchísimos años. Un sueño, por lo tanto, muy antiguo, pero que todavía está muy lejos de poder conseguirse”(5)

La tuberculosis es aún un problema mundial y local de salud pública, a pesar de la disponibilidad de un tratamiento efectivo y algunas medidas preventivas. La Organización Mundial de la Salud estima que, alrededor del mundo, 8 millones de personas enferman de tuberculosis cada año y una proporción muy alta fallece por esta causa. Esta enorme carga de la enfermedad disminuye muy lentamente a pesar de la existencia de programas de quimioterapia altamente efectivos (DOTS)(6)

Según el Instituto Nacional de Salud(7), en Colombia, para el año 2005 la tasa de incidencia de la tuberculosis fue de 22 casos por 100.000 habitantes, para el año 2006 fueron reportados 7.436 casos de tuberculosis. En Antioquia se reportaron en el mismo año, 1.354 casos de de los cuales 742 residen en el municipio de Medellín.(8)

De acuerdo con este panorama epidemiológico se hace necesario realizar una reflexión sobre las formas de conocimiento definidas socialmente, y sus posibles implicaciones sobre el control individual y poblacional de esta enfermedad.

El estigma social, la segregación de los enfermos añaden una dimensión negativa a los malestares propios de la enfermedad, afectando su calidad de vida incluso después de la curación. En la búsqueda, del enfermo, del diagnóstico y tratamiento generalmente se elude la “palabra tuberculosis” tal vez por lo que evoca. Quizás, la historia de siglos de reforzamiento social y su componente cognoscitivo (estereotipo) soportan una información incompleta y generalizada asociada con elementos de rechazo muy arraigados (9).

El carácter social del proceso de construcción del conocimiento, según Fischer G.(10), apunta hacia los saberes ordinarios elaborados a partir de valores y creencias compartidos por un grupo social, dando lugar a una visión del mundo que se manifiesta en el seno de las interacciones sociales.

El retraso en el diagnóstico, en el tratamiento posterior y la falta de adherencia al mismo constituyen una barrera para el logro de los objetivos básicos del programa de control de la tuberculosis (curación de los casos) Dicho retraso y el abandono del tratamiento se derivan de factores complejos individuales y sociales. El conocimiento sobre las implicaciones del diagnóstico y el tratamiento de la tuberculosis, pueden estar influidos por la percepción de los pacientes, por los factores socioculturales, por la información y el conocimiento que tiene la familia y el círculo social del enfermo (11).

Otros factores relacionados con el conocimiento que poseen los pacientes y los trabajadores de la salud determinan la orientación del diagnóstico de la enfermedad, los significados que se le atribuyen y las maneras en como dicha enfermedad se inscribe en una cultura determinada (12).

En general todo padecimiento constituye un proceso social e histórico que necesita ser reconstruido para poder comprender los significados actuales que el mismo tiene no sólo para la población sino también para el personal de salud(13), con lo cual se puede intentar comprender la estructura del pensamiento de los afectados como una base necesaria para superar las barreras que afectan el control de la tuberculosis.

En la investigación se exploró y se trató de comprender qué significa tener un diagnóstico de tuberculosis para tres grupos de personas denominados "el paciente y sus familiares", "los profesionales del área de la salud" y "otros" (ciudadanos de Medellín). También se buscaron respuestas sobre las posibles implicaciones que tiene el saber cotidiano sobre el control de la tuberculosis.

2. Objetivos

2.1 Objetivo General

Identificar y analizar las representaciones sociales que tienen -sobre la tuberculosis pulmonar- tres grupos de personas residentes en la ciudad de Medellín: el paciente y sus familiares, el personal de salud y "otros" (Ciudadanos de Medellín)

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar cómo los pacientes y sus familiares, el personal de salud y "otros" representan una persona con tuberculosis.
- Señalar las diferencias y las coincidencias que se establecen en los tres grupos acerca de representación social de una persona con tuberculosis.
- Identificar las posibles implicaciones que esa representación social tiene sobre el manejo individual del paciente y sobre los lineamientos del programa de control.

3. Marco Teórico

3.1 La Enfermedad

La tuberculosis (TB) es una enfermedad del mundo pobre producida por una micobacteria del complejo Mycobacterium: *M. Tuberculosis*, *M. bovis* o *M. africanum.*, que tiene diversas manifestaciones clínicas y amplia distribución mundial.

La transmisión se efectúa por vía aérea al inhalar los aerosoles (“núcleos de gota”) que produce el enfermo al toser, hablar o estornudar. La tos es la forma más efectiva de transmisión del bacilo. Donde existe Tuberculosis bovina, la vía de transmisión es la ingestión de leche cruda. El periodo de incubación varía entre 2 a 12 semanas. Ocurrida la infección, alrededor del 10% desarrollará la enfermedad en alguna época de la vida(14). Las personas pueden tener síntomas comunes a otras enfermedades como lo son la fiebre, el cansancio, la falta de apetito, pérdida de peso, depresión, sudor nocturno dolor en el pecho y disnea.

De acuerdo con la OMS una persona con tuberculosis activa no tratada infecta una media de 10 a 15 personas al año. Sin embargo, no todos los sujetos infectados por el bacilo de la tuberculosis necesariamente desarrollan la enfermedad, el riesgo de enfermar aumenta cuando el sistema inmunológico de la persona está debilitado(15).

3.1.1 Historiografía de la Tuberculosis

La tuberculosis es una de las enfermedades más antiguas que afectan a la especie humana, las estimaciones le otorgan a *M. tuberculosis* una antigüedad entre 15.300 a 20.400 años. A pesar de esta notable antigüedad, sorprende el desconocimiento que se ha tenido a lo largo de la historia, hecho que escasamente ha ayudado a combatirla. En aquellos tiempos remotos, la tuberculosis se conocía como “tisis” y se la consideraba “un castigo del cielo” o una “maldición divina” y, como tales, nada se podía hacer para curarla (16). Así, desde los tiempos de Hipócrates hasta mediados del siglo XIX no se admitía la naturaleza infecciosa y contagiosa de la enfermedad (se consideraba hereditaria y

diatésica), aunque el aire, vehículo de miasmas o de gérmenes vivos, aparece, a lo largo de toda la historia de la Tuberculosis, en las posibles interpretaciones sobre el origen de la enfermedad(17).

Tan sólo hasta la última mitad del siglo XIX se empezó a aceptar la naturaleza infecciosa y transmisible de la Tuberculosis, con los trabajos de Villemin (1865) y, sobre todo, de Robert Koch quien el 10 de mayo de 1882 descubre y publica el descubrimiento del agente que producía la enfermedad. Este médico Alemán consiguió aislar el bacilo, que posteriormente llevaría su nombre y esbozó que la principal medida que se podría adoptar para intentar controlar la Tuberculosis en la población era el aislamiento de los enfermos. Este fue el impulso que sirvió para que se comenzara lo que posteriormente se ha denominado “época sanatorial de la Tuberculosis”, donde la reclusión durante largo tiempo de los enfermos, en los sanatorios, se institucionalizó como la única medida eficaz para intentar curar la tuberculosis y para controlar su dispersión en la comunidad(17). Los sanatorios por lo general se ubicaban en zonas montañosas o llanuras de clima seco.

El destino de los pacientes tuberculosos era desolador, ya que la enfermedad llegaba a producir la muerte de más del 50% de los enfermos a los 5 años de comenzar a padecerla y un 25% habían fallecido antes de los 18 meses. La curación sólo se conseguía en el 25-30% de los enfermos, quedando en una situación de cronicidad a lo largo de los años, esparciendo la enfermedad en la comunidad. En la década de los 50, el destino de los tuberculosos en el mundo cambia con la llegada de los antibióticos al tratamiento de las enfermedades infecciosas, convirtiéndose la tuberculosis en una enfermedad curable(17).

3.1.2 La Imaginería de la tuberculosis

La imagen que un grupo social construye alrededor de un dato de la realidad puede tener un mayor o menor grado de aproximación al mismo, puede ser creíble o bien modificado por completo. No obstante, es innegable que si esta imagen se afianza con el correr del tiempo, pasa a ser un hecho en sí misma, más allá de que sea o no un reflejo fidedigno del objeto que la originó (18).

Las fantasías inspiradas por la tuberculosis en el siglo pasado son reacciones ante enfermedades consideradas inestables y caprichosas,

precisamente en una época en donde la premisa básica de la medicina es que todas las enfermedades pueden curarse, esta enfermedad es considerada misteriosa. Porque mientras no se comprendieron las causas de la tuberculosis y las atenciones médicas fueron tan ineficaces, esa enfermedad se presentaba como el robo insidioso de una vida (18) .

Aunque la enfermedad castigó preponderantemente a la población urbana de menores recursos, las clases acomodadas no escapaban al contagio, y una larga lista de personalidades destacadas se vio afectada por el mal, entre ellas poetas, músicos, pintores, etc. (18).

Hace pocas décadas saber que tenía tuberculosis equivalía a una sentencia de muerte y era común esconder el nombre de la enfermedad a los pacientes.

Se pensaba que un cambio de ambiente podía ayudar y hasta curar a los tuberculosos, pues existía la idea que era una enfermedad húmeda. Los médicos aconsejaban viajar a sitios altos y secos puesto que el bacilo es muy resistente al frío, la congelación y la desecación, en cuyas condiciones no suele morir. Sin embargo, es muy sensible al calor, la luz solar y la radiación ultravioleta, circunstancias que matan rápidamente al bacilo (5).

Durante más de cuatrocientos años la tuberculosis fue el modo preferido de atribuirle un sentido a la muerte- fue una enfermedad edificante y refinada. La literatura del siglo pasado está plagada de tuberculosos que mueren, “sin miedo”, especialmente gente joven.

3.1.3 Estándares internacionales para el control de la tuberculosis

La finalidad de los estándares es describir un nivel asistencial aceptado por los profesionales públicos y privados, pretendiendo facilitar la participación eficaz de todos los proveedores de atención en la prestación de asistencia de en calidad a los pacientes.

Se abordan tres categorías de actividades: el diagnóstico, el tratamiento y las responsabilidades de salud pública de todos los proveedores. No se trata de estrategias de prevención específicas, buscan que las normas sean complementarias con las políticas locales y nacionales de control de la tuberculosis (19).

Los principios básicos de la asistencia a las personas que padecen tuberculosis, o se sospecha que puedan sufrirla, son los mismos en todo el mundo: se debe establecer un diagnóstico con prontitud y exactitud.

Si a los pacientes sintomáticos respiratorios no se les hace una valoración adecuada se produce un aumento de la gravedad de la enfermedad y una mayor probabilidad de transmisión. Los diagnósticos erróneos retrasarán el diagnóstico y el tratamiento adecuado las consecuencias de la enfermedad serán más graves, incluidas la discapacidad y la posibilidad de muerte (19).

Deben asumirse las responsabilidades de salud pública esenciales, ya que un diagnóstico temprano y el tratamiento eficaz son elementos claves en la respuesta de salud pública a la tuberculosis y fundamentalmente al control.

En general un programa de control y prevención de la tuberculosis tendría como principales objetivos y metas los siguientes (20):

Objetivos: planificar y difundir políticas específicas, identificar y tratar a los enfermos bacilíferos, proveer servicios de laboratorio y de diagnóstico adecuados, recolectar y analizar periódicamente la información, orientar las acciones de educación y de capacitación.

Metas: reducción de la mortalidad, la morbilidad, la transmisión de la enfermedad y la resistencia a los medicamentos

Para lograr estos objetivos y metas es necesario aplicar estrategias que aseguren el diagnóstico, el tratamiento y la curación de los pacientes, y la protección de las poblaciones vulnerables a la infección con cepas multirresistentes. Las estrategias, aunque pueden cambiar de un país a otro, son:

- Detección y tratamiento temprano de los pacientes con tuberculosis activa (DOTS/TAES) (DOTS-Plus).
- Tratamiento de las personas con tuberculosis latente asintomática.
- Vacunación con BCG.
- Prevención de la transmisión institucional (hospitales, cárceles)(20).

3.1.4 Derechos y responsabilidades de los pacientes

El objetivo fundamental es dar a conocer a todos los pacientes que padecen la tuberculosis, los derechos y las responsabilidades que tienen. De forma que cada paciente tenga acceso a un buen diagnóstico, es decir a tiempo y al tratamiento médico que cumpla plenamente las Normas Internacionales para la Asistencia Antituberculosa, para disminuir la carga social, económica y de inequidad que impone la enfermedad (21).

En resumen un paciente tiene derecho: a la **asistencia** médica y al asesoramiento; la **dignidad** en cuanto a la atención sanitaria de calidad en un ambiente digno, con apoyo moral de los que lo rodean; **información** ante todo a recibir una descripción oportuna, concisa y clara de la afección médica y el diagnóstico; la **elección** a una segunda opinión médica, a participar o no en grupos de investigación sin que esto afecte la asistencia que reciba, la **confianza** mediante el respeto a la privacidad y la dignidad; la **justicia** a plantear reclamaciones y a que sean tratadas con prontitud y de forma justa, la **organización** en asociaciones con el fin de formular, ejecutar, hacer seguimiento y evaluación de políticas y programas antituberculosos con las autoridades sanitarias; y **seguridad** ante todo laboral una vez terminado el tratamiento (21).

Entre las responsabilidades de los pacientes se encuentra: el **intercambio de información**, la **permanencia en el tratamiento** cumpliendo con las instrucciones dadas para proteger su salud y la de otros, la **contribuir a la salud comunitaria** estimulando a otros a que busquen asesoramiento médico y **mostrando solidaridad** sumándose a los esfuerzos para lograr una comunidad "libre" de tuberculosis (21).

4.2 Teoría de las Representaciones Sociales

4.2.1 Origen

Fue Moscovici quien propuso el concepto de representación social en 1961. Desde entonces, se ha pasado de la elaboración del concepto a un desarrollo de la teoría que ha permeado las ciencias sociales porque constituyen una nueva unidad de enfoque que unifica e integra lo individual y lo colectivo, lo simbólico y lo social; el pensamiento y la

acción (22).

Moscovici en 1989 identifica cuatro influencias teóricas que lo indujeron a plantearse la teoría de las representaciones sociales: Emile Durkheim y su concepto de representaciones colectivas; Lucien Lévy-Bruhl y su estudio sobre las funciones mentales en sociedades primitivas; Jean Piaget y sus estudios sobre la representación del mundo en los y las niñas y las teorías de Sigmund Freud sobre la sexualidad infantil. Asimismo, Fritz Heider con sus estudios sobre psicología del sentido común y Berger y Luckmann, con su propuesta de la construcción social del conocimiento (22).

Las representaciones sociales se construyen en la diferencia existente al interior de una sociedad en relación con un objeto social. Ellas nacen del debate, del desacuerdo entre grupos nacidos en un mismo contexto social, en función a la experiencia que ellos tienen de un objeto de representación. En ese sentido, las representaciones sociales están íntimamente relacionadas con la experiencia (social), con las prácticas sociales, en tanto que ellas influyen y orientan las acciones. Ellas definen la particularidad de un grupo (23).

El abordaje de las representaciones sociales posibilita, por tanto, entender la dinámica de las interacciones sociales y aclarar los determinantes de las prácticas sociales, pues la representación, el discurso y la práctica se generan mutuamente (24).

4.2.2 Algunas Definiciones

Moscovici la define 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, liberan los poderes de su imaginación (23).

Para Jodelet (25), las representaciones sociales son «una forma de conocimiento, socialmente elaborado y compartido, que tiene un objetivo práctico y de construcción de una realidad común a un grupo social», lo que enfatiza su condición de modalidad de pensamiento específicamente social.

Según Navarro(26), las representaciones sociales son formaciones cognitivas socialmente producidas, y por extensión, socialmente diferenciadas, es decir, éstas no pueden entenderse separadamente de los procesos de comunicación y de las formas de socialización (relaciones intergrupales) y se abordan de manera comparativa.

Tres formas de definición jerarquizadas según su rigor, nos permitirán comprender y abordar las implicaciones metodológicas de su estudio:

- Descriptiva: Una manera de ver un aspecto del mundo, que se traduce en el juicio y en la acción. Esta "manera de ver" no es propia del individuo singular sino que depende del hecho social.
- Conceptual: Un conjunto de conocimientos, actitudes (opiniones, posturas) y de creencias concernientes a un objeto social dado.
- Operacional: Un conjunto de elementos cognitivos que establecen relaciones; esos elementos y esas relaciones son propios de un grupo determinado. No se centra en su contenido sino en sus relaciones o estructura (26).

4.2.3 Características de las Representaciones sociales

Las representaciones sociales tienen algunas características fundamentales (Rouquette et Rateau, 1998) son:

- Un conjunto organizado. No se trata de una colección de elementos cognitivos, sino de una estructura.
- Colectivamente producidas por un proceso global de comunicación (intercambios entre individuos y la exposición a los medios masivos de comunicación).
- Compartidas por los individuos de un mismo grupo social.
- Socialmente útiles. Su finalidad se define en tanto son sistemas de comprensión y de interpretación del entorno social, por un lado, y ellas intervienen en las interacciones entre los grupos al respecto de un objeto social.

4.2.4 Funciones de las Representaciones sociales

Según Abric (24), estas juegan un rol fundamental en la dinámica social en las prácticas sociales porque tienen funciones particulares como:

- Función del saber: Permiten comprender y explicar la realidad, ellas facilitan e incluso son la condición necesaria, de la comunicación social.
- Función de identidad: Definen la identidad y permiten la salvaguarda de la especificidad de los grupos.
- Función de Orientación: Guían la acción, los comportamientos y las prácticas sociales. Prescribe los comportamientos y prácticas.
- Función Justificadora: Justifican a posteriori las posturas o actitudes y los comportamientos.
- En general, posibilitan la adaptación del individuo a su contexto físico y sociocultural.

Farr establece otras dos funciones para las representaciones sociales: "hacer que lo extraño resulte familiar y que lo visible, se convierta en perceptible" (27).

Al abordarlas tal cual ellas se manifiestan en el discurso espontáneo, nos resultan de gran utilidad para comprender los significados, los símbolos y formas de interpretación que los seres humanos utilizan en el manejo de los objetos que pueblan su realidad inmediata (28).

4.2.5 Enfoques

Se reconocen al menos dos escuelas en el desarrollo de teórico de las representaciones sociales, en las cuales podemos identificar dos tipos de enfoques.

Enfoque procesual

Este fue desarrollado por la escuela clásica, de Denise Jodelet en estrecha cercanía con la propuesta de Serge Moscovici. El énfasis está más en el aspecto constituyente que en el aspecto constituido de las representaciones.

Metodológicamente recurren, por excelencia, al uso de técnicas cualitativas, en especial las entrevistas en profundidad y el análisis de contenido. Este descansa en postulados cualitativos y privilegia el análisis de lo social, de la cultura y de las interacciones sociales, en general (22).

Se caracteriza por su abordaje hermenéutico centrado en la diversidad y en los aspectos significantes, entendiendo al ser humano como

productor de sentidos y focalizando en el análisis de las producciones simbólicas y de los significados del lenguaje a través de los cuales los seres humanos construimos el mundo en que vivimos (28).

Enfoque estructural

Desarrollado desde 1976 por Jean Claude Abric y centrada en los procesos cognitivos. Recurre a las técnicas experimentales, privilegia el funcionamiento cognitivo y el del aparato psíquico, con postulados que se derivan del método experimental (análisis multivariados)(22).

Abric en 1994 retomó el modelo teórico de Moscovici, el cual plantea que las representaciones sociales tienen un elemento constitutivo o contenido y unas relaciones que mantienen esos elementos u organización. Parte de la hipótesis de que las representaciones sociales están organizadas internamente de manera jerárquica entre sus elementos y relaciones (22).

La aproximación estructural se fundamenta en la organización general de las creencias sociales, establece que las representaciones se organizan alrededor de un núcleo, el sistema central, que le da el significado a los elementos de la representación y los organiza (1), está asociado a los valores y a las normas o condiciones históricas e ideológicas y se caracteriza por su estabilidad. Finalmente, el núcleo central posee dos dimensiones: una normativa, dentro de la cual se expresan los elementos socio – afectivos e ideológicos, fuertemente marcados en el centro de la representación, y una dimensión funcional que tiene la finalidad operacional dirigida hacia la idea de funcionamiento del objeto (2).

El complemento del núcleo es el sistema periférico, que constituye el punto de enlace entre los ideales del núcleo y la realidad concreta, encargándose tanto de la defensa y transformación de las representaciones, como de darle una modulación individual a lo social (29).

El sistema periférico tiene tres funciones:

- La prescripción de funciones que le permiten al sujeto saber cuál tipo de comportamiento es pertinente o no en el contexto social

- La adaptación (evolución) de la representación social es decir, la personalización, la apropiación por parte del sujeto de dicha representación
- Funciona como un sistema de defensa del núcleo central frente a los cambios del contexto social (2).

5. Análisis Estadístico de Texto

Los métodos estadísticos han evolucionado notablemente, entre sus principales disciplinas interesadas por los textos están: análisis de textos, lingüística, análisis del discurso, análisis de contenido, comprensión automática de texto, recuperación de información y extracción automática de información estadística, tiene variados ámbitos de aplicación que van desde conjuntos de respuestas abiertas hasta corpus textuales (30).

La estadística textual ha surgido del encuentro entre el estudio cuantitativo de los textos literarios y la corriente de la estadística moderna llamada análisis de datos textuales (31). La base de este método consiste, en utilizar procedimientos que implican contar las ocurrencias de las unidades verbales básicas (generalmente palabras) y realizar algún tipo de análisis estadístico a partir de los resultados (32).

Este análisis tiene dos etapas: la primera se caracteriza por la aplicación de herramientas de estadística descriptiva para resumir y cuantificar la frecuencia relativa de la utilización de ciertas palabras o estructuras (30), promoviendo la clasificación en tablas específicas, creadas a partir de los datos textuales los cuales se complementan con los glosarios de palabras y el uso de correspondencias, que permiten una representación gráfica de una tabla de contingencia para la investigación de asociaciones (33), y la segunda etapa aplica herramientas para análisis de conglomerados, que permiten identificar grupos a partir de observaciones multivariantes (30).

En particular el análisis permite identificar(34):

- Las ideas “nucleares” que se infieren de las palabras características, encontrándose las ideas que constituyen las concepciones de los grupos estudiados con relación a la representación.
- Las relaciones, se infieren del conjunto de palabras asociadas en cada categoría o tipo léxico a partir del análisis de la tabla de frecuencias. Hace referencia a la relación entre las ideas mencionadas.

La técnica de asociación libre

La técnica se realiza a partir de un término inductor (o de una serie de términos), se les pide a las personas que produzcan todos los términos, expresiones que se les “ocurran” (35).

El carácter espontáneo —por lo tanto menos controlado— y la dimensión proyectiva de esa producción permite tener acceso, mucho más rápido y fácil que en una entrevista, a los elementos que constituyen el universo semántico del término o del objeto estudiado (22).

En lo esencial, la técnica consiste en interrogar a las personas —que participan voluntariamente sobre un determinado objeto de representación. Esta exploración se basa en dos premisas. Primera, que el objeto está efectivamente representado, es decir, que a su alrededor existe un conjunto de vínculos cognoscitivos, conductuales o emocionales; segunda, que el grupo social en consideración comparte una imagen o pensamiento común respecto a dicho objeto (36).

En la tabla 1, se relacionan algunas publicaciones que orientan o coinciden con la agrupación de respuestas (palabras, frases o entrevistas semi-estructuradas) y utilizan las técnicas de análisis de contenido.

Tabla 1. Análisis de texto: Algunas publicaciones latinoamericanas.

Autor	Ref.	Año	Título	Técnica	Software
Medeiros A. Costa I.	(37)	2005	Representação social sobre o risco ocupacional hospitalar	Teoría de las representaciones sociales y Teoría del núcleo central	Evoc2000
Rodríguez de Ávila U. Cortés Miranda S. Varela Ceballos M.	(35)	2007	Representación socio-espacial: mapas mentales e identidad social urbana. Un estudio sobre el Centro Histórico de Santa Marta, Colombia.	Mapas mentales y Asociación libre de palabras	SPSS 11.5 Microsoft Excel®
Navarro O.	(26)	2007	Análisis conceptual y empírico del sistema de atención al habitante en situación de calle adulto en la ciudad de Medellín.	Asociación libre de Palabras Análisis prototipito y categorial	Evoc2000
Rubel A. Garro L.	(11)	1992	Social and Cultural Factors in the Successful Control of Tuberculosis		
Bécue M. Lebart L.	(31)	1992	El análisis estadístico de datos textuales. La lectura según los escolares de enseñanza primaria	Pregunta abierta, análisis estadístico de datos textuales, análisis de correspondencias	SPAD-T
Santriano C. Moscoloni N.	(33)	2002	Importancia del análisis textual como herramienta para el análisis de discurso. Aplicación en una investigación acerca de los abandonos de tratamientos en pacientes drogodependientes	Entrevistas semi-estructuradas	SPAD-T
Parales C.	(38)	2006	Representaciones sociales del comer saludablemente: un estudio empírico en Colombia	Identificar de elementos del núcleo central determinando la frecuencias y el rango promedio de evocación	SPSS Evoc2000

6. Metodología

Se parte de un diseño cualitativo (abierto y emergente) que se encuadra en el método inductivo, por cuanto no pretende corroborar hipótesis ni teorías, sino conocer significados. No se pretende inferir sino conocer la diversidad de representaciones que sobre el tema (la tuberculosis) poseen las personas (35). (Ver figura 1).

Según Lebart, Salen y Bécue, los métodos estadísticos para este tipo de variables (cualitativas) se realizan en cuatro etapas(30):

Problema – datos – tratamiento – interpretación

Problema: ¿qué motivó el estudio?

Datos: para la recolección de los datos existen diferentes técnicas entre ellas están la entrevista, el cuestionario, las tablas inductoras, dibujos y soportes gráficos, técnicas etnográficas, técnicas de asociación (carta asociativa y asociación libre de palabras) (30).

Tratamiento: estudio de las unidades estadísticas (formas, lemas, segmentos), estudio de la riqueza de vocabulario (la frecuencia de aparición), análisis multivariado de datos textuales (aplicación del Análisis Factorial de Correspondencias, sobre las tablas lexicográficas), identificación de respuestas y/o frases modales (30).

Interpretación: los datos, no “hablan por sí mismos”, revelan lo que el analista sea capaz de detectar, debe incluir una reflexión sobre la validez y el significado de las estructuras observada (30).

Este esquema solo marca las etapas de la actividad estadística; en la práctica se presentan numerosas situaciones intermedias que complican la tarea del investigador (30).

6.1 Tipo de Estudio

Se propone un tipo de estudio mixto, soportado en el método cuantitativo (análisis de evocaciones y análisis estadístico de textos)(31) y un posterior análisis cualitativo. Se busca ofrecer una visión que permita entender y analizar las relaciones entre lo biológico y lo social, pues en la tuberculosis se debaten aspectos tanto objetivos como subjetivos, que merecen ser estudiados y comprendidos (39).

6.2 Población y Muestra

Para esta investigación se utilizó la información recogida en el estudio **“El personal de salud como agente de retardo del proceso de diagnóstico del Tuberculosis Pulmonar en Adultos en la ciudad de Medellín, Colombia”** aprobado por el CODI Acta N° 084 del 26 de enero del 2007, suscrito por Marta B. Gaviria L. docente de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia

La asociación libre de palabras se condujo en el segundo semestre de 2007, mediante instrumento adjunto, en tres grupos de personas “el paciente y sus familiares”, “personal de salud” (profesionales del área de la salud, estudiantes de medicina, enfermería y salud pública) y “otros” (ciudadanos de Medellín).

¿Qué palabras o expresiones se le ocurren cuando piensa en una persona con tuberculosis?		
1.	_____	
2.	_____	
3.	_____	
4.	_____	
5.	_____	
6.	_____	
7.	_____	
8.	_____	
Oficio	_____	Edad _____ Sexo _____
Gracias		

La selección de las muestras supuso una selección de los informantes a partir de una justificación teórica (40).

Participaron 1049 personas mayores de 15 años, distribuidos así:

- Personal de salud: Profesionales y estudiantes del área de la salud n=324
- Pacientes con tuberculosis y sus familiares n=212
- “otros” (ciudadanos de Medellín) n=513 personas.

6.3 Recolección de la información

Para la recolección de la información se utilizó la técnica de Asociación Libre de palabras, evocadas a partir de la frase inductora (35), “¿qué palabras o expresiones se le ocurren cuando piensa en una persona con tuberculosis?”. Se invitaba a declarar 8 palabras o expresiones que a los participantes se les ocurrieran cuando

pensaban en esta frase. También se recogió información demográfica básica (edad y sexo) y ocupacional (oficio actual).

6.4 Procesamiento y análisis de la Información

El análisis estadístico se realizó con el apoyo de los programas EVOC2003, Microsoft Excel® y XLSTAT®. Para soportar dicho análisis se definieron cinco fases:

Fase 1. Descripción general de la población estudiada.

Fase 2. Análisis lexicográfico.

Se creó una lista de palabras con sus frecuencias y rangos (cluster de palabras por orden de aparición). Para esto el rango se tomó del promedio de palabras evocadas por cada grupo. Se construyeron, en este análisis, el núcleo central y los periféricos de cada grupo.

Fase 3. Generación de categorías.

Con la ayuda del software mencionado se obtuvieron las categorías estadísticas (El programa identifica las palabras más frecuentes, de 30 a 40 palabras y les asigna un número en orden alfabético) y se asimilaron con las categorías teóricas.

Fase 4. Análisis de correspondencias simples (textuales).

Este análisis de correspondencias textuales(30), permitió calcular e interpretar los resultados, tanto desde un punto de vista gráfico, como numérico.

Mediante el software XLSTAT®, se realizó el análisis de correspondencias simples utilizando las categorías teóricas; en las filas y en las columnas se ubicaron los tres grupos de participantes. Posteriormente con los puntajes factoriales obtenidos, se realizó una puntuación factorial de las filas y se ubicaron gráficamente los puntos más próximos a cada una de las columnas.

Luego se realizó un procedimiento de clasificación “k-means” que permitió que para cada grupo se obtuviera un cuadro con los atributos propios de los tres grupos (41).

Fase 5. Análisis de contenido.

Se ubicaron los materiales bibliográficos necesarios para realizar el análisis sobre el significado de los hallazgos.

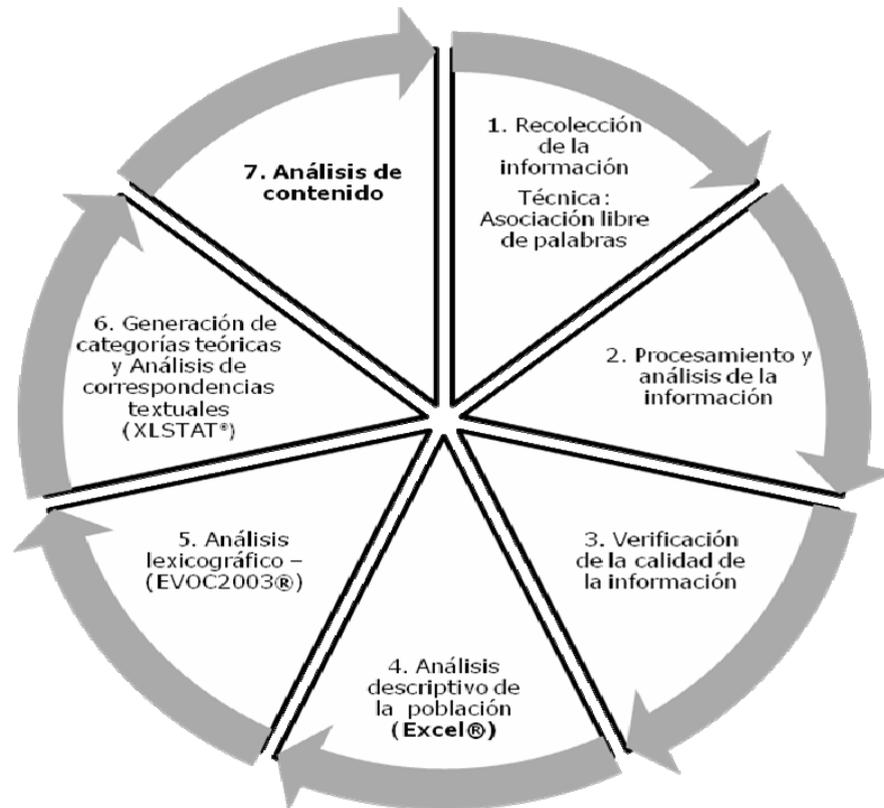


Figura 1. Resumen de la metodología

6.4.1 Resumen del análisis de datos mediante software EVOC2003®

El software de evocaciones, permite tres tipos de análisis:

- Lexicográfico, este análisis se realiza con las palabras más frecuentes. Ver figura 2. (LEXIQUE, TRIEVOC, NETTOIE, RANGMONT, LISTVOC, AIDECAT, RANGFRQ).
- Categorización para un análisis de contenido. Este análisis se realiza con todas las palabras. Ver figura 2. (CATEVOC, RECODCAT, DISCAT, STALCAT).
- Comparación de evocaciones, posibilita la comparación entre diferentes estímulos inductores y entre subpoblaciones al interior de un mismo estímulo inductor. Ver figura 2. (SELEVOC, COMPLEX).

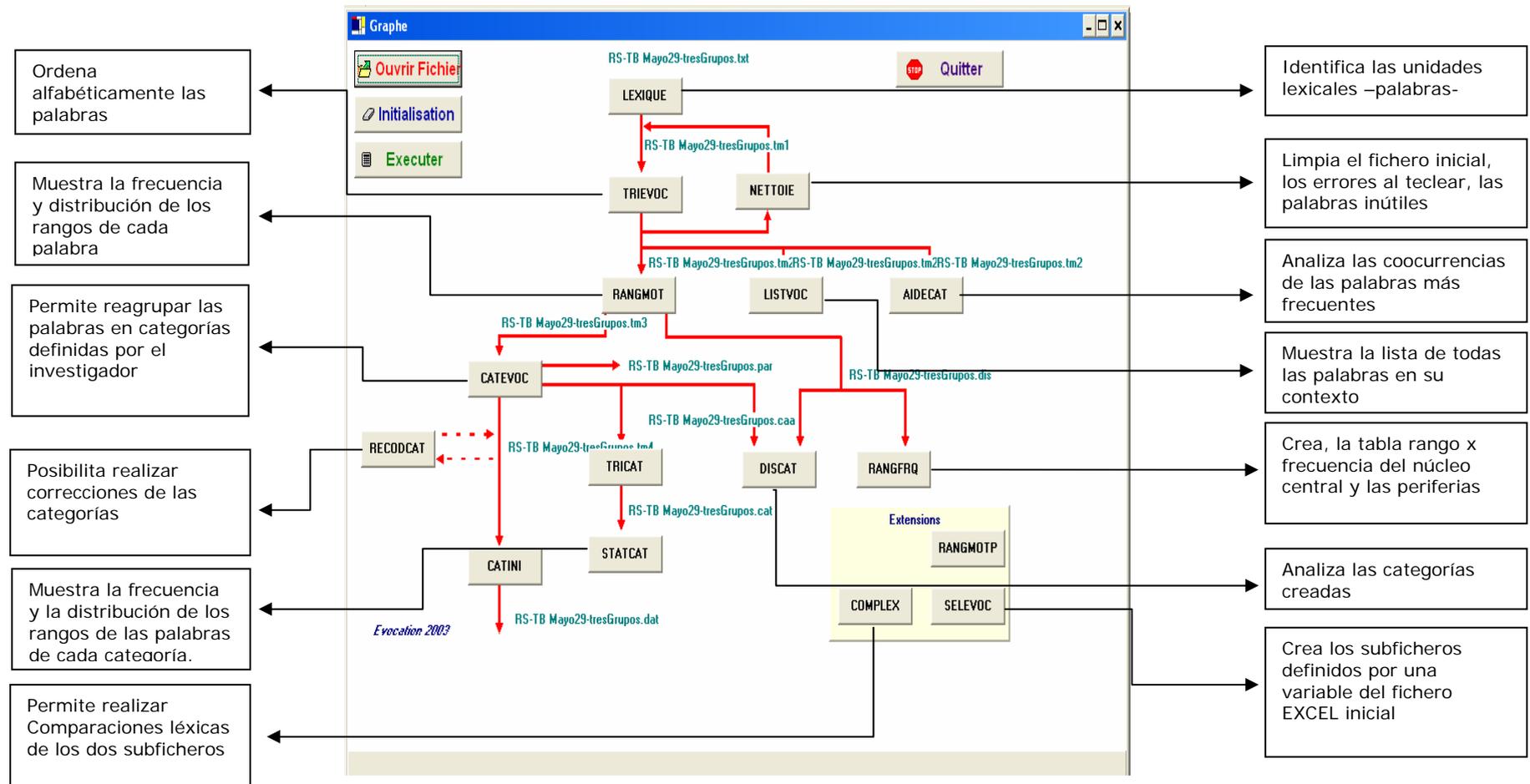


Figura 2. Programa EVOC2003, resumen de sus funciones.

7. Consideraciones éticas

La participación fue voluntaria y contó con el consentimiento de los participantes. La investigación reconoció la pluralidad y la diversidad de opciones que frente a ésta enfermedad ofrecieron las personas encuestadas.

Tomando como referente la resolución No 00830 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud contenidas en el marco constitucional de 1991 y teniendo en cuenta que en la presente investigación no se realizó ninguna intervención diagnóstica, procedimiento o tratamiento en las personas objeto de interés en el estudio, se consideró que esta fue una investigación sin riesgo.

8. Resultados

8.1 Fase 1: Caracterización de la población encuestada

De 1049 personas encuestadas el 59.6% son mujeres, y es en el grupo de los "otros" el que más representatividad tiene (24,8%), seguido del grupo del personal con un 20,2% y por último el grupo de los pacientes y familiares con un 13,9%; para el sexo masculino tiene una distribución similar. (Ver tabla 2).

La edad media de la población encuestada fue de 30 años (DE: 13,6) y la mediana de 25 años. Del total de encuestados, y según el grupo de edad, se encontró que más de la mitad de la población (65,2%), que contestó la encuesta está entre los 15 a 30 años y la menor población en el grupo de 46 años y más, como se muestra en la tabla 2.

En la población estudiada se logró captar personas que desempeñan oficios diferentes tales como amas de casa, estudiantes bachilleres y universitarios de diferentes carreras, mecánicos, vendedores ambulantes, profesionales y estudiantes del área de la salud, docentes de diferentes áreas, modistas, peluqueros, secretarias, pensionados, vigilantes, religiosos, recicladores, taxistas, obreros, desempleados, fotógrafos

Tabla 2. Características demográficas de la población encuestada

Variable	Categoría	Personal de salud		Pacientes y familiares		"Otros"		Sin dato	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo	Femenino	212	20,2	146	13,9	260	24,8	7	0,7
	Masculino	109	10,4	66	6,3	243	23,2	6	0,6
Grupo Edad	De 15 a 30 años	240	22,9	76	7,2	356	33,9	12	1,1
	31 a 45 años	56	5,3	57	5,4	95	9,1	8	0,8
	46 y más	20	1,9	78	7,4	48	4,6	3	0,3

8.2 Fase 2: Análisis lexicográfico

Mediante la técnica de asociación libre de palabras se recolectaron 6204 palabras o expresiones. La media de palabras evocadas por persona fue de 6 (DE: 2,1). Se evocaron 1955 palabras diferentes (promedio 3,8 palabras diferentes por persona) de las cuales 1438 palabras se mencionaron una sola vez y una sola palabra, “la tos”, se citó 301 veces. Los anexos 2, 3 y 4 resumen la distribución de las frecuencias de las palabras evocadas.

Debido a las características comunes de las evocaciones en el grupo de los pacientes y sus familiares se decidió agrupar estos dos grupos en uno solo para el análisis posterior.

La tabla 3 consolida, adicionalmente, la información sobre la frecuencia de las evocaciones en los tres grupos de personas que se sometieron a la encuesta. Los grupos del personal de salud y de los “otros” (no implicados) representan al 80% de la población estudiada.

Tabla 3. Frecuencias y rangos (media) de de las palabras o expresiones evocadas sobre una persona con tuberculosis, por los grupos encuestados.

Distribución de la población encuestada	Grupo n (%)		
	Personal de salud	Pacientes y Familiares	Otros – No implicados
Nº de encuestados	324 (30,9%)	212 (20,2%)	513 (48,9)
Nº de palabras evocadas	2060 (33,2%)	1176 (19,0%)	2968 (47,8%)
Nº de palabras diferentes	763	712	1028
Nº de palabras mencionadas una sola vez	560	591	765
Media de palabras diferentes*	4,0	3,6	3,8

* Promedio

8.2.1 El núcleo central en la población de estudio

A partir de la lista de términos evocados, se realizó un análisis lexicográfico que hizo evidente el “prototipo” de la representación, con el cual se busca descubrir la organización del contenido. (26)

En la tabla 4 y en la figura 3 se describen la frecuencia de las palabras que corresponden al núcleo central de la representación social para cada uno de los grupos (ver anexos 1, 2 y 3). En negrilla, se observan las

palabras comunes para los tres grupos con su respectiva frecuencia y rango. En la figura 3 se representan estas palabras comunes (tos, contagio, enfermedad, miedo y pesar) en el círculo. Los rectángulos complementan la información ubicando las palabras más frecuentes en los tres grupos.

Tabla 4. Prototipo (rango y frecuencia) del núcleo central de las representaciones sociales de una persona con tuberculosis.

Personal salud ¹			Pacientes y familiares ²			Otros - No implicados ³		
Palabra	n*	Rango**	Palabra	n	Rango	Palabra	n	Rango
Tos	137	2,5	Miedo	46	2,5	Tos	142	2,3
Pobreza	61	3,9	Pesar	34	2,2	Enfermedad	131	2,5
Hacinamiento	60	3,7	Contagio	27	2,3	Contagio	90	3,6
Contagio	42	3,4	Tristeza	23	3,0	Contagiosa	80	3,4
VIH	42	3,9	Tos	22	3,2	Dolor	64	3,6
Aislamiento	38	3,9	Contagiosa	16	3,4	Miedo	63	3,1
Contagiosa	36	3,1	Enfermedad	14	1,9	Pesar	57	2,6
Pérdida-peso	36	3,9	Temor	11	2,9	Enferma	52	1,5
Enfermedad	33	2,5	Dolor	9	2,8	Infección	49	3,3
Desnutrición	30	3,1	Angustia	7	3,4	Pulmones	48	3,7
Infección	29	3,2	Cuidado	7	2,6	Tristeza	43	3,8
Enferma	24	2,5	Pobrecita	7	1,3	Sangre	35	3,7
Muerte	22	3,5				Fiebre	33	3,5
SIDA	22	3,7				Lástima	30	3,1
Miedo	18	3,8				Temor	15	2,4
Tosedor	15	2,1				Asco	13	2,4
Sangre	13	2,8				Descuido	13	3,1
Bacilo	11	3,6				Flema	13	3,2
Pesar	11	2,8				Cansancio	10	3,6
Tísico	11	2,9						
Pobre	10	3,4						
Flema	9	3,1						
Flaca	8	3,6						
Pulmones	8	3,6						
Pulmón	8	3,3						
Tos-persistente	8	2,5						
Viejo	8	2,5						
Inmunosuprimido	7	3,4						
Peligro	7	2,6						
Tos-crónica	7	2,0						

1. Rango < 4 y frecuencia > de 7

2. Rango < 3,6 y frecuencia > de 7

3. Rango < 3,8 y frecuencia > de 10

*. n = frecuencia de las palabras

** . Rango = Orden de aparición o posición en la cual fue mencionada dicha palabra.

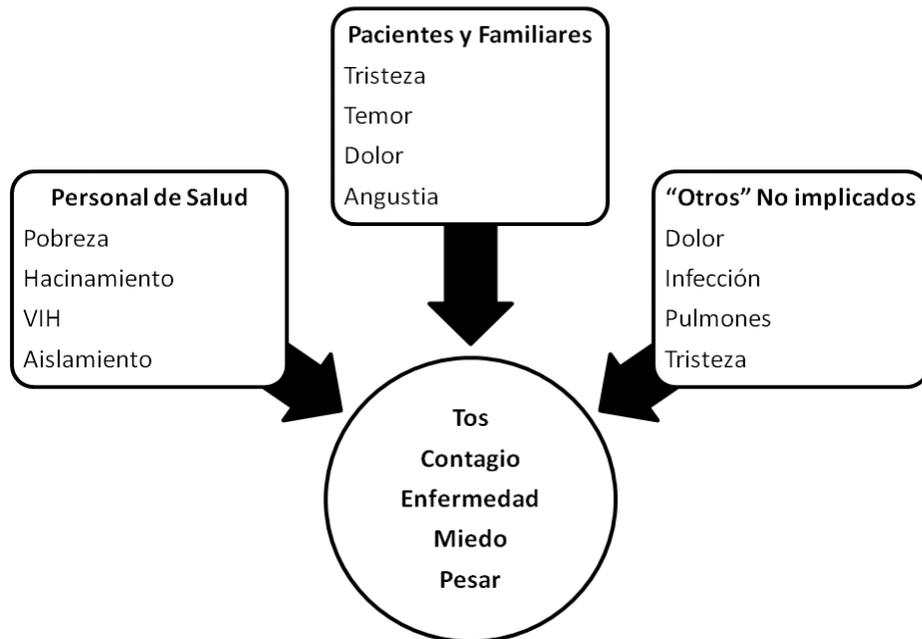


Figura 3. Elementos constitutivos del núcleo central de las evocaciones de una “persona con tuberculosis”.

Las premisas de la teoría del núcleo Central(42), suponen que las palabras agrupadas fueron aquellas que tuvieron mayor frecuencia y más rápidamente evocadas.

Estos elementos tienen la función de “defensa de la representación” y es la parte menos sensible a los cambios debido al contexto externo o a la vida cotidiana de los individuos.

Las palabras tos, contagio, enfermedad, miedo y pesar son los elementos comunes – que hacen parte del núcleo central – en los tres grupos de personas encuestadas.

El núcleo central en **el personal de salud**

Aparte de los elementos comunes en los tres grupos, se encuentran palabras como **pobreza y hacinamiento** que hacen referencia a la condición socio-económica de los afectados. En los países en vías de desarrollo los casos de tuberculosis se concentran en las áreas urbanas económicamente deprimidas. La pobreza siempre ha sido el “aliado

histórico de la tuberculosis”(5) y el hacinamiento favorece su diseminación.

El personal de salud señala al enfermo de tuberculosis como una persona débil que tiene ciertas características como tener **VIH- SIDA, pérdida de peso, desnutrición,** estar **flaco,** ser **viejo** e **inmunosuprimido.** Esto coincide con publicaciones técnicas que señalan que las personas más vulnerables son aquellas que tienen poca resistencia a la infección-enfermedad: niños o ancianos, los pobres y las personas con diabetes, silicosis o sida (43).

Aparece también en el núcleo central de este grupo el **aislamiento** entendido tal vez como las medidas institucionales definidas para contener la infección en los trabajadores y en los otros pacientes. En los establecimientos de salud la transmisión de la tuberculosis es posible debido a la convivencia de personas enfermas y susceptibles (20).

El núcleo central en **los pacientes y familiares**

Aquí se encuentran las palabras **tristeza y angustia.** En la literatura se encuentra que la tuberculosis se asociaba con la tristeza, hasta el punto de que se hicieron sinónimas, muchos de los poetas que murieron de esta enfermedad, escribieron poemas tristes, desesperanzadores y nostálgicos. Sontag S, cita a Henri Amiel, escritor suizo enfermo de tuberculosis, que escribió en 1852: “El cielo arropado de gris [...] las hojas que caen por doquier como las ilusiones perdidas de la juventud bajo las lágrimas del dolor incurable... El abeto, solitario en su vigor, verde, estoico, en medio de esta tuberculosis universal (18).

Algunos estudios(44), mencionan que los enfermos con tuberculosis le temen a la enfermedad y a los efectos sobre su vida diaria. El desequilibrio de la tuberculosis se manifiesta en sentimientos de culpa, intranquilidad, tristeza, tal vez debido a las circunstancias del contagio a sus orígenes y a sus consecuencias. Es la familia quien puede brindarles apoyo tratando de mitigar los síntomas depresivos que puede ocasionar la enfermedad. La familia, el apoyo y el pesar. Los sentimientos de compasión son expresados a través de la palabra **pobrecito.**

“Yo lo veía ahí sentado en esa silla y yo: ¡ay, qué pesar! Vea, parecía un esquelético, pues, en dos días se acabó, la cosa más horrible”(45).

El núcleo central en “los Otros” (ciudadanos de Medellín)

En el núcleo central se encuentran las palabras ***Infección y Pulmones*** que hacen referencia a la infección bacteriana -contagiosa- que compromete principalmente los pulmones(14).

Es necesario resaltar que, durante toda la vida, el riesgo de desarrollar una tuberculosis activa, después de una infección, es del 5%, excepto si se tiene VIH-Sida u otra condición debilitante(15). La concepción de la localización de la tuberculosis está arraigada, que, solo es en los pulmones, “ella es la que infecta”.

En este grupo de personas se encuentran diferentes sentimientos hacia la persona con tuberculosis como lo es, la compasión que es manifestada con palabras como ***tristeza, lástima***, pero también manifiestan ***temor, asco*** tal vez, hacia las personas o hacia la misma enfermedad y otros señalan que es la mala vida la que la ocasiona, ***el descuido***.

8.2.2 El sistema periférico en la población de estudio.

En el núcleo periférico se encuentran las experiencias individuales de cada persona, por lo cual es posible explicar la diversidad de representaciones que existen al interior de un grupo entre sus miembros (2). Este núcleo adopta mayor dinamismo, flexibilidad e individualización que el núcleo central.

En la tabla 5 y en la figura 4 se describen la frecuencia de aparición de las palabras y el orden de citación de éstas que constituyen el núcleo periférico de la representación social para cada uno de los grupos. Este núcleo periférico contiene las palabras de alta frecuencia de evocación que no fueron ubicadas como centrales por exceder el criterio de corte determinado (orden de aparición, es decir, si la palabra fue evocada en primer lugar, en segundo, etc.) (38).

En la tabla 5, y en negrilla, se observan las palabras comunes para los tres grupos con su respectiva frecuencia y rango. En la figura 4 se representan las palabras comunes a los tres grupos (tratamiento y

rechazo) en el círculo, los rectángulos complementan la información ubicando las palabras más frecuentes para cada uno de los tres grupos.

Tabla 5. Prototipo (Rango X frecuencia) del sistema periférico de las representaciones sociales de una “persona con tuberculosis”.

Personal salud ¹			Pacientes y familiares ²			Otros - No implicados ³		
Palabra	n	Rango	Palabra	n	Rango	Palabra	n	Rango
Expectoración	33	4,1	Muerte	21	4,1	Muerte	99	4,4
Fiebre	31	4,3	Aislamiento	16	3,7	Tratamiento	43	4,7
Espujo	20	4,2	Tratamiento	13	3,8	Aislamiento	36	4,9
Inmunosupresión	17	4,6	Susto	10	3,7	Angustia	28	4,5
Baciloscopia	15	5,1	Rechazo	9	3,8	Hospital	22	5,2
Tapabocas	15	5,0				Pobreza	19	4,5
Adinamia	14	4,5				Soledad	19	5,1
Dolor	14	4,6				Sufrimiento	18	4,4
Tratamiento	14	5,2				Rechazo	17	4,5
Caquexia	12	4,5				Cuidado	15	3,9
Hemoptisis	12	4,4				Palidez	15	4,7
Rechazo	11	4,5				Asfixia	14	5,0
Cuidado	10	4,4				Ayuda	14	4,3
Tuberculina	9	5,1				Medicamentos	14	5,2
Radiografía	8	5,9				Peligro	14	4,6
Anorexia	7	5,1				Debilidad	13	4,6
Secreciones	7	5,3				Virus	13	3,8
Tristeza	7	6,3				Cigarrillo	12	4,1
						Contaminación	11	4,2
						Gripa	11	3,8
						Hospitalización	10	5,2
						Pérdida-peso	10	4,0

1. Rango ≥ 4 y frecuencia $>$ de 7

2. Rango $\geq 3,6$ y frecuencia $>$ de 7

3. Rango $\geq 3,8$ y frecuencia $>$ de 10

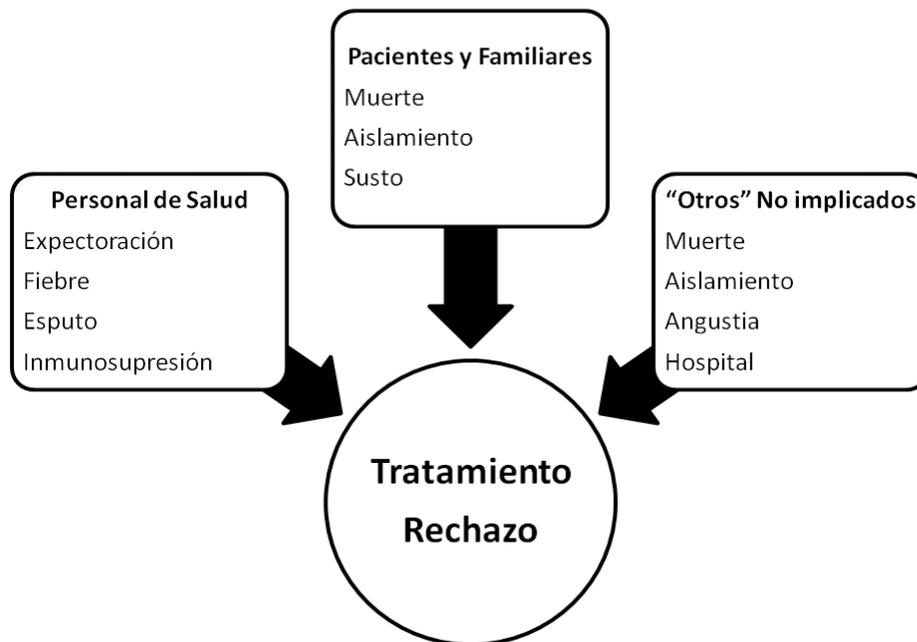


Figura 4. Elementos constitutivos del sistema periférico de las evocaciones de una “persona con tuberculosis”.

El sistema periférico en el **personal de salud**

En el periférico 1 se encontró palabras como ***expectoración, fiebre y hemoptisis***, que hacen referencia a algunos de los síntomas más frecuentes de la enfermedad.

Esputo y baciloscopia, hacen referencia a la técnica fundamental para el diagnóstico microbiológico de la tuberculosis. Esta técnica permite identificar al 70-80% de los casos pulmonares positivos (46).

La percepción del personal asistencial y de la comunidad sobre el esputo y la baciloscopia es compleja, aún produce repulsión y rechazo a pesar de ser una prueba muy simple.

En este periférico también se encontró la palabra ***radiografía***, otra técnica diagnóstica complementaria de las baciloscopias y que quizás sea menos repulsiva.

Otra palabra de este grupo es ***tuberculina***, la cual hace referencia al diagnóstico de la infección tuberculosa (14). Esta pone de manifiesto un

estado de hipersensibilidad del organismo frente a las proteínas del bacilo tuberculoso y es el estándar para el diagnóstico de la infección.

Las evocaciones, ubicadas en el núcleo periférico, del personal de salud –según estos datos- se concentran en el diagnóstico y en sus pruebas complementarias.

El sistema periférico en los **pacientes y familiares**

En el periférico 1 se encontró que de los pacientes y familiares ubican a la tuberculosis como una enfermedad letal. Aparece la **Muerte como elemento constitutivo del núcleo periférico**. La letalidad de los casos de tuberculosis está en gran parte determinada por la comorbilidad, la localización y por la adecuada y oportuna intervención (tratamiento).

La tuberculosis con baciloscopia positiva no tratada conduce a la muerte en el 30 a 40% de los casos dentro del primer año y acumulativamente mata a aproximadamente el 50-70% de los casos en el lapso de 5 a 7 años” (15).

«Polyschchuk no tiene más de cuarenta años. Se está muriendo. Para él es demasiado tarde. Cuando ingresó pensamos que moriría al cabo de unos días, pero sigue vivo. Le diagnosticaron la enfermedad en la cárcel pero cuando salió a la calle no vino al dispensario para tuberculosos y no sabíamos dónde estaba. Cuando por fin vino, confesó que llevaba varios meses sintiéndose enfermo. Durante el tratamiento, empeoró y perdió 10 kilos. Cuando tuvimos los resultados de los análisis nos dimos cuenta de que padecía TB-MDR. Pensamos en apuntarlo al programa DOTS-Plus, pero decidimos no hacerlo porque morirá pronto». —Doctora Helen Kiryanova, dispensario para tuberculosos de Orel (Federación de Rusia) (47).

Otra palabra con alta frecuencia en el periférico 1 es **Aislamiento**, que hace referencia a los conocimientos que han adquirido sobre la enfermedad y los factores que favorecen el contagio.

“...me mandó mucho lo del aislamiento, la careta esa y ya, que bregara a llevar los hábitos alimenticios normal pues, que no me fuera a descuidar con otras cosas porque podría ser peor. Eso me lo recomendaron en el centro de salud, separar los cubiertos los primeros

días y ya después que normal... Una de las precauciones es la careta, el aislamiento, estar en lugares que tengan buena ventilación” (45).

El sistema periférico en “los Otros” (ciudadanos de Medellín)

Al igual que los pacientes y los familiares se encontraron palabras como **muerte y aislamiento**; en este grupo cabe resaltar algunos términos como **pobreza, cigarrillo, contaminación** que hacen referencia a la situación económica y “a la mala vida” que llevan estas personas.

Se encuentran otras como **hospital, medicamentos** que hace referencia a la forma de curación de la enfermedad.

Una persona con tuberculosis les evoca **sufrimiento**, pero también lo relacionan con personas que necesitan **ayuda y cuidado**.

8.3 Fase 3: Generación de categorías

Se ubicaron 31 categorías estadísticas que el software crea teniendo cuenta la frecuencia de las palabras evocadas. A partir de este insumo se diseñaron 23 categorías teóricas con las cuales se busca comprender el sentido particular que para los encuestados tiene la representación social de la tuberculosis (ver tabla 6).

Tabla 6. Categorías teóricas y algunas palabras ilustrativas.

Categoría Teórica	Palabras o Expresiones Ilustrativas
Compasión	Ayudarlos-salir-de-eso, No-dejarlo-solo, A-cualquiera-puede-dar, Lástima , Pobrecito, Pesar
Aislamiento y hospital	Tratamiento, Aislamiento, Hospital-la-María, Cuarentena, Tapabocas
El Contagio	Contagia-personas, Puede-ser-pegajosa, Tener-cuidado-contactos, Peligro-contagio, Inféctate
Rechazo	Asco, Cero-contacto, No-comer-lo-que-persona-come, Quemar todo cuando muera, No-lo-dejo-entrar, Evitar
El cuerpo enfermo	Malestar-general, Dolor-cuerpo, Fiebre, Gripe, Malestar-continuo
La mala vida	Como-bebe-fuma, Lugares-poco-habitables, Enfermedad-descuido, Extrema-pobreza, Hacinamiento
Destrucción y muerte	Riesgo-muerte, Enfermedad-terminal, Es-lo-peor, Enfermedad-crónica, Muerte
Miedo	Miedo-la-misma-enfermedad, Me-da-miedo, Cuidado-familia, Miedo-tenerla, Dios-me-libre

Categoría Teórica	Palabras o Expresiones Ilustrativas
La soledad	Angustia, Tristeza, Depresión, Lo ignoran-a-uno, Se-siente-como-apartado
Enfermedad que acaba	Está-acabado, Persona-mal-alimentada, Perdida-peso, Desnutrición
El pulmón enfermo	Está-mal-pulmones, Pulmones-acabados, Enfermedad-pulmones, Pulmones-podridos
La desintegración	Deteriorado, Desmejorada-apariencia, Persona-pálida-ojerosa, Débil
Tos y desgarro	Tos-crónica, Tos-persistente, Tosedor, Expectoración, Tos
El otro	Enfermedad-negros, VIH-SIDA, Indigente, Viejo, Pobre, Barrios-marginados, Indígena
Enfermedad social	Problema-social, Pobre-atención-salud, Negligencia, Mala-distribución-recurso
No sabe	Desconocimiento, No-asocio-nada
El bacilo	Enfermedad-bacteriana, Bacilo-Koch, Virus, Bacteria
El frío	Enfermo-por-clima, Frío-lluvia, Humedad
El ahogo	Mala-respiración, Asma, Asfixia, Ahogarse
Personajes de historia y literatura	Montaña-mágica, Canción-tuberculosos, Simón-Bolívar, George-Orwell
Toser con sangre	Expectoración-con-sangre, Hemoptisis, Sangre
Mala salud	Tiene-un-mal, Enfermedad, Mal
La mala suerte	Castigo, Remordimiento-de-culpa, De-malas

Para una mejor comprensión se realizó un análisis de dichas categorías para verificar la jerarquía entre ellas (ver tabla 7). Estas servirán también como insumo para la técnica de correspondencias simples, las categorías incluyen todas las palabras evocadas por el grupo encuestado.

Se observa que la categoría con más riqueza semántica, la que contiene más palabras es "la Compasión" (17,2% del total de palabras diferentes evocadas), seguida en su orden por las categoría "aislamiento y hospital" (11,9%), "El contagio" (9,2%), "El rechazo" (7,1%) y en menor proporción de palabras, otras categorías como se resume en la tabla 7.

En cuanto al porcentaje de ocurrencias de palabras evocadas nuevamente la categoría "La compasión" es la más importante (11,1% de las evocaciones), seguida de la categoría "el contagio" (11,0%), "Aislamiento y hospital" (10,0%), "tos y desgarro" (8,3%)

Sin embargo, cuando se trata del porcentaje de evocaciones de las palabras más frecuentes, es la categoría “la mala salud” la que aparece como la más importante (92,8%). Esto explica que la palabra **enfermedad** pertenezca al núcleo central del prototipo y a la vez sea común en los tres grupos.

En orden de proporción, se encontró la categoría “tos y desgarró” (87,8%), categoría que contiene la palabra **tos**, que también está en el núcleo central y es común entre los grupos.

Otras categorías formadas por palabras frecuentes es “el otro” (78,7%), en la cual se encuentran palabras como **pobre, VIH-SIDA y Viejo**. Estas palabras representan algunos elementos que constituyen el núcleo central de la representación del personal de salud.

Categorías como “el contagio” (70,9%) y “temor” (70,6%), tienen entre sus palabras que conforman las categorías el **contagio y el miedo** respectivamente, palabras que conforman también el núcleo central y a la vez son comunes en los tres grupos.

De esta forma relacionaron el núcleo central de las representaciones sociales de cada grupo con las categorías generales del grupo encuestado.

En resumen, se observa que la categoría “compasión” comprende 336 palabras (17,2%) que han sido evocadas 690 veces (11,1%), las palabras frecuentes representan 315 evocaciones sobre las 690, es decir 45,7%.

Tabla 7. Análisis de categorías: Jerarquía entre las categorías de la representación social de “una persona con tuberculosis”.

Categoría	N° de Palabras	%	Ocurrencias (N° evocaciones)	%	Palabras frecuentes	%
Compasión	336	17,2	690	11,1	315	45,7
Aislamiento y el hospital	233	11,9	623	10,0	371	59,6
El contagio	179	9,2	681	11,0	483	70,9
Rechazo	138	7,1	277	4,5	112	40,4
El cuerpo enfermo	114	5,8	408	6,6	265	65,0
La mala vida	111	5,7	309	5,0	168	54,4
Destrucción y muerte	107	5,5	383	6,2	250	65,3

Categoría	N° de Palabras	%	Ocurrencias (N° evocaciones)	%	Palabras frecuentes	%
Miedo	90	4,6	347	5,6	245	70,6
La soledad	87	4,5	292	4,7	189	64,7
Enfermedad que acaba	85	4,3	274	4,4	182	66,4
El pulmón enfermo	71	3,6	213	3,4	113	53,1
La desintegración	66	3,4	190	3,1	120	63,2
Tos y desgarro	59	3,0	518	8,3	455	87,8
El otro	51	2,6	253	4,1	199	78,7
Enfermedad social	45	2,3	74	1,2	17	23,0
No sabe	38	1,9	56	0,9	9	16,1
El bacilo	28	1,4	83	1,3	46	55,4
El frío	24	1,2	34	0,5	0	0,0
El ahogo	23	1,2	67	1,1	40	59,7
Personajes de historia y literatura	23	1,2	33	0,5	9	27,3
Toser con sangre	21	1,1	93	1,5	73	78,5
Mala salud	20	1,0	293	4,7	272	92,8
La mala suerte	6	0,3	13	0,2	6	46,2
Total	1955	100,0	6204	100,0	3939	63,5

8.4 Fase 4: Análisis de correspondencias simples (textuales)

Se realizó el análisis a las evocaciones desde una perspectiva multivariante, permitiendo analizar todas respuestas de los encuestados, mediante una reducción de la información a través de la poscodificación (32).

El análisis se realizó con las categorías (teóricas), en las cuales se agruparon las frecuencias de las palabras involucradas en la cada una de ellas, de acuerdo con el grupo en el cual fue mencionada. Se aplicó el análisis de correspondencias simples para relacionar dichas categorías (columnas) con los grupos encuestados (filas) y que, mediante una visión gráfica simplificada de la información, facilitó la consulta de los resultados (30).

Con el fin de verificar las asociaciones de cada grupo estudiado de acuerdo con su categoría se recurrió al método de nubes dinámicas ("k-

means Clustering") (41), utilizando las coordenadas de los puntos-filas y puntos-columnas. (Ver anexo 4 y 5)

La tabla 8 y la figura 5 permiten observar que el personal de salud tiene seis atributos (categorías): "tos y desgarro", "aislamiento y hospital", "enfermedad que acaba", "el bacilo" y "el otro". En los pacientes y familiares se relacionan cinco atributos: "miedo", "compasión", "rechazo", "la mala suerte" y "la soledad". En el grupo de los "otros", es el grupo que más categorías asociadas tiene (12 categorías), notándose la ambigüedad que este grupo tiene de una persona con tuberculosis, "la mala vida", "el cuerpo enfermo", "el contagio", etc.

Tabla 8. Categorías asociadas a los diferentes grupos de estudio.

"Otros"	Personal de salud	Pacientes y familiares
Mala salud	Tos y desgarro	Miedo
No sabe	Aislamiento y hospital	Compasión
El pulmón enfermo	Enfermedad que acaba	Rechazo
El contagio	El bacilo	La mala suerte
La mala vida	El otro	La soledad
Destrucción y muerte	Enfermedad social	
La mala respiración		
Personajes de la historia		
La desintegración		
El cuerpo enfermo		
Toser con sangre		
El frío		

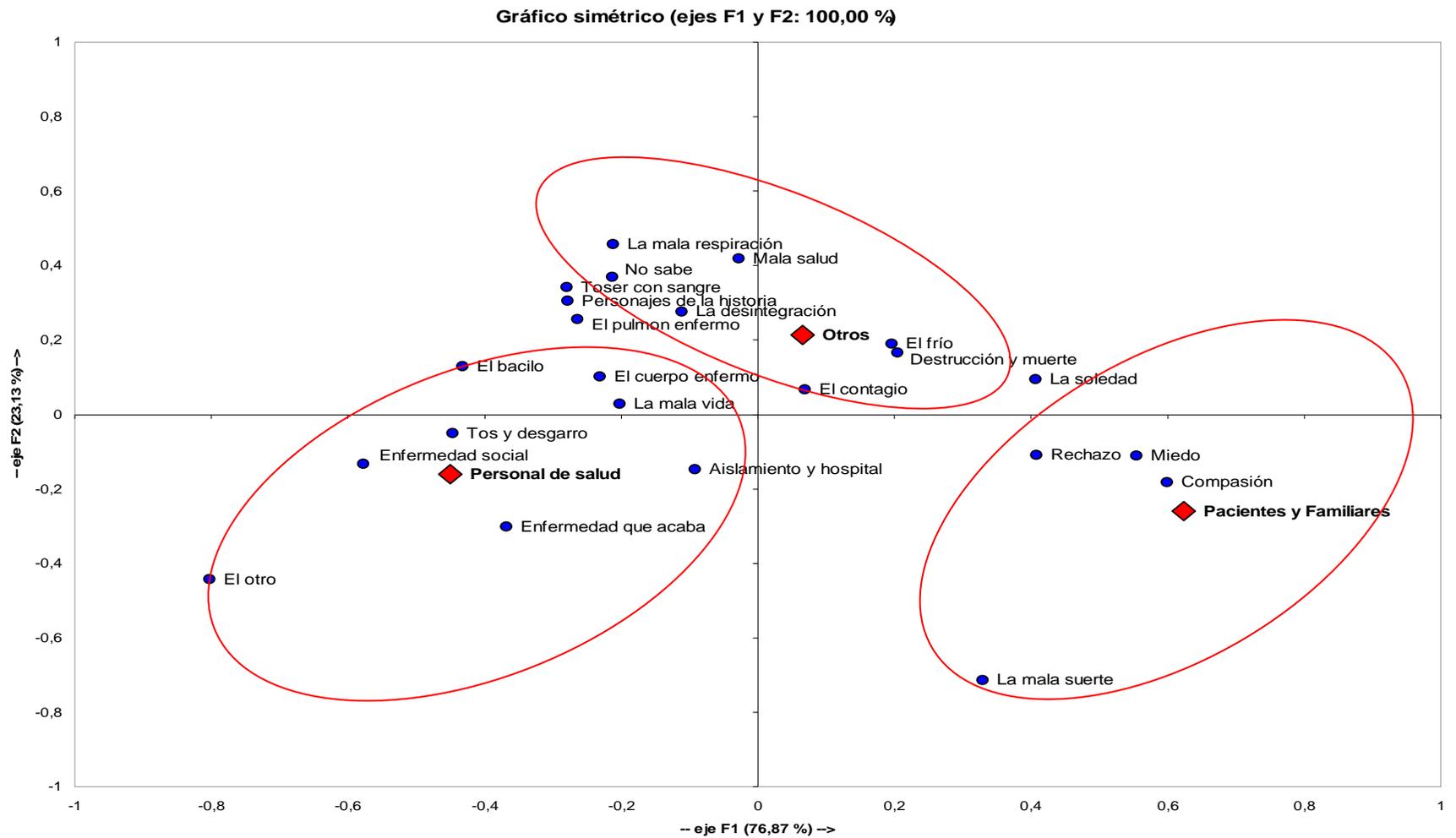


Figura 5. Correspondencias simples (textuales) de los grupos encuestados de acuerdo con las categorías teóricas asociadas.

9. Discusión

Esta investigación comparó las representaciones sociales en tres grupos (pacientes con diagnóstico de tuberculosis y sus familiares, personal de salud y "ciudadanos corrientes"). Se utilizó la palabra inductora "¿qué palabras o expresiones se le ocurren cuando piensa en una persona con tuberculosis?". La investigación se realizó en la zona urbana de la ciudad de Medellín, la selección de los informantes se realizó por conveniencia.

Los resultados obtenidos en los tres grupos, revelaron coincidencias en el núcleo central de las representaciones. Se ubicaron cinco palabras comunes en el núcleo central: tos, contagio, enfermedad, miedo y pesar. De allí emergieron las categorías básicas para el análisis: "el miedo", "el contagio", "la enfermedad" ("la tos y el desgarro" y "la mala salud") y "la compasión". La discusión de estos resultados resalta algunos elementos teóricos a partir de estas categorías.

La representación social "tiene existencia propia" (48) y según Moscovici su función se orienta hacia la preservación de los vínculos entre los individuos de un grupo quienes, a partir de esta representación, pudieran actuar de manera uniforme, orientando las acciones, los comportamientos y las prácticas (24).

Los elementos comunes, evocados por los tres grupos, se relacionan con los valores culturales que se remiten hacia los valores colectivos (38): la enfermedad, la compasión, el contagio y el miedo son, para esta investigación, los elementos fundamentales para el análisis. A este análisis, propio y ajeno, lo rodea R. Dubos señalando: "la prevalencia y la severidad de las enfermedades infecciosas están condicionadas por la vida de los afectados más que por la virulencia y otras propiedades de los agentes etiológicos" (49).

La enfermedad

En el análisis de evocaciones la enfermedad se ubicó como elemento constitutivo del núcleo central de la representación en los tres grupos. En el análisis de correspondencias es un atributo del grupo de los otros y del personal de salud. Al parecer, los familiares y los pacientes eluden pensar en los síntomas ("el pasado") y se concentran en sus "implicaciones".

En esta categoría se asocia principalmente en el análisis con la "la mala salud" y uno de los principales síntomas de la enfermedad como la "tos y el desgarro".

“La enfermedad es descrita como el acontecimiento infeliz por excelencia... repercute sobre los individuos modificando su estado de ánimo, su humor, su comportamiento familiar y social de manera negativa” (48).

En los tres grupos encuestados la palabra más frecuente fue la “tos” (324 evocaciones) y además aparece en las primeras posiciones.

Algunos argumentos para que la población encuestada movilice el término inmediatamente para expresar una representación es que en los centros de salud, los profesionales en salud y las campañas enfatizan en que, la transmisión se efectúa por vía aérea al inhalar la persona sana las partículas de esputo que exhala el enfermo al toser, hablar o estornudar; la tos es la forma más efectiva de transmisión del bacilo; la tos, es el síntoma más precoz y se presenta en más del 90% de los casos de tuberculosis pulmonar (14).

El Miedo

En el análisis de evocaciones el miedo se ubicó como elemento constitutivo del núcleo central de la representación en los tres grupos. En el análisis de correspondencias es un atributo del grupo de los pacientes y los familiares.

El miedo esa “Perturbación angustiosa del ánimo por un riesgo o daño real o imaginario”(50) es una emoción, a menudo sorpresiva y relacionada con un peligro presente. “El miedo es fundamentalmente el miedo a la muerte” (51). Para este trabajo es necesario considerar como, en los individuos el miedo “teje lazos de solidaridad y parámetros de comportamiento cotidiano”(52).

El temor a las enfermedades transmisibles (peste, cólera, lepra) se ubica en nuestros miedos. Cuando nos referimos al enfermo de tuberculosis, al “tísico”, también lo consideramos como un “apestado” (52), que puede amenazar la seguridad del vecindario y la nuestra.

Los enfermos de tuberculosis y sus familiares tienen miedo, con matices diferentes muy probablemente, al diagnóstico, a las consecuencias del tratamiento y al señalamiento. Ellos fueron ciudadanos comunes (“los otros” con temor al contagio) que ahora portan la ciudadanía del enfermo de tuberculosis (18).

No es posible ocultarse como enfermo, la “mala vida” fue la causa; hacer público el diagnóstico de tuberculosis en la familia, en la calle y en el hospital es difícil para el enfermo y para su familia. El retraso en el diagnóstico se puede relacionar hipotéticamente con el miedo.

La exclusión y el abandono (del enfermo y del tratamiento) acompañan a los mismos enfermos y a sus familias: “el miedo de ser tísico”, su significado: “Estamos en el Sanatorio de “La María” Jamás había pensado venir a este sitio. El sólo nombre me producía escalofrió”...Tifo, sífilis, cáncer, malaria no dicen nada. Son pavesas del idioma que no hacen temblar a nadie. Nombres anodinos de dolencias humanas (53).

Los elementos periféricos comunes a los tres grupos: “tratamiento y rechazo”, este último atributo de los pacientes y los familiares en las correspondencias textuales, tienen relación con el miedo y sus significados. Las implicaciones individuales y colectivas del diagnóstico, y el miedo que producen, se eluden en la formación médica, más aún, en los programas de control de la tuberculosis y en general del control de infecciones que sustentan, sus campañas alrededor del miedo. Profundizar en su comprensión (el miedo a la tuberculosis y la memoria colectiva) es una propuesta de este trabajo.

El contagio

En el análisis de evocaciones el contagio se ubicó como elemento constitutivo del núcleo central de la representación en los tres grupos. En el análisis de correspondencias es un atributo del grupo de los “otros” (ciudadanos de Medellín).

Hieronimus Frascatorius (Verona, 1484-1553) publicó su “teoría del contagio” y determinó la existencia de unos corpúsculos invisibles que denominó “seminaria contagiorum” que actuarían como transmisores de las enfermedades de una persona a otra. Atribuyó la diseminación de la enfermedad a los fomites (ropa, telas etc.); aunque no concedió mucha importancia a la tuberculosis (“consunción”) si señaló la existencia de la “transmisión por el aire” (54).

En los siglos XVII y, más todavía, en el XVIII esta enfermedad se convierte en un serio problema de salud en los países occidentales, relacionándose este incremento con el desplazamiento masivo de campesinos a las ciudades en busca de trabajo en las fábricas. Aunque todavía no se conoce con exactitud la epidemiología de esta enfermedad, se ponen en marcha medidas profilácticas y de higiene social. La primera *legislación* al respecto se implantó en *territorio español* y se refería a la *declaración obligatoria de la tuberculosis* en caso de diagnóstico probable o seguro, la *desinfección de utensilios y viviendas* y la *prohibición de vender objetos que hubieran pertenecido a un tísico* (16).

A mediados del siglo XIX e inicios del siglo XX, las personas con tuberculosis tenían la aureola de la excepcionalidad que los puso en una posición de cierto refinamiento(55). La enfermedad era sinónimo de belleza y acompañaba a los espíritus sensibles y talentosos(18), era considerada “interesante” y expresaba individualización e intimidad personal(42). Simultáneamente florecieron las interpretaciones sobre la herencia y proliferaron las metáforas sobre la enfermedad (“el registro romántico del mal”) (56).

Esta creencia comenzó a desvanecerse a partir de 1882 cuando Robert Koch descubrió el bacilo que causaba la enfermedad. En el siglo XX se asoció con la pobreza y la insalubridad; su aura romántica se apagó para siempre (18).

Los nuevos desafíos en el control de la tuberculosis se orientaron entonces a explicar el contagio y sus factores predisponentes y a conseguir un tratamiento eficaz.

A partir del descubrimiento del bacilo y del despegue de la bacteriología moderna las epidemias quedaron estrechamente asociadas al mundo urbano, en particular el de las grandes ciudades y, desde fines del siglo XIX, a la cuestión social (57).

A partir de esta declaratoria de “enfermedad transmisible”, se ampliaron los conceptos médicos y de enfermería sobre el contagio y, se transformaron las concepciones provenientes de la época romántica de la enfermedad. Se difundieron entonces las medidas para evitar el contagio y se consideró al aislamiento de los enfermos como el pilar básico que soporta dichas medidas.

En esta investigación el “aislamiento y el hospital” se ubican en el núcleo central del personal de salud y son un atributo básico de este grupo. Probablemente, los procedimientos técnicos(20) (“controles administrativos”, “protección respiratoria del personal” y “controles ambientales”) se ubiquen como “ritualización” del miedo y del contagio en este grupo.

Londoño A. (58), señala cómo las instrucciones para la limpieza y la higiene en el Medellín de finales del siglo XIX promovían el “uso personal de objetos y alimentos”: el temor al contagio, “la desconfianza en el otro”, “el asco” pudieron haber precedido a la difusión de las normas de asepsia promovidas por la bacteriología moderna.

En este trabajo, “los otros” los ciudadanos corrientes temen al contagio, a “mirarse en el espejo del enfermo” y quizás a ser parte de los subordinados de la medicina oficial(55). “El cuerpo enfermo y “La desintegración” del enfermo refuerzan la interpretación colectiva de la

tuberculosis. El rechazo al enfermo (núcleo periférico de la representación), o de quien simule serlo por su mala vida, puede relacionarse con el arraigo, en todos los grupos estudiados, del "miedo al contagio".

"La limpieza se revela, en principio, con un carácter inmediato, no utilitario ni placentero en sí, y es considerada anterior al concepto moderno de higiene, el cual prescribe la limpieza en su tarea de prevención de las enfermedades. Con los descubrimientos de la ciencia, la limpieza se ve atrapada por la higiene de los pasteurianos, de tal manera que el código social de limpieza es asumido por la corriente higienista, impregnando a la sociedad con las recientes ideas y prácticas"(58).

La compasión

En el análisis de evocaciones la compasión, representada por palabras como: "lástima, pobrecito, pesar", se ubicó como elemento constitutivo del núcleo central de la representación en los tres grupos. En el análisis de correspondencias es un atributo del grupo de los pacientes y familiares.

La compasión, supone el deseo de que los demás estén libres de sufrimiento(59). Probablemente ese sentimiento de lástima y pesar ("compasión incompleta") hacia las personas que sufren está determinado por algunas creencias religiosas que promueven la cercanía con el dolor de los demás.

En esta discusión la compasión se entiende como "un ejercicio de simpatía activa hacia ese otro que sufre como puedo sufrir yo mismo" (60): la compañía desinteresada: "Compañía, conversación y compasión componen un espacio moral continuo que no es otro que de la conciencia de nuestra fragilidad, finitud y naturaleza ética semejante. La comunidad más elemental, la que nos hace humanos, es la de los sujetos capaces de compadecerse y dignos de compasión" (60).

La compasión, actitud signada por la fragilidad y por la finitud. "Estas condiciones rebasan las mediaciones (méritos, diferencias)" que establecen las relaciones humanas. Esta es la esperanza que se deriva de la compasión: combatir la fatalidad (61) más allá de los acontecimientos y las circunstancias.

La tuberculosis ("la mala vida" de los otros), podría permitir, si se mira diferente, superar los falsos altruismos, "el pesar", la "tuberculofilia" y trascender hacia otra concepción de los programas de control y de sus acciones. Profundizar, desde ángulos diversos

como la benevolencia y solidaridad, sobre la ética de la compasión es otra de las propuestas de esta investigación.

Otras consideraciones y algunas limitaciones

Este análisis facilitó la gestión y la descripción de "corpus" de gran tamaño y permitió derivar información de ellos desde el punto de vista estadístico, combinando además la lingüística con la informática (30).

Se utilizó un método estadístico sistemático que permitió visualizar las frecuencias de las palabras sin una selección a priori, se considera un método íntegro porque se trabaja a partir del texto de todas las respuestas y por lo tanto permiten una mayor objetividad, o por lo menos posibilitan retrasar la introducción de la subjetividad hasta una fase más tardía del análisis (33).

En la investigación el análisis textual permitió cuantificar las frecuencias de las palabras, profundizar en el aspecto semántico a través de los significados de las palabras y categorías básicas y explorar el análisis de correspondencias dejando visualizar las proximidades entre categorías proporcionando así un resumen de las similitudes entre los grupos y una descripción de la asociación entre palabras (31).

La selección de las muestras de los grupos encuestados se realizó a partir de una justificación teórica, por lo cual no se puede hablar de representatividad de la población y no se puede inferir propiedades de la totalidad de la población, para la inclusión de sujetos en la muestra no se realizó ninguna técnica de muestreo; procedimientos que normalmente se hacen en una investigación.

Pueden detectarse algunas contradicciones (paradojas) respecto a la organización de las palabras y del análisis prototípico, ellas pueden ocasionalmente ubicarse en el núcleo central o en el periférico dependiendo de la frecuencia máxima y mínima y del rango medio introducido (62).

La interpretación implica recuperar la información semántica, introducir elementos que el investigador aporta y que van desde los supuestos socioculturales e ideológicos, las creencias, etc.

10. Conclusiones (“conversaciones con los programas de control”)

La tuberculosis es una enfermedad del mundo pobre que aún está rodeada por el misterio y por “el miedo al contagio” en los tres grupos estudiados. A partir de estos hallazgos y tratando de acercarse a lo propuesto por los objetivos se propone una “conversación” con los encargados de los programas de control. Se considera necesario verificar las condiciones en que se realizan el estudio epidemiológico de campo, la visita al domicilio y las orientaciones individuales y comunitarias para el control de la enfermedad. Quizás estas actividades, junto con los aislamientos hospitalarios, estén influenciadas por los elementos centrales de la representación social descrita.

A esta enfermedad se le teme porque es la expresión de algo que la sociedad cree que debe ser censurado (“la mala vida”, “la desintegración”) y se relaciona con la miseria humana. “El miedo”, “el contagio” persisten en las imágenes populares y forman parte de las relaciones entre la sociedad y la persona enferma (55).

La participación de los pacientes en el manejo de su enfermedad, cobra un interés mayor en control de la tuberculosis. Permitir que dichos pacientes (antiguos y activos) se involucren en el tratamiento de otros enfermos, en el fomento de su adherencia y en el seguimiento de los contactos, podría introducir elementos para superar “el rechazo” y “el miedo”: “tomar el control de su propio cuidado y de sus vidas” (63).

Cuando un programa “funciona bien” (alta proporción de curación y baja de abandono) se deben abordar aspectos como “el miedo” y debe procurarse conocer las opiniones de los pacientes sobre su enfermedad y sobre su curación.

Los resultados obtenidos por este trabajo pueden ser retomados por los interesados y por los responsables de los programas de control de la tuberculosis para profundizar en la investigación específica y para complementar su trabajo diario.

Bibliografía

1. Abric J. Central system, peripheral system: their functions and roles in the dynamics of social representations. *Papers on social representations*. 1993; 2(2): 75-8.
2. Navarro O. Representación social del agua y de sus usos. *Psicología desde el Caribe (Barranquilla)*. 2004(14):222-36.
3. Verges P. Ensemble de programmes permettant L'analyse des evocations Paris: Laboratoire Méditerranéen de Sociologie; 2000.
4. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española - Vigésima segunda edición [Sitio en Internet]. Disponible en: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=corpus. Consulta: 02 de agosto 2008.
5. Caminero J. The old battle between the human species and Koch's bacillae. Can one dream of eradicating tuberculosis? *An Sist Sanit Navar*. 2007; 30 Suppl 2:163-80.
6. Dye C, Watt CJ, Bleed DM, Hosseini SM, Raviglione MC. Evolution of tuberculosis control and prospects for reducing tuberculosis incidence, prevalence, and deaths globally. *JAMA*. 2005 Jun 8; 293(22):2767-75.
7. Instituto Nacional de Salud. Sistema de vigilancia en Salud Pública SIVIGILA: Semana 52 de 2006. [Sitio en Internet]. Disponible en: http://www.ins.gov.co/pdf/vcsp/Tablas/2006/2006_semana_52.pdf. Consulta: 10 de noviembre de 2007.
8. Antioquia. Dirección Seccional de Salud. Eventos de salud pública: estadísticas de tuberculosis pulmonar. [Sitio en Internet]. Disponible en: <http://www.dssa.gov.co/download/infeciosas.xls>. Consulta: 10 de noviembre de 2007.
9. De la Cruz M. Tuberculosis y afectividad. *Rev Cubana Med Trop*. 2004; 56(3):214-8.
10. Fischer. Campos de intervención en psicología social: Grupo, Institución, Cultura, Ambiente Social. Madrid: Nancea; 1992.
11. Rubel AJ, Garro LC. Social and cultural factors in the successful control of tuberculosis. *Public Health Rep*. 1992 Nov-Dec; 107(6):626-36.
12. Alvarez Gordillo GC, Alvarez Gordillo JF, Dorantes Jimenez JE, Halperin Frisch D. Perceptions and practices related with tuberculosis and treatment compliance in Chiapas, Mexico. *Salud Pública Mex*. 2000 Nov-Dec; 42(6):520-8.
13. Menéndez L. Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. *Estudios Sociológicos*. 1998; XVI (16):37-67.
14. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución N° 412 del 25 de febrero de 2000. Por la cual se establecen las actividades,

procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Bogotá: El Ministerio. 2000.

15. Rieder HL. Bases Epidemiológicas del control de la tuberculosis. París: Unión Internacional lucha contra la Tuberculosis (UICTER); 1999.

16. González M, Prol R, Garrido M, Rodríguez J. Tuberculosis y Literatura. Biblioteca Lascasas. 2006; 2(4).

17. Caminero J. Guía de la Tuberculosis para Médicos Especialistas. UICTER, editor. París, Francia; 2003.

18. Sontag S. La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas. España: TAURUS; 1996.

19. Normas Internacionales para la Asistencia Antituberculosa (NIAA). La Haya: Coalición Antituberculosa para la Asistencia Técnica. 2006.

20. Ochoa J. Tuberculosis: Componentes de un Programa de Control. Tópicos selectos de Infectología. Medellín: Universidad de Antioquia; 2002.

21. Carta de los Pacientes para la Asistencia Antituberculosa. 2006. [Sitio en Internet]. Disponible en:

http://www.borderhealth.org/files/res_801.pdf. Consulta: Mayo 6 de 2008.

22. Araya S. Las representaciones sociales: enfoques teóricos para su discusión. Cuaderno de Ciencias Sociales 127. Costa Rica: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales; 2002.

23. Moscovici S. El psicoanálisis, su imagen y su público. Buenos Aires: Huemul; 1979.

24. Abric J. Metodología de recolección de las representaciones sociales. En: Abric J, editor. Prácticas sociales y representaciones. México: Coyoacán; 1994.

25. Jodelet D. La representación social: fenómenos, conceptos y teoría. En: Moscovici S, editor. Psicología social Barcelona: Paidós; 1998. p. 69 - 94.

26. Navarro O, Acevedo O, Gaviria M, Lozano A, Tamayo W, Manco M. Análisis conceptual y empírico del sistema de atención al habitante en situación de calle adulto. Medellín: Universidad de Antioquia; 2007.

27. Farr R. Las representaciones sociales. En: Moscovici S, editor. Psicología social volumen II Pensamiento y vida social Psicología social y problemas sociales. Barcelona: Paidós; 1988. p. 495-504.

28. Banchs M. Las representaciones sociales como perspectiva teórica para el estudio etnográfico de comunidades. En: Valencia S, editor. Representaciones sociales Alteridad, epistemología y movimientos sociales. México: Universidad de Guadalajara Maison des Sciences de l'Homme; 2006.

29. Flament C. Structure et dynamique des représentations. En: Jodelet D, editor. Les Représentations Sociales. Paris: Presses Universitaires de France; 1989.
30. Lebart L, Salem A, Bécue M. Análisis estadístico de texto. Madrid: Milenio; 2000.
31. Bécue M. El análisis estadístico de datos textuales: la lectura según los escolares de enseñanza primaria. Anuario de psicología Barcelona. 1992(55):7-22.
32. Fernández A, Franco M. Análisis textual de encuestas: aplicación al estudio de las motivaciones de los estudiantes en la elección de su titulación. Metodología de Encuestas. 2002; 4(2):195-210.
33. Satriano C, Moscoloni N. Importancia del análisis textual como herramienta para el análisis de discurso. Aplicación en una investigación acerca de los abandonos de tratamientos en pacientes drogodependientes. Revista Electrónica de Epistemología de ciencias sociales. 2000.
34. Baccalá N, De la Cruz M. La importancia de la estadística textual aplicada al estudio de las concepciones de enseñanza. JADT Universidad de La Sapienza, Roma. 1995.
35. Rodríguez U, Cortés S, Varela M. Representación socio-espacial: mapas mentales e identidad social urbana. Un estudio sobre el Centro Histórico de Santa Marta, Colombia. 2007.
36. Villarroel G, De Armas E. Politics and discontent: social representations of Venezuelan students Politeia. 2005; 28(34-35):21-33.
37. Medeiros Junior A, Costa Ido C. Social representation and hospital occupational risk. Acta Cir Bras. 2005; 20 Suppl 1:247-52.
38. Parales C. Representaciones sociales del comer saludablemente: un estudio empírico en Colombia. Univ Psychol Bogotá. Octubre-Diciembre de 2006; 5(3):613-26.
39. Albarracín E, Gonzalo D, Puntel de Almeida M. Representaciones sociales de salud y enfermedad: investigando el estado del arte. Cienc enferm. 2002; 8(2):59-72.
40. Bonilla E, Rodríguez P. Más allá del dilema de los métodos: la investigación en ciencias sociales. Bogotá: Norma; 1997-2000.
41. XLSTAT. Tutoriales. [Sitio en Internet]. Disponible en: <http://excelstat.com/demo-cluster2e.htm>. Consulta: 03 de agosto de 2008.
42. Tosoli A, De Oliveira D, Pereira C. Representaciones sociales del sistema único de salud en el municipio de Río de Janeiro, Brasil, según el enfoque estructural. Rev Latino-am Enfermagem. 2008; 16(1)
43. Bates I., Fenton C, Gruber J, Laloo D, Medina Lara A, Squire SB, et al. Vulnerability to malaria, tuberculosis, and HIV/AIDS infection and disease. Part 1: determinants operating at individual and household level. Lancet Infect Dis. 2004 May; 4(5):267-77.

44. Torres M. Estudio comparativo en enfermos con tuberculosis pulmonar frotis positivo de los grupos nunca tratados, antes tratados y crónicos en sus niveles de depresión y soporte social. Perú: Universidad Nacional Mayor de san Marcos.
45. Gaviria M, Henao H, Martínez T, García L. El personal de salud como agente en el retardo en el diagnóstico de tuberculosis pulmonar en adultos. Medellín: Universidad de Antioquia; 2007.
46. OPS. Manual para el diagnóstico bacteriológico de la tuberculosis. Normas y guía técnica. Parte I baciloscopia. OPS. 1998.
47. Organización Mundial de la Salud. Tuberculosis. Ginebra: OMS; 2003.
48. Viveros M. La noción de representación social y su utilización en los estudios sobre salud enfermedad. Revista Colombiana de Antropología. 1993; XXX: 238-60.
49. Dubos R, Dubos J. The white plague. Tuberculosis, man, and society. 3 ed. New Brunswick: Rutgers University Press; 1996.
50. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española - Vigésima segunda edición [Sitio en Internet]. Disponible en: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=miedo Consulta: 02 de agosto 2008.
51. Delameau J. Miedos de ayer y hoy. En: Martínez M, editor. El miedo Reflexiones sobre su dimensión social y cultural. Medellín: Corporación Región; 2002. p. 9-24.
52. Villa M. El miedo. Reflexiones sobre su dimensión social y cultural. Medellín: Corporación Región; 2002.
53. Bedoya L. Nieve Maldita. Medellín: Granamericana; 1950.
54. Daniel TM. A distinctly preventable disease. En: Captain of death: the story of tuberculosis. University of Rochester Press; 1997. p. 87-96.
55. Porto A. Social representations of tuberculosis: stigma and prejudice. Rev Saude Publica. 2007 Sep; 41 Suppl 1:43-9.
56. Armus D. La tuberculosis en femenino. En: Armus D, editor. La ciudad impura: salud, tuberculosis y cultura 1870-1950. Buenos Aires: Edhasa; 2007. p. 107-35.
57. Armus D. Legados y tendencias en la historiografía sobre la enfermedad en América latina moderna. En: Armus D, editor. Avatares de la medicalización en América latina 1870 - 1970. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2005.
58. Londoño A. Cuerpo. Limpieza e higiene. En: Londoño A, editor. El cuerpo limpio Higiene corporal en Medellín, 1880-1850. Medellín: Universidad de Antioquia; 2008. p. 110.
59. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española - Vigésima segunda edición [Sitio en Internet]. Disponible en: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=compasión Consulta: 02 de agosto 2008.
60. Martínez C. Ética de la compasión: la necesidad de compañía. [Sitio en Internet]. Disponible en:

<http://www.sovpal.org/capitulos/26%20MARTINEZ.pdf> Consulta: 05 de agosto 2008

61. Washburn J. Compasión y bioética. Acta bioeth. 2004; 10(2): 235-46.
62. Jacques J, Laurent N, Wallemacq A. Paradoxes, dilemmes et contradictions: une mise en lumière au moyen du logiciel EVOQ. Journées internationales d'Analyse statistique des Données Textuelles. 2004:642-9.
63. WHO. Empowerment and involvement of tuberculosis patients in tuberculosis control. [Sitio en Internet]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2007/WHO_HTM_STB_2007.39_eng.pdf Consulta: 02 de agosto 2008.

Anexos

Anexo 1. Prototipo (rango y frecuencia) de las representaciones sociales de una persona con tuberculosis en el grupo del personal de salud.

Frecuencia	Rango (orden de aparición) < 4			Rango >= 4		
	Palabra	Fr	Rango	Palabra	Fr	Rango
7 y más	Núcleo central			Sistema Periférico 1		
	Tos	137	2,5	Expectoración	33	4,1
	Pobreza	61	3,9	Fiebre	31	4,3
	Hacinamiento	60	3,7	Espujo	20	4,2
	Contagio	42	3,4	Inmunosupresión	17	4,6
	VIH	42	3,9	Baciloscopia	15	5,1
	Aislamiento	38	3,9	Tapabocas	15	5,0
	Contagiosa	36	3,1	Adinamia	14	4,5
	Pérdida-peso	36	3,9	Dolor	14	4,6
	Enfermedad	33	2,5	Tratamiento	14	5,2
	Desnutrición	30	3,1	Caquexia	12	4,5
	Infección	29	3,2	Hemoptisis	12	4,4
	Enferma	24	2,5	Rechazo	11	4,5
	Muerte	22	3,5	Cuidado	10	4,4
	SIDA	22	3,7	Tuberculina	9	5,1
	Miedo	18	3,8	Radiografía	8	5,9
	Tosedor	15	2,1	Anorexia	7	5,1
	Sangre	13	2,8	Secreciones	7	5,3
	Bacilo	11	3,6	Tristeza	7	6,3
	Pesar	11	2,8			
	Tísico	11	2,9			
	Pobre	10	3,4			
	Flema	9	3,1			
	Flaca	8	3,6			
	Pulmones	8	3,6			
	Pulmón	8	3,3			
	Tos-persistente	8	2,5			
Viejo	8	2,5				
Inmunosuprimido	7	3,4				
Peligro	7	2,6				
Tos-crónica	7	2,0				
de 3 a 6	Sistema Periférico 1			Sistema Periférico 2		
	Aislada	6	2,3	Debilidad	6	5,5
	Sintomático-respiratorio	6	2,2	Drogadicción	6	4,2
	Bajo-nivel-socioeconómico	5	3,8	Indigente	6	4,2
	Cigarrillo	5	3,4	Prevención	6	5,5
	Crónico	5	3,8	Antibióticos	5	4,0
	Educación	5	3,4	Asfixia	5	4,0
	Grave	5	2,4	Cansancio	5	5,2
	Hambre	5	3,8	Cuidados	5	4,6
	Sufrimiento	5	3,6	Delgadez	5	4,0
	Tísica	5	1,0	Disnea	5	4,0

Frecuencia	Rango (orden de aparición) < 4			Rango >= 4		
	Palabra	Fr	Rango	Palabra	Fr	Rango
	Aislamiento-respiratorio	4	3,0	Hospital	5	5,2
	Bacteria	4	3,3	Incapacidad	5	4,4
	Desnutrida	4	2,5	Mascarilla	5	5,4
	Dificultad	4	2,8	Soledad	5	4,6
	Lástima	4	3,8	Sudoración	5	5,2
	Sintomático-respiratorio	4	3,8	Tratamiento-prolongado	5	5,6
	Sudoración-nocturna	4	3,0	Vacuna	5	5,8
	Tratamiento-largo	4	3,8	Asco	4	5,8
	Tuberculoso	4	2,5	Bacilífero	4	4,5
	Alejarse	3	1,0	Caverna	4	6,5
	Alerta	3	2,7	Contaminación	4	4,8
	Bajos-recursos	3	3,0	De-malas	4	5,0
	Débil	3	3,3	Dolor-torácico	4	6,0
	Enfermedad-Contagiosa	3	1,0	Epidemia	4	5,8
	Enflaquecida	3	2,3	Hospitalización	4	7,3
	Gravedad	3	3,3	Infecioso	4	4,8
	Mal-nutrición	3	3,7	Inmunodeficiente	4	4,8
	Mala-alimentación	3	3,0	Protección	4	4,5
	Mala-higiene	3	3,0	Transmisión	4	4,0
	Malestar	3	3,0	VIH-SIDA	4	5,5
	Mocos	3	2,3	Alcoholismo	3	4,7
	Pobrecita	3	1,0	Alimentación	3	4,0
	Precaución	3	3,3	Ancianos	3	5,7
				BCG	3	4,3
				Cefalea	3	4,7
				Contactos	3	6,0
				Cronicidad	3	5,3
				Descuido	3	6,3
				Enfermedad-crónica	3	4,7
				Estigma	3	5,0
				Granuloma	3	4,3
				Gripa	3	5,3
				Indigencia	3	4,3
				Indígena	3	4,3
				Mal-de-Pott	3	7,3
				Medicamentos	3	5,7
				Subdesarrollo	3	7,3
				Tuberculosis	3	5,3

Anexo 2. Prototipo (rango y frecuencia) de las representaciones sociales de una persona con tuberculosis en el grupo de los pacientes y familiares.

Frecuencia	Rango < 3,6 (orden de aparición)			Rango >= 3,6		
	Palabra	Fr	Rango	Palabra	Fr	Rango
7 y más	Núcleo central			Sistema Periférico 1		
	Miedo	46	2,5	Muerte	21	4,1
	Pesar	34	2,2	Aislamiento	16	3,7
	Contagio	27	2,3	Tratamiento	13	3,8
	Tristeza	23	3,0	Susto	10	3,7

Frecuencia	Rango < 3,6 (orden de aparición)			Rango >= 3,6		
	Palabra	Fr	Rango	Palabra	Fr	Rango
	Tos	22	3,2	Rechazo	9	3,8
	Contagiosa	16	3,4			
	Enfermedad	14	1,9			
	Temor	11	2,9			
	Dolor	9	2,8			
	Angustia	7	3,4			
	Cuidado	7	2,6			
	Pobrecita	7	1,3			
3 a 6	Sistema Periférico 1			Sistema Periférico 2		
	Ayudarlo	6	3,3	Depresión	6	4,8
	Descuido	6	3,3	Familia	6	3,7
	Enferma	6	2,3	Fiebre	6	4,3
	Gripa	5	2,2	Sufrimiento	6	4,0
	Infección	5	2,6	Desprecio	5	5,4
	Lástima	5	2,8	Se-alivie	5	4,2
	Preocupación	5	2,6	Ayuda	4	5,8
	Apoyarlo	4	3,3	Ir-médico	4	4,5
	Enfermedad-mortal	4	3,0	Separar-platos	4	4,8
	Enfermedad-peligrosa	4	1,5	Acompañamiento	3	4,7
	Nostalgia	4	2,5	Aconsejarlo	3	4,7
	Prevención	4	2,0	Desaliento	3	6,0
	Puede-morir	4	2,8	Enfermedad-delicada	3	3,7
	Pulmones	4	2,3	Fastidio	3	3,7
	Pánico	4	2,8	Impotencia	3	6,3
	Apoyar	3	1,0	Soledad	3	7,0
	Asco	3	3,3			
	Enfermedad-contagiosa	3	3,0			
	Enfermedad-horrible	3	3,0			
	Flaca	3	2,3			
	Horrible	3	1,7			
	Miedo-contagio	3	2,3			
	Normal	3	1,7			
	Peligro	3	2,3			
	Poner-tratamiento	3	1,0			

Anexo 3. Prototipo (rango y frecuencia) de las representaciones sociales de una persona con tuberculosis en el grupo de los "otros".

Frecuencia	Rango (orden de aparición) < 3,8			Rango >= 3,8		
	Palabra	Fr	Rango	Palabra	Fr	Rango
10 y más	Núcleo central			Sistema Periférico 1		
	Tos	142	2,3	Muerte	99	4,4
	Enfermedad	131	2,5	Tratamiento	43	4,7
	Contagio	90	3,6	Aislamiento	36	4,9
	Contagiosa	80	3,4	Angustia	28	4,5
	Dolor	64	3,6	Hospital	22	5,2
	Miedo	63	3,1	Pobreza	19	4,5
	Pesar	57	2,6	Soledad	19	5,1
	Enferma	52	1,5	Sufrimiento	18	4,4

Frecuencia	Rango (orden de aparición) < 3,8			Rango >= 3,8		
	Palabra	Fr	Rango	Palabra	Fr	Rango
	Infección	49	3,3	Rechazo	17	4,5
	Pulmones	48	3,7	Cuidado	15	3,9
	Tristeza	43	3,8	Palidez	15	4,7
	Sangre	35	3,7	Asfixia	14	5,0
	Fiebre	33	3,5	Ayuda	14	4,3
	Lástima	30	3,1	Medicamentos	14	5,2
	Temor	15	2,4	Peligro	14	4,6
	Asco	13	2,4	Debilidad	13	4,6
	Descuido	13	3,1	Virus	13	3,8
	Flema	13	3,2	Cigarrillo	12	4,1
	Cansancio	10	3,6	Contaminación	11	4,2
				Gripa	11	3,8
				Hospitalización	10	5,2
				Pérdida-peso	10	4,0
3 a 9	Sistema Periférico 1			Sistema Periférico 2		
	Cuarentena	9	3,8	Delgadez	9	4,6
	Fumar	9	1,7	Desagradable	9	3,9
	No-se	9	1,4	Gravedad	9	4,4
	Enfermedad-Contagiosa	8	1,0	Respiración	9	4,7
	Enfermedad-grave	8	2,6	Salud	9	5,3
	Bacilo	7	3,0	Desaliento	8	4,4
	Grave	7	3,3	Desnutrición	8	4,0
	Precaución	7	3,3	Mortal	8	4,4
	Susto	7	2,6	Peligrosa	8	3,9
	Enfermedad-pulmones	6	1,0	Simón-Bolívar	8	5,0
	Impresión	6	2,7	Vacuna	8	5,9
	Malestar	6	3,3	Cura	7	5,6
	Riesgo	6	3,0	Epidemia	7	4,0
	Cochino	5	3,0	Garganta	7	4,6
	Débil	5	2,6	Bacterias	6	4,7
	Flaca	5	2,2	Bronquios	6	3,8
	Pobrecita	5	1,4	Cuidados	6	4,7
	Pálida	5	1,2	Fastidio	6	4,0
	Sintomático-respiratorio	5	2,0	Hacinamiento	6	5,0
	Solidaridad	5	2,4	Incertidumbre	6	4,2
	Delgada	4	2,0	Prevención	6	5,0
	Espujo	4	3,5	Depresión	5	4,8
	Huesos	4	2,5	Desaseo	5	4,6
	Pobrecito	4	3,5	Drogadicción	5	5,6
	Tos-con-sangre	4	1,8	Medicina	5	5,8
	Tos-frecuente	4	1,3	SIDA	5	4,0
	Tose-mucho	4	3,8	Va-morir	5	3,8
	Tubérculo	4	1,8	Agonía	4	8,0
	Ayudarlo	3	3,7	Como-se-siente	4	4,0
	Deterioro	3	3,7	Comprensión	4	4,5
	Flemas	3	3,0	Discriminación	4	6,3
	Gas	3	2,3	Drogas	4	5,0
	Mala-alimentación	3	3,0	Humedad	4	6,0
Miedo-contagio	3	1,3	Impotencia	4	4,8	
Ojeras	3	3,3	Inseguridad	4	5,5	

Frecuencia	Rango (orden de aparición) < 3,8			Rango >= 3,8		
	Palabra	Fr	Rango	Palabra	Fr	Rango
	Pérdida-apetito	3	3,7	Médico	4	6,5
	Problema-respiratorio	3	1,3	Preocupación	4	4,0
	Pálido	3	3,7	Tapabocas	4	4,8
	Qué-es	3	1,0	Tendrá-cura	4	4,3
	Respirar	3	3,0	Tiene-tos	4	4,5
	Tos-permanente	3	2,0	Aislada	3	4,3
	Tos-persistente	3	3,7	Aseo	3	4,3
	Transmisión	3	2,0	Carraspera	3	7,3
	Tuberculoso	3	1,7	Clínica	3	4,0
	Tísico	3	2,7	Curación	3	6,0
	Voz-ronca	3	3,7	Cáncer	3	5,3
				Deprimida	3	4,0
				Desesperación	3	4,3
				Deshidratación	3	5,7
				Enfermedad-pulmonar	3	4,0
				Exclusión	3	4,0
				Exámenes	3	4,3
				Frío	3	6,0
				Fumador	3	5,3
				Hemorragia	3	4,7
				Inyecciones	3	5,7
				Malos-hábitos	3	5,3
				Pereza	3	6,0
				Plaga	3	4,7
				Problema	3	5,3
				Pulmones-afectados	3	5,3
				Pulmones-enfermos	3	4,0
				Sangrado	3	4,3
				Sin-apetito	3	6,3
				Sudor	3	5,0
				Tiene-cura	3	4,0
				Triste	3	5,7
				Venas	3	4,7
				Vomito	3	4,3

Anexo 4. Análisis de correspondencias simples. Contribución de puntos-filas (%).

Categorías	F1	F2	Promedio
El otro	18,38	18,62	18,50
Compasión	27,96	8,68	18,32
Mala salud	0,02	19,28	9,65
Miedo	12,03	1,59	6,81
Enfermedad que acaba	4,18	9,36	6,77
Tos y desgarró	11,64	0,48	6,06
El pulmón enfermo	1,67	5,18	3,42
Rechazo	5,21	1,23	3,22
La soledad	5,45	0,96	3,20

Categorías	F1	F2	Promedio
Destrucción y muerte	1,80	3,95	2,88
La desintegración	0,26	5,43	2,85
Aislamiento y hospital	0,59	5,09	2,84
La mala respiración	0,34	5,27	2,80
Toser con sangre	0,82	4,07	2,44
El cuerpo enfermo	2,45	1,61	2,03
Enfermedad social	2,79	0,49	1,64
No sabe	0,29	2,86	1,57
La mala suerte	0,16	2,48	1,32
El bacilo	1,75	0,51	1,13
La mala vida	1,42	0,09	0,76
El contagio	0,36	1,13	0,75
Personajes de la historia	0,29	1,16	0,72
El frío	0,15	0,46	0,30

Anexo 5. Análisis de correspondencias simples. Contribución de puntos-columnas (%).

Grupo	F1	F2
Otros	1,43	50,73
Personal de salud	47,04	19,76
Pacientes y Familiares	51,53	29,51