



ISSN: 1132-1296

Enfermería popular: debate metodológico-epistemológico del cuidado en enfermería desde las Representaciones Sociales y Teorías Subjetivas

José Miguel Garay Rivera¹ (<https://orcid.org/0000-0002-4109-9575>)Marina Garay Rivera² (<https://orcid.org/0009-0001-5256-6538>)

Resumen Abstract

Este artículo analiza críticamente el potencial de los programas de investigación en Representaciones Sociales y Teorías Subjetivas para la investigación en enfermería. Se caracterizan ambos programas de investigación, destacando similitudes y diferencias teórico-metodológicas. Se argumenta que ambos programas contribuyen a superar las tensiones macro-micro al capturar dimensiones culturales, sociales y subjetivas del cuidado. No obstante, su mayor potencial de contribución radica en la apertura de un fértil campo de investigación que hemos denominado enfermería popular o del sentido común, entendida como el conjunto de ideas, creencias, representaciones y teorías que el común de las personas elabora para comprender y explicar las prácticas relacionadas con el cuidado. Esto permite investigar no solo cómo se construyen, sino también cómo circulan y se transmiten los conocimientos sobre el cuidado en contextos cotidianos. Finaliza discutiendo la importancia de acercar el cuidado a las humanidades e incorporar dimensiones intersubjetivas y contextuales en su estudio.

Palabras clave: Enfermería. Cuidado en enfermería. Representaciones sociales. Teorías subjetivas. Humanidades.

Popular nursing: A methodological-epistemological debate on nursing care through social representations and subjective theories

This article critically analyzes the potential of research programs in Social Representations and Subjective Theories for nursing research. Both research programs are characterized, highlighting theoretical and methodological similarities and differences. It is argued that both programs contribute to overcoming macro-micro tensions by capturing cultural, social, and subjective dimensions of care. However, their greatest potential lies in opening up a fertile field of research that we have termed popular nursing or common-sense nursing, understood as the set of ideas, beliefs, representations, and theories that ordinary people elaborate to comprehend and explain care-related practices. This allows for investigation not only of how knowledge about care is constructed, but also how it circulates and is transmitted in everyday contexts. The article concludes by discussing the importance of bringing care closer to the humanities and incorporating intersubjective and contextual dimensions in its study.

Keywords: Nursing. Nursing care. Social representations. Subjective theories. Humanities.

¹Universidad Santo Tomás, Escuela de psicología, Facultad de Ciencias Sociales y Comunicaciones. La Serena, Chile.

²Universidad Santo Tomás, Escuela de Enfermería, Facultad de Salud. La Serena, Chile.

CORRESPONDENCIA:
psi.garayrivera@gmail.com
(José Garay Rivera)

Manuscrito recibido el 09.08.2024
Manuscrito aceptado el 04.10.2024

Index Enferm 2024; 34(2):
e15534
doi

TEORIZACIONES

Introducción

En sus orígenes, el cuidado -que incluía la maternidad, el cuidado doméstico y el de los enfermos- era una tarea impuesta exclusivamente a mujeres, entendido como una muestra de su amor y benevolencia y un reflejo de su abnegación y vocación. Ya hacia el siglo XX, a la par del acceso de la mujer a la educación, los cambios sociales y políticos a nivel mundial fuerzan la necesidad de institucionalizar la atención de los enfermos y por ende dotarla de conocimientos propios. Sin embargo, prevalece el constructo social del cuidado como tarea femenina cuyo requisito fundamental debía ser la obediencia y el sacrificio, construyendo así una imagen de la disciplina cargada de un carácter maternal, moral y religioso,¹ perpetuando una posición desigual dentro de las ciencias, además de una devaluación económica,² e instalando una idea lineal y estrecha del cuidado como ayuda o complemento.³

Actualmente, esta visión del cuidado ha sido revisada críticamente, discutiendo en torno a la supeditación de la enfermería a una racionalidad técnica que la reduce exclusivamente a lo práctico, e instalando un debate ontológico y metodológico sobre su naturaleza y el papel de las creencias, valores y experiencias tanto de quien cuida como de quien es cuidado. Esta línea de pensamiento desafía visiones de la enfermería y el cuidado que parecieran seguir ancladas a lo asistencial,⁴ desconociendo su posición como un proceso de comprensión y transferencia de conocimientos y no de aprehensión de estos. De allí que perspectivas más actuales posicionan el cuidado como una relación y un proceso de interacción⁵ que incluye “creencias, familia, entorno social, sentimientos, preferencias y opiniones de las personas cuidadas”.^{6:6}

En este contexto, tanto la Teoría de las Representaciones Sociales (TRS) como las Teorías Subjetivas (TS), se presentan como una alternativa para la comprensión del diálogo entre los actores del proceso de salud-enfermedad, dando sustento al componente axiológico del cuidado y al constructo de la enfermería como práctica y fenómeno social anclado a un contexto histórico, cultural y social. Este artículo propone un análisis crítico de la contribución de los programas de investigación en RS y en TS aplicados en

la investigación en enfermería. Mostrando cómo permiten abordar críticamente las tensiones macro-micro entre lo teórico-práctico y lo social-subjetivo, y desde allí posibilitan un fértil y novedoso campo de investigación dentro de la disciplina, enfocado en lo que hemos denominado *enfermería popular* o del *sentido común*, entendida como el conjunto de ideas, creencias, representaciones y teorías que el común de las personas elabora para comprender y explicar las prácticas relacionadas al cuidado. Enfoque que invita a repensar la práctica e investigación en enfermería no solo desde las experiencias y percepciones de quien ejerce el cuidado, sino también de quien lo recibe, ampliando el campo al vincularlo de frente con perspectivas sociales, culturales y políticamente más sensibles a las múltiples formas en que se construye y transmite el conocimiento cotidiano del cuidado enfermero.

La Teoría de las Representaciones Sociales

Con clara influencia de la teoría de las representaciones colectivas de Durkheim y la psicología de masas de Freud, Serge Moscovici define en los años 60 las RS como “un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad”.^{7:18} Según este autor, estas representaciones conforman un sistema que incluye actitudes, valores y prácticas que guían el comportamiento y moldean el entorno.

Más tarde, Jodelet retoma el concepto definiéndolo como una forma de conocimiento que se gesta en un conjunto social y se comparte entre sus miembros con el fin de co-construir una realidad común.⁸ Haciendo énfasis en la intervención de lo social y lo contextual en la construcción de los sistemas representacionales y adjudicándoles un tipo de saber particular: “el saber de sentido común, cuyos contenidos manifiestan la operación de procesos generativos y funcionales socialmente caracterizados”.^{8:474} Concretamente, Abric define cuatro funciones esenciales de las RS: (1) Permiten hacer tangible la realidad, creando marcos de referencia para el actuar. (2) Definen la identidad grupal e individual, en un sistema de valores y normas compatibles con lo socialmente

aceptado. (3) Orientan las conductas y prácticas determinando el propósito de la situación. (4) Justifican las actitudes y conductas presentadas por el grupo o individuo.⁹ Así, el valor heurístico de las RS radica en la producción de un sentido común que da origen a las prácticas sociales, las justifica y las modula a la vez.

En cuanto a su estructura, las RS cuentan con tres elementos relevantes para su comprensión e interpretación: (a) el objeto de representación, que puede ser humano, social, un ideal o un modelo, siempre que sea relevante para los sujetos, esté vinculado a sus prácticas cotidianas y genere debate en el interior del grupo; (b) el sujeto de representación, perteneciente a un grupo, es quien elabora el sistema representacional; y (c) el contexto en el cual está inserto el sujeto, es decir la historia y cultura que da forma al sistema representacional.¹⁰

Esta gama de funciones e interpretaciones ha dado paso a múltiples posiciones tanto teóricas como metodológicas en el campo. Diversos autores identifican al menos cuatro enfoques, con métodos y posiciones epistemológicas distintas, sin embargo, son tres los más replicados en el contexto académico actual:

a) *Enfoque procesual*. Propone un abordaje hermenéutico del discurso, considerando a los individuos como productores de significados que construyen su realidad. Las RS se ven como procesos sociales dinámicos con objetos de representación en constante reinterpretación, poniendo énfasis en su naturaleza dinámica y constructiva.

b) *Enfoque estructural*. Basado en la corriente psico-cognitiva de Abric y Flament, se centra en la composición y estructura de los sistemas representacionales, incorporando métodos cuantitativos. Ve las RS como cogniciones compartidas organizadas alrededor de un objeto de representación.¹¹ La Teoría del Núcleo Central de Abric es clave,⁹ postulando una estructura con un elemento esencial (núcleo) que determina la función y significado, rodeado de elementos periféricos que absorben cambios del entorno para mantener la estabilidad del sistema.

c) *Enfoque socio dinámico o societal*. Propuesto por Doise, vincula las RS con una perspectiva sociológica, enfatizando cómo los sistemas representacionales cambian con el tiempo debido a las inter-

TEORIZACIONES

acciones sociales. Propone cuatro niveles de análisis: (1) Procesos intraindividuales: cómo se configuran las experiencias personales. (2) Procesos situacionales: qué dinámicas sociales están involucradas en los sistemas representacionales. (3) Procesos intergrupales: qué posición tienen los individuos en la sociedad. (4) Procesos sociales: cómo los sistemas de creencias, cultura e ideología explican comportamientos individuales.¹² Cuestión que resulta especialmente interesante en el debate epistemológico en torno al cuidado y al concepto de enfermería popular.

El programa de investigación en Teorías Subjetivas

El concepto de teoría subjetiva es atribuido a Groeben y Scheele durante los años 70, quienes las tematizan como “cogniciones de la visión de sí mismo y del mundo, que se pueden entender como un conjunto complejo, que tiene una estructura argumentativa, por lo menos implícita, y que cumple las funciones de explicación, predicción y tecnología”.^{13:55} Como señala Flick, “el punto de partida es que los individuos en la vida cotidiana -como los científicos- desarrollan teorías sobre cómo funciona el mundo y sus propias actividades. Aplican y someten a prueba estas teorías en sus actividades y las revisan si es necesario”.^{14:33} En otras palabras, “son hipótesis o explicaciones que las personas elaboran en la vida cotidiana”.^{15:58} Y a partir de las cuales “desarrollan conocimiento y modelos explicativos acerca de determinadas circunstancias, los cuales luego influyen en su comportamiento”.^{16:109}

Como áreas precursoras al surgimiento de las TS, se reconoce la influencia de la psicología cognitiva -con los esquemas mentales- y a la psicología social y la teoría de las atribuciones.¹⁶ Perspectivas que se han robustecido al incluir aspectos emocionales además de cognitivos en su elaboración, imprimiendo dinamismo al entendimiento de los procesos de construcción del conocimiento cotidiano y acercándolo a las teorías científicas en cuanto a la elaboración de una hipótesis sobre determinados fenómenos, la realización de acciones que la confirman y finalmente la generación de predicciones que orientan su comportamiento futuro.¹⁷

Para algunos autores, las TS cumplen

la función de (a) constituir la realidad, (b) explicarla, (c) predecirla, (d) generar proyectos de acción y orientar la acción.¹⁸ Mientras que, para otros, las principales funciones de las Teorías Subjetivas son: (a) *definir* una situación y otorgar certeza en el proceso de orientación a esa realidad, (b) *explicar* y *justificar* los eventos vividos, (c) *predecir* sucesos futuros, (4) *sugerir* un comportamiento futuro en base a esa experiencia, (5) *guiar* nuestro comportamiento, y (6) *estabilizar* y *optimizar* nuestra autovaloración.¹⁶ En síntesis, se podría estar de acuerdo en que las funciones básicas de las TS son, a saber, una función cognitiva de *integración* de la novedad, una función de *interpretación* y posterior *explicación* de la realidad, y una función de *orientación* de las conductas y las relaciones posteriores.¹⁷

Las TS pueden ser, además, de *contenido explícito*, cuando su estructura argumentativa está expresada verbalmente; o bien de *contenido implícito*, cuando a pesar de no tener una estructura argumentativa evidente, el discurso, la acción, o ambos contribuyen a inferirla.¹³ En tal sentido, pueden ser conscientes o inconscientes, sin embargo, todas presentan un determinado grado de organización que se fundamenta en una estructura argumentativa hipotética, por lo menos parcialmente explícita o explicitable,¹³ que se manifiesta lingüísticamente en enunciados condicionales y, teóricamente, en una relación de causalidad, donde a un antecedente lo sigue un consecuente. Se las puede identificar o reconstruir con enunciados condicionales del tipo “si..., entonces...”.¹³ De allí que metodológicamente puedan ser indagadas tanto a través de métodos cuantitativos como cualitativos, aunque la literatura se inclina más por enfoques cercanos a la *grounded theory*, con entrevistas semiestructuradas como técnica de producción de información predilecta.¹⁷

Así, el estudio de las TS se torna relevante no solo por la explicación de la realidad que los sujetos elaboran para darle sentido a su vida, sino también por la función de predicción de los fenómenos sociales y de orientación de la conducta, lo que hace que su estudio sea pertinente para profundizar la comprensión de las relaciones sociales y de las conductas individuales en diversos contextos prácticos y profesionales, como lo

ha sido la psicoterapia¹⁹ o la investigación educativa, donde en las últimas décadas ha habido un crecimiento significativo de contribuciones relacionadas al estudio de las teorías subjetivas.²⁰ No obstante, como afirma Flick, las TS tienen también un gran potencial para el estudio de la salud y la enfermedad, en relación con la forma en que las personas elaboran explicaciones sobre sus causas o consecuencias.¹⁴

Hacia una enfermería popular o del sentido común

A pesar de sus evidentes similitudes, tanto las RS como las TS tienen especificidades que enriquecen el estudio de cómo las personas entendemos el mundo y cómo nos entendemos a nosotros mismos en relación con este. Por un lado, las RS se centran en cómo los grupos e individuos construyen y comparten conocimientos socialmente elaborados para hacer inteligible la realidad y dar sentido a fenómenos sociales. A su vez, tienen en el centro la preocupación por analizar las creencias y prácticas compartidas en un contexto cultural y social específico. Por otra parte, las TS se presentan útiles para entender cómo las personas desarrollan teorías o explicaciones individuales sobre su propio comportamiento y el de otros y el funcionamiento del mundo en su vida cotidiana. Con un interés más marcado en comprender cómo las personas explican y dan sentido a sus experiencias personales y cómo esto influye en sus acciones.

En este sentido, resulta interesante la distinción en cuanto a su naturaleza epistemológica, es decir, el tipo de conocimiento que se elabora en cada caso. En las TS, dicha naturaleza queda evidenciada en la estructura argumentativa del tipo “si... entonces...” que las acompaña. Es decir, los individuos desarrollan explicaciones hipotéticas sobre el funcionamiento del mundo y sus propias acciones. Esta estructura implica siempre, consciente o inconscientemente, una relación de causa-efecto, y se asemeja a la forma en que las teorías científicas se plantean hipótesis y explicaciones.

Por su parte, las RS no necesariamente siguen una estructura argumentativa ni implican una relación causa-efecto, sino que se forman a través de la interacción social y reflejan el conocimiento compar-

TEORIZACIONES

tido y socialmente elaborado por un grupo. Estas representaciones pueden ser más flexibles y, sobre todo, generales. Por ejemplo, la creencia de que la enfermería no es tan valiosa como la medicina, implica una representación social tanto de la enfermería como de la medicina, la cual está compuesta por un conjunto organizado de conocimientos, actitudes y valores que no necesariamente se presentan en una estructura lógica o causal explícita.

Esta puede ser entendida —aunque no exclusivamente— como una diferencia macro-micro. Mientras las RS reflejan las creencias, valores, actitudes y prácticas que son compartidas por los miembros de un grupo. Las TS se centran en el conocimiento individual que cada persona elabora en su vida cotidiana. Lo cierto es que ambas se dan a partir de un contexto cultural, social y político que influirá en su construcción —individual o colectiva— y servirá de marco cognitivo para la socialización de significados sobre el cuidado, sea profesional o no.²¹ Este detalle no es baladí, pues a pesar de parecer que operan en dos planos distintos, gran parte de su potencial de contribución radica en cómo ambos enfoques, complementariamente, permiten ir más allá de las clásicas tensiones teoría-práctica y social-subjetivo, articulando precisamente las dimensiones macro-micro que, en la vida cotidiana, no resultan tan sencillas de separar. Así, por ejemplo, las representaciones sociales sobre salud-enfermedad que elabora un grupo de personas (nivel macro), influyen constantemente en las experiencias individuales y las prácticas de cuidado (nivel micro).²² Así como las percepciones, interpretaciones y respuestas a la enfermedad (nivel micro) variarán dependiendo de los marcos culturales (nivel macro).²³

En el contexto específico del cuidado enfermero esto podría implicar que, por ejemplo, si se construye una estructura representacional de la enfermería como una profesión principalmente técnica y subordinada a la medicina, eventualmente se podría desarrollar una teoría subjetiva del tipo: ‘si pido información sobre mi condición a una enfermera o enfermero, no obtendré una respuesta tan completa como si se la pidiera a un médico’. Esta teoría subjetiva, a su vez, podría influir en cómo el paciente interactúa con

el personal de la enfermería, posiblemente limitando la calidad de la atención que recibe.

En suma, es en este campo de interesantes tensiones que tienen lugar en la práctica cotidiana de las personas, en el que confluyen aspectos culturales, sociales y subjetivos en torno a la práctica del cuidado, donde argumentamos que radica el principal aporte que estos programas de investigación pueden hacer al campo disciplinar de la enfermería. Se trata de la posibilidad de explorar un fértil campo de investigación que hemos llamado: *el estudio de la enfermería popular o del sentido común*.

Así como existe el estudio de la psicología popular,²⁴ centrado en el conocimiento que la gente elabora sobre la mente humana y el comportamiento y que son ampliamente aceptadas por la población en general, pero que no necesariamente están respaldadas por evidencia científica. De la misma manera, sostenemos, existe una enfermería popular o del sentido común, la cual definimos como el conjunto de creencias, ideas, representaciones, teorías y prácticas que el común de la gente elabora para dar sentido y explicar las prácticas relacionadas al cuidado y la enfermería, y que pueden o no tener correspondencia con el conocimiento científico. Creencias populares arraigadas y transmitidas a través de la cultura, la educación informal, experiencias individuales, medios de comunicación, redes sociales y, por supuesto, mediante la interacción y construcción social.

La enfermería popular puede abarcar una amplia gama de aspectos relacionados con el cuidado, como lo son algunos referidos al tratamiento, percepciones sobre el diagnóstico, los riesgos asociados, creencias sobre uso de medicamentos o la relación enfermera-paciente. Por ejemplo, creencias como que la enfermería se limita principalmente a administrar medicamentos suscritos por un médico; saberes populares con o sin sustento científico, como ponerse paños tibios en las axilas cuando hay fiebre, que las personas menstruantes no deben bañarse o lavarse el pelo durante el periodo menstrual; e incluso cosmovisiones ancestrales o indígenas sobre salud-enfermedad como el uso de hierbas medicinales o prácticas espirituales.

En este sentido, el campo de interés

de la enfermería popular no estaría puesto, necesariamente, en una adscripción a uno u otro tipo de saber. Sino en el estudio y comprensión de las formas en que se construyen y transmiten los diferentes tipos de conocimientos, incluyendo la producción y reproducción de saberes científicos hegemónicos, así como la transmisión de aquellos populares. Son amplias y diversas las ideas, creencias, teorías y representaciones que las personas pueden elaborar respecto al cuidado. Si bien en algunos casos estas creencias populares pueden ser inofensivas o contener elementos de verdad, en otros podrían llevar a la adopción de prácticas inadecuadas o potencialmente perjudiciales. Por ello el interés es más bien profundizar el estudio y comprensión de la formación de esos complejos sistemas de creencias y representaciones que la población profesional y, sobre todo novel, elabora sobre el cuidado y la enfermería.

No obstante, ello tampoco puede conducir a un movimiento que subordine los conocimientos populares al saber científico. Pues significaría que las jerarquías y distancias construidas por el saber hegemónico se sigan perpetuando, y con ello reproduciendo ciertas geometrías del poder²⁵ que terminan por aplanar la multiplicidad del campo social. En tal sentido, el desafío es avanzar hacia la comprensión de las siempre complejas dinámicas de producción y reproducción de saberes, en el sentido más de una filosofía espontánea de la vida cotidiana que da forma a la cultura popular, antes que una pretendida objetivación de los saberes periféricos.

Para ello, ambos programas se constituyen como herramientas que pueden realizar importantes aportaciones. Las RS en tanto formas de conocimiento cultural y socialmente elaboradas y compartidas que pueden proporcionar un marco interpretativo y de referencia en cuanto a normas, valores y actitudes hacia el cuidado, que luego las personas aplicamos en nuestra cotidianeidad. Y las TS en tanto ofrecen una perspectiva más específica sobre cómo las personas entienden y explican el cuidado y, por ende, cómo y por qué actúan como lo hacen. En tal sentido, pueden aportar al campo de la enfermería popular y del sentido común al permitir explorar cómo y por qué las personas toman decisiones relacionadas a su cuidado personal o al cuidado de otros

TEORIZACIONES

y otras. O, incluso, cómo se construyen sus expectativas hacia los profesionales de enfermería y las prácticas de cuidado.

Discusión

Ambos programas resultan una alternativa interesante para abordar el cuidado tanto en su dimensión subjetiva y social como en su implicancia en la práctica profesional y especialmente en el cuidado no profesional. Este debate epistemológico de la enfermería deja al descubierto la necesidad de recuperar las fuentes teóricas propias de la disciplina como ciencia eminentemente humanista en donde prima la formación de profesionales capaces de comprender la mecánica sociocultural de las dinámicas sociales,⁶ toda vez que estas tendrán un rol preponderante en su ejercicio profesional.

Esto se suma con fuerza a la creciente inclinación por *humanizar el cuidado*, que se beneficia ampliamente de la inclusión de enfoques de investigación propios de ciencias sociales, como son en este caso la TRS y las TS. Toda vez que funcionan como una ventana que permite observar cómo la cultura, la historia y los valores influyen en la forma en que entendemos el mundo y, particularmente, cómo las personas concebimos el cuidado.

Pareciera ser que el potencial de ambos programas de investigación brinda una alternativa a la fragmentación del componente subjetivo y social del cuidado y de sus elementos teórico-prácticos, donde es preponderante una visión más bien técnica vinculada a una perspectiva biomédica hegemónica arraigada en los programas de enfermería en la actualidad,⁵ visión que pasa por alto determinantes sociales, históricas y políticas de los padecimientos, lo que finalmente entorpece la problematización de las experiencias subjetivas de los individuos, perpetuando la enfermería al positivismo biomédico que la aleja de las ciencias humanas y sociales.²⁶

Desde perspectivas como la que aquí se propone, que sitúa el componente subjetivo, relacional y por tanto colectivo de la salud y la enfermería, se desprenden concepciones de la subjetividad distintas que habilitan otros modos de pensar y actuar. Una subjetividad entendida como un proceso dinámico que se desarrolla entre las condiciones socio

estructurales y personales.²⁶ Por lo mismo, es también intersubjetiva pues se construye en relación con un “otro” constitutivo de la identidad. Esto a su vez guarda un componente político, pues habilita a los sujetos a modificar reflexivamente²⁷ tanto sus condiciones objetivas como subjetivas de vida rompiendo con la concepción dualista individuo/sociedad al proponer una totalidad integrada entre teoría y práctica.²⁶

De allí el énfasis por abrir un campo de investigación relacionado a la enfermería popular. Bajo el sustento de un sistema de saberes cuya definición incluye las significaciones que se desprenden desde las distintas dimensiones sociales,⁶ vale la pena indagar en la forma en la que estos saberes que fundamentan el cuidado son transmitidos entre el común de las personas y cómo estas no solo se apropian de estos conocimientos sino además los hacen tangibles a través de la elaboración de esquemas representacionales que impactan luego en el plano actitudinal, haciendo evidente la importancia de incorporar explícitamente dimensiones intersubjetivas y contextuales en su estudio.

Bibliografía

1. Choperena A. Gender and “domesticity”. Historical keys to understand the therapeutic relationship in the origin of american professional nursing (1800-1860). *Asclepio* 2023 30; 75(1):1-9.
2. Ortega J. “A matter of giving”: Gender inequalities and psychosocial risk factors in nursing jobs. *Sociedade e Cultura* 2019; 22(1):48-65.
3. Báez F, Nava V, Ramos, L. y Medina, O. El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. *Aquichan* 2009; 9(2): 127-134.
4. Altamira R. Una Justificación para comprender la naturaleza y estructura del conocimiento en enfermería. *Index de Enfermería* 2022; 31(1):1-3. <https://doi.org/10.58807/indexenferm20224741>
5. Ramírez-Elizondo, Noé, Vílchez-Barboza, Vivian; Muñoz-Rojas, Derby. El cuidado como un proceso de interacción y anticipación humana. *Index de Enfermería* 2019; 28(4): 194-8.
6. Pérez-Saavedra F, Rodríguez C. Representaciones sociales del cuidado de enfermería en enfermeras de una institución de salud. *Ciencia Latina* 2022; 6(6):1-19. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i1.44.
7. Moscovici S. El psicoanálisis, su imagen y su público. Buenos Aires: Huemul S.A.; 1979.
8. Jodelet D. La representación social: fenómenos, concepto y teoría. In: Moscovici S, editor. *Psicología Social II: Pensamiento y vida social*. Barcelona: Paidós; 1986. p. 469-494.
9. Abric J. Prácticas sociales y representaciones. México D.F: Ediciones Coyoacán S. A; 2001.
10. Cuevas Y. Recomendaciones para el estudio de las representaciones sociales en investigación educativa. *Cultura y representaciones sociales* 2016; 1(21):109-140.

11. Banch M. Aproximaciones Procesuales y Estructurales al estudio de las Representaciones Sociales. *Papers on Social Representations* 2000; 9:3.1-3.15.
12. Oliveira A. Abordagem societal das representações sociais. *Sociedade e Estado*. 2009; 24(3):713-37.
13. Catalán J. Hacia la formulación de una teoría general de las teorías subjetivas. *Psicoperspectivas*. 2016;15(1):53-65.
14. Flick U. Introducción a la investigación cualitativa. Madrid: Morata; 2007.
15. Cuadra D, Castro-Carrasco P. La dimensión emocional de las teorías subjetivas. *Revista de Sociología* 2021; 36(1):57-67.
16. Avendaño C, Krause M, Winkler M. Representaciones sociales y teorías subjetivas: relevancia teórica y aplicaciones empíricas. *Psykhé* 1993; 2(1):107-114.
17. Catalán J. Teorías Subjetivas. Aspectos Teóricos y Prácticos. La Serena: Editorial Universidad de La Serena, 2010.
18. Köb S, Janz F. Teachers’ subjective theories regarding social dynamics management and social participation of students with Intellectual Disabilities in inclusive classrooms. *International Journal of Inclusive Education*. 2021; 27(14): 1013-1026. <https://doi.org/10.1080/13603116.2021.1902002>
19. Krause M, Parra G, de la Aristegui R, Dagnino P, Tomicic A, Valdés N, Ramírez I. Indicadores genéricos de cambio en el proceso psicoterapéutico. *Revista Latinoamericana de Psicología* 2006; 38(2):299-325.
20. Cuadra D, Castro-Carrasco PJ, Vystrčilová P, Jancic-Mogliacci R. A review of research on teachers’ subjective theories: Contributions to the study of teacher education. *Psychology and Education Journal. A Interdisciplinary Journal*. 2017; 54(3):1-15.
21. Rojas S. La representación de servicios de salud en la televisión mexicana: potenciales consecuencias en las subjetividades en salud. *Salud Colectiva*. 2016; 12(2):189-201.
22. Herzlich C. Health and illness: A social psychological analysis. Cambridge: Academic Press; 1973.
23. Laplantine F. Antropología de la enfermedad. Buenos Aires: Ediciones del Sol; 1999.
24. Froufe M. Psicología popular el homo psychologicus que todos llevamos dentro. *Cognitiva* 1989; 2(3):249-252.
25. Massey D. For Space. London: SAGE, 2005.
26. Di Leo P. La promoción de la salud como política de subjetividad: constitución, límites y potencialidades de su institucionalización en las escuelas. *Salud Colectiva* 2009; 5(3):377-389.
27. Gil Mateu E. Las autoetnografías y su interés para la investigación sobre el cuidado de la salud. *Index de Enfermería* 2023; 32(1). e13051. <https://doi.org/10.58807/indexenferm20234378>.