

Representaciones sociales sobre salud, de algunos grupos de jóvenes de Manizales, Colombia*

María del Carmen Vergara Quintero**

Docente e investigadora del Grupo de Salud Pública de la Universidad Autónoma de Manizales, e investigadora del Observatorio de Juventud de Caldas.

• **Resumen:** *Con el presente trabajo, he querido aportar algunas bases que ayuden a encontrar un hilo conductor entre la formulación de las políticas y las necesidades e intereses de la población juvenil, a quienes a diario vemos, desde nuestro palco de adultos, como personas en riesgo, con una alta vulnerabilidad hacia la presencia de enfermedades de transmisión sexual, embarazos de adolescentes, consumo de sustancias psicoactivas y una cercanía pavorosa con la violencia. Y es desde esta visión desde donde se formulan las políticas.*

En este sentido, he decidido abordar el problema a través de las representaciones sociales de los jóvenes y las jóvenes en relación con la salud, para encontrar propuestas que ayuden a generar un mayor impacto en la salud de la población juvenil de Manizales. La inquietud que genera esta investigación parte del convencimiento de que es necesario escuchar la voz de los jóvenes y de las jóvenes para tener una visión integral de sus problemas y sus demandas de atención.

Los resultados más relevantes de la investigación permiten comprender que las representaciones de los jóvenes y de las jóvenes frente a la salud parten de una visión amplia de ver el mundo; definen la salud como un estado de equilibrio entre lo mental, lo material, lo espiritual, lo emocional y lo moral, con proyección a lo social. El trabajo es una de las actividades consideradas por ellos y ellas como saludables y, al mismo tiempo, uno de los requisitos para lograr la salud, dado que genera libertad y autonomía. La salud tiene que ver con la violencia, con los derechos humanos y con la paz.

Palabras clave: Salud, juventud, representaciones sociales.

* Este artículo es una síntesis de la investigación denominada *Representaciones sociales en salud que orientan la experiencia de vida de algunos grupos de jóvenes de la ciudad de Manizales, en Colombia*, presentada por la autora para optar al título de Doctora en Ciencias Sociales. Niñez y Juventud, Mención Cum Laude. Con el apoyo financiero de Colciencias y La Universidad Autónoma de Manizales. Número de foliación 010214-47. Realizada entre junio de 2002 y noviembre de 2006.

** Odontóloga, Magister en Administración en salud, Doctora en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud.
Correo electrónico: mvergaraquintero@gmail.com

Representações sociais sobre a saúde de alguns grupos de jovens na cidade de Manizales, Colômbia

• **Resumo:** *Com esta pesquisa desejo contribuir com algumas bases que ajudem a encontrar o eixo condutor entre a formulação das políticas e as necessidades e interesses da população juvenis, a quem nós sempre consideramos, da nossa perspectiva de adultos, como pessoas em risco, com uma alta vulnerabilidade para a presença de doenças de transmissão sexual, gravidez na adolescência, consumo de substâncias psicoativas e uma proximidade terrível com a violência. As políticas são formuladas a partir desta visão.*

Neste sentido, decidi abordar o problema através das representações sociais dos jovens e as jovens em relação com a saúde, com o propósito de encontrar propostas que ajudem a gerar um impacto maior na saúde da população juvenil na cidade de Manizales, Colômbia. A preocupação gerada por esta pesquisa parte da convicção de que é necessário escutar a voz dos jovens e das jovens para ter uma visão holística dos seus problemas e demandas de atenção.

Os resultados mais relevantes da pesquisa permitem compreender que as representações dos jovens e das jovens em relação com a saúde partem duma visão ampla do mundo. Eles definem a saúde como um estado de equilíbrio entre o mental, o material, o espiritual, o emocional e o moral;, com uma projeção ao social. O trabalho é uma das atividades que eles e elas consideram como saudáveis e, ao mesmo tempo, um dos quesitos para alcançar a saúde, dado que esta gera liberdade e autonomia. A saúde tem relação com a violência, com os direitos humanos e com a paz.

Palavras chave: Saúde, juventude, representações sociais

Health social representations of some youth groups in the city of Manizales, Colombia

• **Abstract:** *With this research work, I want to contribute with some bases that may be helpful in finding a guiding thread between the formulation of policies and the needs, inter-ests and expectations of the young population. Youths, whom we often visualize from our perspective of adults, are perceived as people at risk, with a high degree of vulnerability towards sexually transmitted diseases, adolescence pregnancies, the consumption of psy-choactive drugs and a terrifying nearness to violence. The policies are formulated by adults from this perspective.*

Accordingly, I have decided to approach the problem through the youth social represen-tations with reference to health in order to define proposals that will contribute to generating a major impact in their health in the city of Manizales, Colombia. The concern generated by this research results from the conviction that it is necessary to listen to young people to have a holistic

vision of their problems and their requirements to be taken into account.

The most significant results from this project allow us to understand that social representations that guide youth health life experience result from a wide perspective about the world; thus, defining health as a balance state between mental, material, spiritual, emotional and moral aspects with a social projection. Work is one of the activities that youth consider healthful, and one of the requirements to have good health, as work generates freedom and autonomy. Health deals with violence, human rights and peace. "Health is to the individual as peace is to the collectivity".

Keywords: Health, youth, social representation.

-1. Introducción. -2. Referente conceptual. -3. Aspectos metodológicos. -4. Resultados. -5. Discusión. -6. Conclusiones. -Lista de referencias.

Primera version recibida marzo 27 de 2007; version final aceptada septiembre 29 de 2008 (Eds.)

1. Introducción

La salud de los jóvenes y de las jóvenes, relacionada con su actividad cotidiana, es un asunto de especial interés para los investigadores e investigadoras sociales, pues los accidentes de tránsito, el Sida, los problemas de salud ligados a la sexualidad, el consumo y el abuso de drogas, la conducta alimentaria y, porque no decirlo, el consumo masivo de los medios de comunicación que condicionan gran cantidad de estilos saludables o no, son ejemplos de la diversidad y de la variedad de los determinantes de la salud de la población juvenil. La susceptibilidad de la juventud al impacto de los cambios sociales, culturales y a factores de riesgo para la salud, la convierte en un grupo poblacional de interés para la formulación de políticas y programas en salud pública.

Desde la celebración del Año Internacional de la Juventud en 1985, se ha avanzado notoriamente en el diseño, ejecución y evaluación de políticas y programas de juventud en América Latina. Sin embargo, aún no es notoria la participación de los jóvenes y las jóvenes como agentes activos con posibilidad de hacer parte de la toma de decisiones.

La crítica situación en la que viven y el importante rol social y productivo que pueden cumplir los jóvenes y las jóvenes, produce en la actualidad una creciente atención a su problemática en relación con el diseño y ejecución de políticas públicas (Rodríguez, 2001).

De acuerdo con Maddaleano, Morello e Infante (2003), la salud de la población juvenil y adolescente de América Latina y el Caribe presenta una serie de características comunes que apuntan hacia un escaso reconocimiento de los jóvenes y de las jóvenes como diseñadores y diseñadoras de estrategias y políticas dirigidas a satisfacer sus necesidades específicas.

En una sociedad adultocéntrica, la situación de salud de la población juvenil es grave, como lo refleja el creciente número de muertes y de incapacidades parciales o permanentes. Éstas se relacionan con el fácil acceso a modelos violentos, dado que sus vidas se suceden en un mundo cotidiano cargado de amenazas y demostraciones de fuerza y terror, la cantidad progresiva de embarazos de adolescentes, los abortos, las enfermedades de transmisión sexual y el VIH-Sida, así como los problemas vinculados a la salud mental y al consumo de drogas lícitas e ilícitas, todo lo cual conlleva a que los jóvenes y las jóvenes no puedan ejercer su derecho a disfrutar de una calidad de vida óptima.

El informe del programa mundial formulado por las Naciones Unidas – Consejo Económico y Social (2003), examina la situación mundial de la juventud y concluye con diez esferas prioritarias para trabajar las políticas de juventud: educación, empleo, hambre y pobreza, medio ambiente, uso indebido de drogas, delincuencia juvenil, actividades recreativas, la niña y la mujer joven, participación de los jóvenes y las jóvenes, y salud. Específicamente en esta última, se recomienda la participación de la población joven en todas las etapas de la prestación de los servicios de salud, lo que incluye evaluación de necesidades, preparación, ejecución y valoración, para asegurar que las respuestas sanitarias sean apropiadas, eficaces y eficientes.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2001) plantean que la población juvenil está constituida por las personas de edades entre los 10 y los 24 años. Dentro de esa población se distinguen tres grupos etáreos: de 10 a 14 años, preadolescentes; de 15 a 19 años, adolescentes jóvenes; y de 20 a 24 años, jóvenes; y dos grupos de edad que resumen los anteriores: de 10 a 19 años, adolescentes, y de 20 a 24, jóvenes.

En Colombia, la Ley de Juventud (Ley 375 del 4 de julio de 1997), en desarrollo de los artículos 41 y 45 de la Constitución de 1991, determina tres pilares fundamentales en los que se deben centrar las acciones con los jóvenes y las jóvenes: la promoción de la participación juvenil, la gestión pública de la juventud y la elaboración de programas y proyectos territoriales de juventud. En el capítulo II, artículo 4o, la ley define como juventud al cuerpo social dotado de una considerable influencia en el presente y futuro de la sociedad, que puede asumir responsabilidades y funciones en el progreso de la comunidad colombiana. En esta dirección, la misma ley, en el capítulo 1º, artículo 3º, y para fines de participación y derechos sociales, expresa: “(...) se entiende por joven la persona entre 14 y 26 años”. En el artículo 4º, la ley define mundo juvenil como los modos de sentir, pensar y actuar de la juventud, que se expresan por medio de ideas, valores, actitudes, y por su propio dinamismo interno.

En Manizales viven 143.909 jóvenes de edades entre los 10 y los 29 años, que corresponden al 37% del total de la población. El 50% de la población juvenil está conformado por mujeres. Los problemas de salud de mayor

complejidad para el municipio son el embarazo precoz y el elevado consumo de drogas lícitas e ilícitas. El mayor porcentaje de nacimientos (30.6%) se da en mujeres de edades entre los 20 a los 24 años, seguido de 21.3% entre los 15 y los 19 años (Alcaldía de Manizales, Secretaria de Salud y Seguridad Social (2002).

No existen en Colombia estudios que permitan comprender las representaciones de los jóvenes y de las jóvenes en relación con la salud, de tal forma que acerquen a los formuladores de políticas y programas a sus conocimientos, saberes, significaciones, y a las formas de concebir e interpretar su realidad a fin de lograr una elucidación, no sólo desde los legos en el campo de la salud y la enfermedad, sino desde los diversos grupos de jóvenes de la ciudad de Manizales.

Es por lo anterior, que en esta investigación busco comprender las representaciones sociales de salud de los jóvenes y de las jóvenes, lo que ha implicado ahondar en las relaciones entre las características de la población juvenil y sus representaciones sociales sobre la salud, con el fin de determinar estrategias que permitan un mayor acercamiento entre la política pública y lo que los jóvenes y las jóvenes sienten y viven en salud.

2. Referente conceptual

a. Salud

El concepto de salud ha cambiado significativamente a lo largo del tiempo. La conceptualización de la OMS, en la primera mitad de siglo XX, entendía la salud “como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo como la ausencia de afecciones o enfermedades”, lo que permite comprender la salud no solamente desde los equilibrios biológicos, sino como un sistema de valores, como noción usada para interpretar sus relaciones con el orden social (Herzlich 1984, citado por Suárez, 2001). Estos conceptos han evolucionado y hoy se entiende la salud como un recurso para la vida y no como el objetivo de la vida, en el cual estar sano es “*la capacidad (...) para mantener un estado de equilibrio apropiado a la edad y a las necesidades sociales*” (Blum, 1981, citado por Mariano, et al., 2001).

Conocer el estado de salud de las personas es estudiar los determinantes relacionados con su biología, con el medio ambiente, con el sistema de salud que le atiende y con los estilos de vida que caracterizan su comunidad y, por consiguiente, su cultura (Dever, 1976, citado por Mariano, et al., 2001).

La familia, las creencias religiosas, la etnia y los pares, influyen en la formación de las creencias sobre la salud de los jóvenes y de las jóvenes (Salazar, 2000, citado por Mariano, et al., 2001) y determinan la construcción de estilos de vida en relación con la salud, puesto que generan sus propias señas de identidad diferenciadoras de su grupo social y de la cultura de la salud. En estos contextos, la salud de la población juvenil se configura como área temática y de prácticas diferenciadas en la que diversos grupos con

características propias presentan demandas y necesidades específicas de salud individual y colectiva.

De acuerdo con Torres (2004), los diversos estudios que se han realizado sobre los procesos salud–enfermedad son abordados desde dos perspectivas: *ética* (mirada externa) y *émica* (se refiere a los sujetos que padecen la enfermedad). La postura *émica*, de acuerdo con Conrad (1987, citado por Torres, 2004), permite explicitar la experiencia subjetiva de vivir con salud o enfermedad; y desde la visión antropológica, tal aspecto designa la visión de los sujetos de estudio, en contraposición con la perspectiva desde afuera –*ética*–, típica de la mirada médica, donde se minimiza o ignora la subjetividad de quien sufre un padecimiento o una patología.

Lo anterior pone en evidencia grandes diferencias del enfoque antropológico en relación con la orientación biomédica, y las posibilidades que tienen los sujetos sociales de ser escuchados y comprendidos en sus representaciones.

Un creciente interés se presenta en la actualidad por la perspectiva *émica* de la salud, dado que permite conocer el punto de vista de la gente que no cuenta con formación académica en el campo de la salud. Este interés se resalta en estudios relacionados con las ideas, significaciones, experiencias y representaciones en el área, como el de Herzlich y Pierret, 1988. Dicho interés se debe a que la gente común le otorga un nuevo valor al sentido común sobre la salud, llamada por algunos autores y autoras como la *nueva conciencia en salud*, determinada por sus estilos de vida, experiencias previas, conductas y prácticas que suelen realizarse para conservar y mantener la salud (Pierret, 1993). Igualmente, es de suma importancia el reconocimiento de la experiencia individual de la enfermedad y de la salud, y la concepción que se tiene de ella, en contextos macro, meso y micro sociales (Herzlich & Pierret, 1988).

Viveros (1993) señala cómo los individuos se expresan a propósito de la salud y la enfermedad en un lenguaje elaborado a partir de la relación que establecen con la sociedad. Es así como en la actualidad se abre paso a un análisis de la salud y la enfermedad, no como entidades cuya definición es evidente, sino como el resultado de procesos sociales, elaboraciones intelectuales y continuos intercambios de la colectividad.

Se puede demostrar que la representación no es solamente un esfuerzo por formular un saber más o menos coherente, sino también una interpretación y una búsqueda de sentido.

No obstante los continuos cambios en la concepción de la salud y la enfermedad, en la práctica parece seguir predominando —con cierto grado de generalidad— el modelo bio-médico. Este modelo, sin embargo, ha entrado en crisis a partir de la crítica de su deshumanización y su racionalidad exclusivamente técnico-instrumental. Pero, en todo caso, sigue predominando un concepto perteneciente a la racionalidad científica que concede mayor relevancia a los factores biológicos y que se interesa más por la enfermedad y la rehabilitación. Esta racionalidad asume que tanto la salud como la enfermedad se intervienen en la realidad objetiva del cuerpo, mientras se da la espalda a

las mediaciones culturales y sociales que acompañan al sufrimiento humano (Quevedo, 1992).

Afirma Canguilhem (1978), que es evidente cómo los médicos y médicas siguen siendo las personas que menos investigan el sentido de las palabras salud y enfermedad, dado que sólo importan los fenómenos vitales y no las ideas del medio ambiente social. De allí que la enfermedad sea vista como un valor virtual cargado de todos los valores negativos posibles.

Es por lo anterior, retomando a Viveros (1993), que se decidió abordar la problemática de la salud y la juventud a través de las representaciones sociales, dado que permite comprender el punto de vista de los jóvenes y las jóvenes de Manizales.

b. Las representaciones sociales

He situado esta investigación en la vertiente procesual o cualitativa de las representaciones, en proximidad con las reflexiones de Jodelet (1997) y de Banchs (2000), en estrecha cercanía con la propuesta original de Moscovici (1986). Esta vertiente es cercana al interaccionismo simbólico procesual de la escuela de Chicago, interesada más en el aspecto constituyente de las representaciones que en el constituido. Se centra en los procesos cognitivos o mentales de carácter individual y en los procesos de interacción en un contexto social. En este sentido, las representaciones van más allá del interaccionismo simbólico, hacia una postura socioconstruccionista.

El concepto de representación social o colectiva aparece en la sociología, donde sufre un largo eclipse, por lo cual, finalmente es adoptado por la psicología social (Moscovici, 1986), en una de esas migraciones del pensamiento, que en este caso ocurren entre disciplinas, obstinadas con frecuencia en mantener las fronteras de sus paradigmas epistemológicos, pero sin que puedan evitar darle visa de entrada a pensamientos nacidos en otras latitudes.

La noción de representación social nos sitúa en el punto de intersección entre lo psicológico y lo social. La representación concierne a la manera como nosotros, sujetos sociales, capturamos los acontecimientos de la vida diaria, las características de nuestro medio ambiente, las informaciones que en él circulan, las personas de nuestro entorno próximo o lejano.

Las *representaciones sociales* son entendidas como los conocimientos específicos y los saberes del sentido común que orientan la acción, la comunicación y la comprensión del entorno social, material o ideal (Jodelet, 1986). Esto lleva a resaltar tres condicionantes de las representaciones sociales: el contexto, el género, y las fuentes de información sobre las cuales se conforma el tipo de representación.

Toda representación social se organiza alrededor de un nodo central y de un sistema periférico.

El nodo central es el sistema que da significado a la representación social y está constituido por aquellos elementos que son importantes no sólo cuantitativamente, sino cualitativamente. Está ligado a los eventos históricos,

sociológicos e ideológicos del grupo, y se caracteriza por su estabilidad, rigidez y continuidad, lo que permite la permanencia de la representación.

El sistema periférico está determinado por la historia individual de las personas, por sus experiencias particulares. Esto determina que los elementos sean más influidos por el contexto social inmediato en el que los sujetos se desenvuelven y han de expresarse, y actúan en relación con el objeto de la representación. Por esto, los elementos del sistema periférico son más dúctiles e inestables, más vulnerables a las presiones de elementos extraños a la representación.

Una de las funciones del nodo central es garantizar la estabilidad de la representación, mientras el sistema periférico se encarga, entre otras cosas, de proteger el nodo central de las amenazas que lo cuestionan, mediante incorporación y asimilación de nuevas informaciones.

Jean Claude Abric, citado por Philogéne (2001, p. 39), elaboró la teoría del núcleo central que da estructura a la representación y enriquece su significado. Circundando el núcleo central hay una constelación organizada de elementos periféricos que juegan un rol importante en concretar el significado de la representación. Están en la interfase entre el núcleo central y la situación concreta dentro de la cual la representación es elaborada, y opera.

La gran mayoría de los jóvenes y de las jóvenes han construido diferentes representaciones sociales bajo la interacción familiar, social, y sobre el comportamiento y pensamiento que es influido por el contexto familiar, convertido en un determinante para la acción (Weinstein, 1992 citado por Krauskopf, 2000).

Las representaciones y prácticas de salud no son hechos aislados ni espontáneos, pues tienen un desarrollo y una ubicación en el tiempo y en el espacio, en estrecha relación con la realidad económica, política, social y cultural de una comunidad o de un grupo social. Por ello, la problemática de la salud no debe afrontarse en forma individual, sino dentro de la sociedad de la cual hace parte cada persona (Viveros, 1993). Una forma de lograrlo es conocer, interpretar y comprender la salud a través de las representaciones sociales.

c. Juventudes

En esta investigación, se asume la juventud como una construcción sociocultural de tal manera que no hablamos de una sola juventud —como si todos los jóvenes y las jóvenes de todas las culturas y de todas las épocas fueran iguales—, sino que hablamos de juventudes, con el propósito de reconocer la pluralidad de expresiones juveniles. La mayoría de los estudios realizados desde esta perspectiva han sido desarrollados por la antropología y la sociología. Desde estas disciplinas, se han desmitificado los prejuicios sobre la juventud, ubicándola en su contexto histórico y cultural. Los estudios socioculturales resaltan la diversidad de formas de expresión de lo juvenil (culturas juveniles), y subrayan la diversidad de lo juvenil (identidades

juveniles) como lo enuncian Alpizar y Bernal (2003).

Con este horizonte, se han desarrollado estudios en Europa, Estados Unidos y América Latina que hacen énfasis en dos dimensiones particulares de lo juvenil: por un lado, la identidad o identidades juveniles como resultado de procesos de construcción sociocultural. Por otro lado, las culturas juveniles como expresiones diversas de la población que se identifica a sí misma como joven. Los estudios realizados desde esta perspectiva han sido diversos, algunos centrados en el campo de las subculturas juveniles que retoman comúnmente elementos del interaccionismo simbólico, del estructuralismo, la semiótica, la literatura contracultural y el marxismo cultural.

Entre sus principales analistas encontramos a Cohen (citado por Feixa, 1995), con sus estudios sobre los grupos mods y skinheads, planteándolos como soluciones ideológicas a los problemas provocados por la crisis de la cultura parental, que cumplen la función de restablecer la cohesión perdida y dotan a los jóvenes y a las jóvenes de una nueva identidad social.

De otro lado, Feixa afirma que la juventud, entendida como la fase de la vida individual comprendida entre la pubertad fisiológica (una condición ‘natural’) y el reconocimiento del estatus adulto (una condición ‘cultural’), ha sido vista como una condición universal, una fase del desarrollo humano que se encontraría en todas las sociedades y momentos históricos. Ésta, al igual que otras teorías, hoy dominan el sentido común.

Feixa (1995, 2005) concibe las culturas juveniles referidas a la manera en que las experiencias sociales de los jóvenes y de las jóvenes son expresadas colectivamente mediante la construcción de estilos de vida propios, localizados fundamentalmente en el tiempo libre o en espacios de intersección de la vida institucional. Se refiere además a la aparición de *micro-sociedades juveniles*, con grados significativos de autonomía respecto de las *instituciones adultas*, que se dotan de espacios y tiempos específicos y que se configuran históricamente en los países occidentales, principalmente en Europa, Estados Unidos y Canadá —tras la Segunda Guerra Mundial—, y coinciden con grandes procesos de cambio social, en el terreno económico, educativo, laboral e ideológico.

Por otro lado, Germán Muñoz (2003) ha realizado un extenso trabajo desde la perspectiva de los estudios culturales, con jóvenes urbanos de sectores populares de Bogotá y otras ciudades del país, y centra su análisis en las formas de expresión de la juventud desarrolladas históricamente. Considera que no se puede hablar de joven o juventud, sino de juventudes, pues los grupos tienen diferentes manifestaciones frente a su constitución sociocultural, y sería imposible definir la juventud con un solo significado.

Asimismo, Rossana Reguillo (2003) señala que los jóvenes y las jóvenes ni son homogéneos, ni representan una categoría cerrada y definible a partir de unos cuantos rasgos. Por el contrario, son heterogéneos, complejos y portadores de proyectos diferenciales.

En síntesis, la juventud permanentemente se construye y reconstruye

históricamente. Cada sociedad define la juventud a partir de sus propios parámetros culturales, sociales, políticos y económicos, por lo que no se puede establecer una definición única.

3. Aspectos metodológicos

a. Objetivos

- i. Objetivo general
Comprender las representaciones sociales sobre salud que tienen algunos grupos de jóvenes de la ciudad de Manizales.
- ii. Objetivos Específicos
 - a. Identificar y describir las representaciones sociales que tienen los jóvenes y las jóvenes de Manizales sobre la salud.
 - b. Identificar, caracterizar y analizar *lo que dicen* acerca de la salud, las prácticas relacionadas con ella y el sentido que le dan a esas prácticas.
 - c. Analizar y comprender el sistema periférico y el nodo central construido por los jóvenes y las jóvenes en relación con la salud.
 - d. Realizar la construcción teórica relacionada con el concepto de salud de la población juvenil de Manizales.
 - e. Analizar las continuidades y discrepancias entre las representaciones sociales que tiene el grupo Gipa de la ciudad de Manizales y las representaciones sociales en salud de los jóvenes y las jóvenes.

b. Delimitación y bases metodológicas de la investigación

De acuerdo con los objetivos planteados en esta investigación, el tipo de estudio que permitió la comprensión de las representaciones sociales fue de carácter *cualitativo* con enfoque *comprensivo*, como lo propone Alter (1992, citado por Rodríguez, Gil & García, 1999, p. 36). Este método se empleó en sus diferentes formas: descriptiva, interpretativa y de construcción de sentido, para hallar las representaciones sociales de los jóvenes y de las jóvenes en relación con la salud, la comprensión de las concepciones y el sentido que la población juvenil le da a sus prácticas.

Fase de descripción. Tuvo como punto de partida la descripción de la información obtenida de la transcripción de los diálogos en los grupos de discusión, y de las encuestas, lo que permitió reconocer, en parte, la composición de los grupos y un análisis sintáctico y semántico de los enunciados emitidos por los jóvenes y las jóvenes en sus discursos. Esta información se contextualizó para lograr un nivel metatextual inicial, al contrastar el texto y el contexto con la literatura existente, como lo proponen los análisis de contenido según Krippendorff (1997); Ruiz (2001); Quintero y Ruiz (2004). Como resultado de este proceso, se obtuvo la identificación

de tendencias conceptuales y categorías que permitieron la identificación y significación de los textos sociales, y que se constituyó en una argumentación de carácter descriptivo que pudo favorecer el progresivo autorreconocimiento de los actores.

Fase de interpretación. Permitió la resignificación a partir de la construcción de nuevas relaciones que se expresaron en hipótesis cualitativas iniciales y que constituyeron, al mismo tiempo, una nueva necesidad de triangular la información con los jóvenes y las jóvenes, haciendo posible poner en evidencia el desarrollo de nuevas tendencias categoriales relacionadas con sus contextos sociales y culturales, así como la construcción de categorías axiales.

Se realizó una nueva recolección de información que permitió profundizar en la construcción conceptual de las categorías axiales mediante las entrevistas en profundidad.

Fase de construcción teórica. Este proceso articuló las argumentaciones alrededor de la comprensión del núcleo central y el sistema periférico, en dos ejes: simbólico y abstracto, y en dos dimensiones: una, que permite que la construcción teórica se aleje de la construcción elaborada por parte de los jóvenes y las jóvenes, y una segunda dimensión que hace posible mantener la coherencia entre la construcción de la población joven y el marco teórico. Esta fase explica la recreación del sistema conceptual en los diferentes lenguajes académico y cotidiano que hizo posible a los actores su reconocimiento¹.

Sujetos: en el estudio, participaron cinco grupos de jóvenes de la ciudad de Manizales, conformados por 57 jóvenes de edades entre los 10 y los 51 años. Además, se contó con la participación del grupo Gipa (Grupo Interinstitucional de Programas para Adolescentes de Manizales).

Unidad de trabajo: estuvo conformada por los textos producidos después de transcritos los discursos emitidos por los jóvenes y las jóvenes en los grupos de discusión y en las entrevistas en profundidad.

Unidad de análisis: los enunciados sobre conocimientos, valores, experiencias, sentidos que le dan a su vida en relación con la salud.

Instrumentos: La información se obtuvo a través de un cuestionario aplicado a todos los integrantes de los diferentes grupos, 6 grupos de discusión y 6 entrevistas en profundidad.

Se utilizó, como estrategia para el análisis de la información cualitativa, el análisis de contenido, en el que a su vez se manejaron tres momentos:

¹ La información del cuestionario se sistematizó en el programa SPSS versión 11.5, y la información de los grupos de discusión y entrevistas en profundidad en el programa Atlas Ti versión 5.0.

Dimensiones de análisis de contenido en los tres momentos		
Sintáctica	Semántica	Pragmática
<p>Análisis de la superficie discursiva. Estudio de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Variedad lexical ♦ Propositiones del sintagma nominal. ♦ Relaciones entre los aspectos gramaticales de los enunciados (Relación entre adjetivos, verbos, longitud de frases). <p>El proceso interpretativo se vinculó a los mecanismos formales de las producciones del discurso, con presupuestos teóricos.</p>	<p>Análisis del aspecto comunicativo del corpus del discurso. Estudio de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Los conceptos asignados por los jóvenes y por las jóvenes a la realidad que expresan. ♦ La estructura de comunicación del grupo social, en términos de sucesos, emociones y sentimientos. ♦ Los temas, contenidos, propósitos, actores y acciones de la comunicación. ♦ Identificación de unidades de significación. ♦ Núcleo figurativo: Representación gráfica teniendo en cuenta el nivel de aparición y de alcance de unidades de significación en el discurso. ♦ Análisis de correspondencia: diferenciación semántica a partir de la construcción de campos lexicales o semánticos. ♦ Análisis de los actos ilocutorios. <p>El proceso interpretativo consistió en identificar los vínculos socio-semánticos que establecieron los actores sociales.</p>	<p>Análisis del carácter realizativo del lenguaje. Estudio de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Los mecanismos de entendimiento. ♦ Los efectos del sujeto comunicador. ♦ Las inferencias comunicativas sobre sí mismo y sobre los otros participantes (punto de vista conversacional) ♦ Procedencia de la información. ♦ Estructura de las representaciones, nodo central y sistema periférico. ♦ Atribuciones de causalidad, estereotipos, evaluaciones y tendencias de conducta.

4. Resultados

a. Caracterización sociodemográfica

En el proceso investigativo participaron 57 jóvenes pertenecientes a cinco grupos que desarrollan sus vidas en Manizales, con diferentes afinidades de encuentro y participación colectiva, y el grupo Gipa, que presta un apoyo técnico a la Secretaría de Salud de Manizales en la formulación y ejecución de programas para los jóvenes y las jóvenes de la ciudad (Ver tabla 1).

Tabla N° 1. Grupos de jóvenes participantes en el proyecto

Grupos de jóvenes	Frecuencia	Porcentaje
Cadeli	16	28,1
Gran Blanco	6	10,5
Cedeco	13	22,8
Red de Radios	10	17,5
Adventista	12	21,1
Total	57	100,0

De los 57 participantes, 38 eran hombres y 19 eran mujeres. El grupo Universitario Adventista está conformado sólo por mujeres y el grupo Gran Blanco sólo por hombres. Los demás tienen participantes de ambos sexos.

Sus edades oscilan entre 10 y 51 años, con una prevalencia mayor de jóvenes entre 19 y 24 años. Es interesante resaltar que la edad es un criterio que no discrimina entre los jóvenes y las jóvenes la pertenencia o no a un grupo; se encontraron personas que según los estándares de los adultos no serían jóvenes pero que son asumidas como parte de sus grupos, pues no ven como una barrera la edad, frente a sus gustos y preferencias.

Un gran porcentaje de jóvenes vive en la comuna 2 (de estratos 1 y 2), debido a que los jóvenes y las jóvenes del grupo Cedeco habitan en su totalidad en ella, y del grupo Cadeli muchos de sus integrantes viven en estos barrios. Sin embargo, es de subrayar que la población joven siente pertenencia a su grupo más por sus afinidades que por las relaciones de vecindad.

Los jóvenes y las jóvenes manifiestan entre sus afinidades para participar en los diferentes grupos, las siguientes expresiones: alcanzar la recuperación, limpiarse de la droga, en general las drogas y el alcohol (grupo Cadeli), el arte musical y el arte callejero hip hop (grupo Gran Blanco), el cariño, la posibilidad de compartir con el grupo, y el conocimiento de Dios (grupo Adventista), la comunicación (grupo de Red de Radios), el aprendizaje y algún hooby (grupo Cedeco). Los jóvenes y las jóvenes son claros al describir su afinidad, que es coherente con la función del grupo.

El estado civil de mayor predominancia en los jóvenes y las jóvenes entrevistados es el de soltero, en un 86%, seguido del de casado, en un 7%.

En relación con la convivencia, se observa una alta tendencia a vivir con sus familias, en su mayoría conformadas por padre, madre y hermanos o hermanas, seguido de las familias conformadas por la madre y sus hijos e hijas.

La ocupación de los jóvenes y las jóvenes es, en su mayoría, la de estudiante (56.1%), seguido de una situación que consideran sin ocupación (24.6%); un 10.5% son trabajadores y trabajadoras independientes, 5.3% son empleados y empleadas formales, y un 3.5% estudia y trabaja, sin embargo se consideran en edades propicias para la educación y el trabajo.

El 72.6% tiene acceso al sistema de seguridad social en salud y el 29.8% dice que no tiene ningún acceso al sistema. Por el tipo de empresa promotora de salud² a la que están adscritos y adscritas, se puede inferir que, en su mayoría, son de régimen contributivo.

El 33.3% de los jóvenes y las jóvenes manifestó en el momento de la encuesta tener alguna enfermedad, entre las que se pueden citar: adicción a las drogas, astigmatismo, enfermedades digestivas, fiebre reumática, otitis, parálisis facial, rinitis, enfermedad renal y tendinitis.

Los jóvenes y las jóvenes reconocen, como elementos que incidieron en la construcción de su concepto en salud, en primera opción la familia, seguida en menor proporción por instituciones como la escuela y la iglesia; y se le da alguna importancia a los medios de comunicación.

Las preguntas orientadoras para la presentación de los resultados cualitativos tienen que ver con: qué es salud para los jóvenes y las jóvenes, qué situaciones de la vida cotidiana son saludables para ellos y ellas, cuándo los jóvenes y las jóvenes se sienten saludables, cuándo consideran que los amigos, amigas, o el otro, tienen salud, qué dimensiones o categorías de la vida cotidiana se relacionan con la salud, qué prácticas saludables realizan, cuál es el sentido que le dan a las prácticas que realizan para estar con salud, y cuáles son las fuentes de información que perciben como importantes en sus concepciones.

A continuación, se presentan los enunciados desarrollados por los jóvenes y las jóvenes como parte de las preguntas orientadoras en los grupos de discusión y en las entrevistas en profundidad.

b. ¿Qué significa salud para los jóvenes y las jóvenes de los diferentes grupos?

Tabla N° 2. Concepciones de salud en los jóvenes y las jóvenes de los diferentes grupos

¿QUÉ ES LA SALUD PARA LOS JÓVENES Y LAS JÓVENES?				
ADVENTISTA	RED DE RADIOS	CADELI	GRAN BLANCO	CEDECO
GRUPO 1 (FEMENINO)	GRUPO 2 (MIXTO)	GRUPO 3 (MIXTO)	GRUPO 4 (MASCULINO)	GRUPO 5 (MIXTO)
- Es un estado de equilibrio entre la mente, el cuerpo y el espíritu que obedece a una correcta relación con Dios y al cumplimiento de las leyes sobre salud que Él nos ha	- Es estar bien psicológicamente y físicamente. - Más que una simple palabra es como una responsabilidad que tiene cada uno con su cuerpo y con su mente.	- Es el estado óptimo de cada persona. Es primero que todo uno valorarse, como ser humano. - Es el conocimiento de cuidar mi cuerpo, de no hacer las	- Es el bienestar de una persona, que no tenga enfermedad. - Es el buen funcionamiento del cuerpo, de los órganos, la mente también. - Es estar bien	- No tener enfermedades. - Tener limpio el organismo. - Es cuidarse mutuamente y quererse uno mismo. - Estar perfecto en todo momento.

² Empresa Promotora de Salud. EPS. Son las empresas que tienen la facultad, dentro del sistema general de seguridad social en salud en Colombia, de afiliar a la población trabajadora o no, y a sus beneficiarios.

<p>dejado escritas en su palabra.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Es algo integral. - Es la relación entre la mente, el cuerpo y el espíritu, y también, ahí entran los valores, o sea, esa parte como de la moral. - Salud tiene que ver con los hábitos. - Poder relacionarme con toda tranquilidad y con armonía con las demás personas. - Cuando no doy cabida en mi mente a asuntos que me puedan a mí dañar, estar en equilibrio. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mantener unos buenos hábitos. 	<p>cosas que me puedan enfermar o contaminar; ejemplo: cigarrillo, vicios etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Es estar en sobriedad, tener una paz interior, una tranquilidad, estar bien conmigo mismo. - Es el complemento entre el bienestar físico y el bienestar mental, y lógicamente el espiritual. - Es vivir en paz, o sea, es una forma pues de estar bien, no es tanto lo físico sino más bien espiritual. - Cuando tengo conflictos aquí en el grupo, con mi familia, con mis amigos, esto, se puede decir que estoy enfermo emocionalmente. - Primero que todo que el cuerpo esté bien, y segundo, vivir en plena armonía con el entorno que nos rodea. - Es un estado de excelencia física y mental. 	<p>espiritualmente y mentalmente.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Es el bienestar psicológico y físico del cuerpo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tener el organismo limpio de cualquier enfermedad.
---	---	--	--	--

Fuente: Algunos enunciados que hacen parte de los discursos de los jóvenes y las jóvenes en los diferentes grupos de discusión (GD) y entrevistas en profundidad (EP).

Las concepciones de los jóvenes y las jóvenes frente a la salud están determinadas por sus ambientes cotidianos, su nivel educativo y sus experiencias particulares, tanto de forma individual como en sus relaciones grupales. Asimismo, se puede observar diferencias por género. La salud descrita por los jóvenes y las jóvenes está dimensionada en dos planos: el individual y el social o colectivo. Es así como asumen que la salud es un equilibrio entre la mente (mental), el cuerpo (lo físico), el espíritu (el alma), y los valores (lo moral), en el nivel individual; pero recurrentemente aluden al

hecho de estar en plena armonía con los otros que no necesariamente son los de su grupo en particular, sino más abiertamente con el mundo. Por esta razón, los jóvenes y las jóvenes dicen, “para estar con salud se necesita la paz” (Ver tabla 2).

c. ¿Cuándo los jóvenes y las jóvenes se sienten saludables?

Las jóvenes del grupo Adventista afirman que se sienten saludables cuando sirven a las demás personas, pues ellas consideran que les genera sensación de paz; pero es una relación no sólo de ayuda sino de lograr que el otro se sienta bien, se sienta contento, se sienta tranquilo, se sienta escuchado, y es ahí cuando logran sentirse saludables. Para ellas, lo mejor es tener buenas relaciones con la gente; en sus palabras, “llevarse bien con todo el mundo”.

El grupo Red de Radios dice que se sienten saludables cuando pueden bañarse y cepillarse los dientes, salir a un parque, alimentarse, estudiar y entretenerse, descansar, hacer ejercicio, hacer deporte y, adicionalmente, aseguran que es muy importante compartir con la familia y disfrutar de lo que se hace.

Los jóvenes y las jóvenes del grupo Cadeli manifiestan que es difícil sentirse saludable cuando se tienen problemas de drogadicción, pues hasta los valores se pierden³. Por eso, las terapias de autorreflexión que realizan en la fundación Caminos de Libertad los hacen sentir saludables, pero dicen que “lo más importante es recobrar los valores para sentirse saludables no sólo física sino espiritualmente también”.

Por otra parte, un joven del grupo Gran Blanco (grupo masculino) hace alusión a que se es saludable cuando “van a robarme y alcanzo a llegar a mi casa”, y sus compañeros dicen, además, que son saludables cuando se levantan con ganas de hacer las cosas bien, cuando se hace deporte, se va a la iglesia, cuando se pueden comer las tres comidas del día (desayuno, almuerzo y comida) “porque es que uno con hambre, uno con hambre se siente como mariado”⁴.

Cedeco, por su parte, dice que se es saludable cuando se pueden mover, cuando hacen deporte, pueden estudiar y trabajar y, sobre todo, cuando pueden hacer las cosas que les gusta como cansar, charlar y recochar.

d. Dimensiones de la vida cotidiana de los jóvenes y las jóvenes sobre salud

El grupo Adventista manifiesta que todo lo que nos rodea tiene que ver con la salud, y juegan un papel importante el trabajo, la familia y la educación, como aspectos positivos, y el sedentarismo como algo negativo.

³ Los jóvenes del grupo CADELI afirman que cuando se es drogadicto los valores sociales como el respeto, el amor, la tolerancia, entre otros, se pierden.

⁴ Los jóvenes del grupo Gran Blanco usan el término mariado para referirse a los signos y síntomas de la hipoglucemia que conlleva el no ingerir los alimentos en el momento adecuado, lo que les ha sucedido por no tener en ocasiones la posibilidad de tener el desayuno, el almuerzo y la comida.

Similares son las dimensiones que pone de manifiesto el grupo Red de Radios cuando dice que todas las dimensiones son importantes, incluidas el medio ambiente y el entorno. Pero resaltan la educación y el trabajo, pues “dignifican al ser humano y ayudan a la salud mental”, y subrayan además el deporte.

Cadeli, igualmente, ve el trabajo y el deporte como las dimensiones que más tienen que ver con la salud, ya que dan estabilidad emocional y mental. Así mismo, destacan la educación sobre la cual se refieren, así: “(...) tener educación, primero saber leer, saber aprender, saber escuchar, recibir aprendizaje sobre muchas situaciones, muchas cosas”, y lo aclaran diciendo: “la educación es una dimensión importante porque continuamente nos están bombardeando con una cantidad de informaciones y también hay que saberla dilucidar, cuál es la buena, cuál es la mala”.

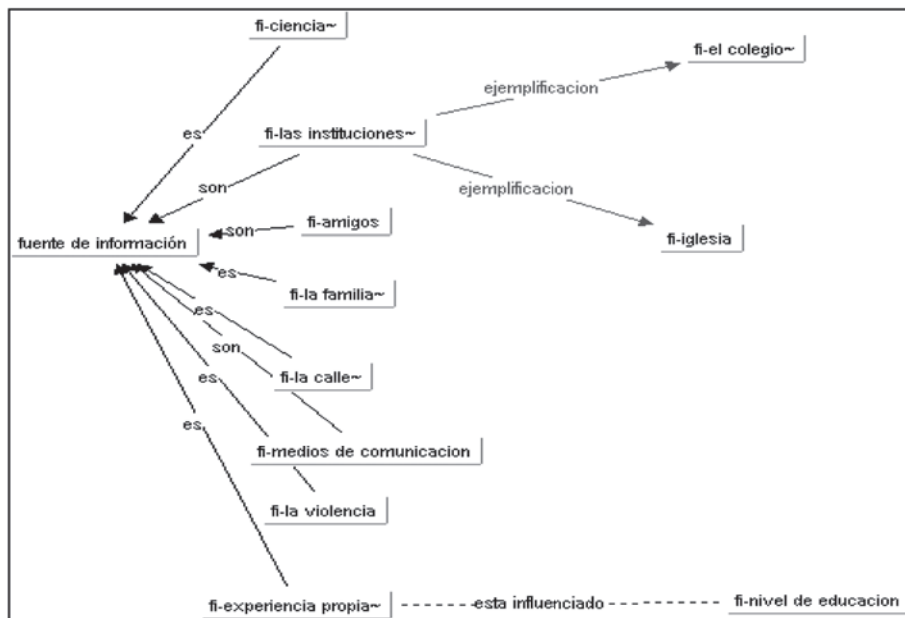
Reconocen que la familia es una dimensión que tiene que ver con la salud, ya que es allí donde se puede obtener la alimentación y disposición para el entendimiento mutuo. Cadeli es el único grupo que reconoce a los medios masivos de comunicación —la radio, la televisión, los periódicos, las revistas—, como una dimensión de la vida cotidiana relacionada con la salud.

Gran Blanco dice: “(...) desde que se levanta hasta que se acuesta, todo el día es salud”. Nuevamente, el trabajo es considerado como una dimensión importante. Mencionan, además, a los amigos, la alimentación y la dormida, seguido de las fiestas, pues consideran que es un espacio de esparcimiento, recreación y de encuentro con el otro, aunque reconocen los riesgos que tienen en las fiestas de consumir licor adulterado con todas las consecuencias que esto les trae.

Para Cedeco, el deporte, como en los demás grupos, es algo importante; la alimentación, bañarse todos los días, estimarse uno mismo, quererse uno mismo, pero, diferente a los demás grupos, manifiestan cómo la casa, la calle, el barrio y el medio ambiente, son importantes.

e. Fuentes de información que han incidido en la construcción de las representaciones sociales de los jóvenes y las jóvenes sobre salud

Gráfico N° 1. Fuentes de información que los jóvenes y las jóvenes consideran importantes en la configuración de sus representaciones sociales en salud.



Las fuentes de información son un condicionante que se relaciona con el contexto social, que determina en gran medida el tipo de materiales sobre los cuales se constituyen los contenidos de la representación social.

Las fuentes de información que han incidido en la construcción de las representaciones sociales en salud se pueden clasificar en: la familia, como primera fuente que reconocen con mayor frecuencia, seguida de los medios de comunicación, y de las instituciones como la escuela, la iglesia y las fundaciones. Es de resaltar que los amigos y la calle juegan un papel importante en la configuración de sus representaciones, lo mismo que la experiencia personal, seguido de otras fuentes que reconocen en menor proporción, como la ciencia. (Ver gráfico 1).

i. Representaciones del grupo Gipa sobre salud y las fuentes de información que han incidido en su construcción

Para el grupo Gipa, *la salud* está asociada a un estado de bienestar tanto personal como de armonía con el entorno, entendido éste como la familia, el grupo de amigos y amigas, y el trabajo. Asimismo, dicen que salud es bienestar

pero asumido desde el desarrollo; la salud es la capacidad, la posibilidad de desarrollarse en todas las esferas, en todas las dimensiones, como seres humanos.

El bienestar es entendido como una condición del ser humano, relacionada con el modo de afrontar diferentes condiciones de vida. En ese sentido, el bienestar tiene que ver con la calidad de vida de una persona en un contexto histórico y geográfico determinado. La palabra bienestar está irremediamente asociada a la expresión *bien ser*, a los términos *bien hacer* y *bien tener*. Asumen que la condición de estar se encuentra asociada a la condición de ser, a la condición de hacer y a la condición de tener. “Por tanto, cuando hablamos de la dimensión del estar, estamos hablando de manera mucho más profunda, de una situación axiológica que incluye simultáneamente esas cuatro dimensiones: el estar, el hacer, el tener, y por supuesto el ser”.

Para el abordaje de la salud en los jóvenes y las jóvenes, el grupo Gipa ha actuado en áreas como la nutrición, la psicología, la fonoaudiología y la fisioterapia, en función de la prevención, para la edificación de hábitos de alimentación y una sana salud sexual y reproductiva, en el marco de la perspectiva de los derechos, que pretende enseñar a los jóvenes y a las jóvenes que *todos tenemos derecho*.

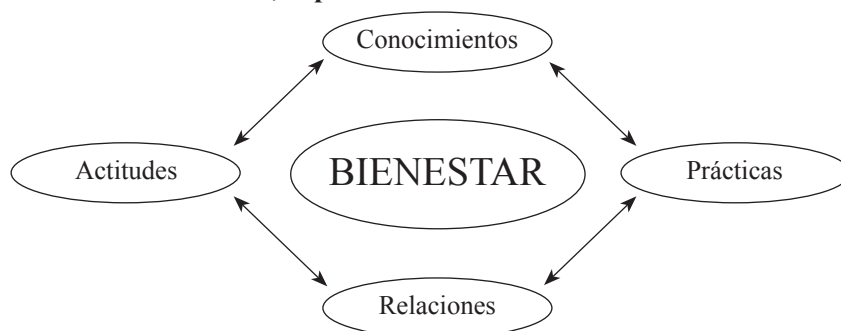
El grupo Gipa asume que la salud es un derecho y que los jóvenes y las jóvenes deben acceder a él, de manera que las instituciones deben ofrecerles las posibilidades para que ese derecho les sea garantizado.

5. Discusión

a. Salud como expansión del bienestar real

El beneficio de una buena salud no se puede circunscribir únicamente al estado de bienestar que disfrutaron quienes gozan de ella, porque es innegable que el proceso social general (suerte o rumbo que sigue la sociedad como consecuencia de múltiples factores ambientales, políticos, económicos, culturales, históricos y biológicos, entre otros) influye en ella y está influido por ella en forma sustancial.

Gráfico. N° 2. La salud, expansión del bienestar real

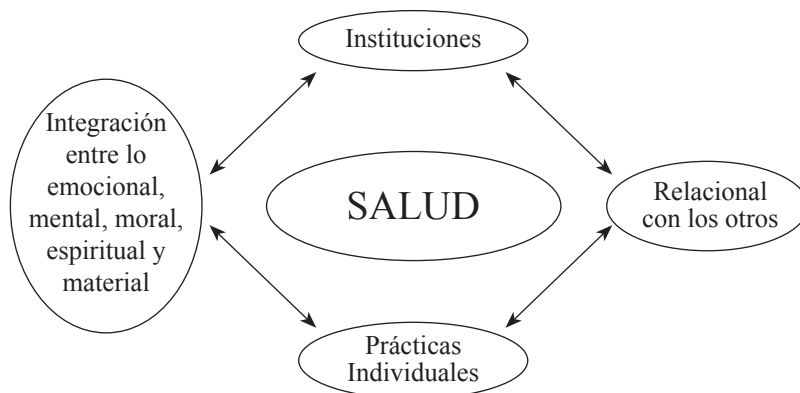


Los jóvenes y las jóvenes de la ciudad de Manizales conciben la salud como un proceso de expansión del bienestar real que disfrutan los individuos (ver gráfico 2). El hecho de que la población juvenil preste una atención especial al bienestar, se debe a que la salud ha estado ligada en los últimos años a factores medioambientales, de estilo de vida, acceso a los servicios de salud y comportamentales.

Para los jóvenes y las jóvenes, el bienestar es un estado óptimo, en los aspectos físico, mental, espiritual y emocional, no sólo en el ámbito individual sino en la relación con los otros y con el medio ambiente. Lo que pudiera replantear el concepto de salud de la OMS, que lo piensa como “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad”.

La salud es el complemento entre el bienestar físico, mental, espiritual, moral y emocional, que lleva a las personas a entenderse a sí mismas y a crear armonía con el entorno, lo cual conduce a la paz tanto interior como exterior, siendo posible articularla con el concepto de bienestar de Amartya Sen (2000: 54), cuando afirma que el bienestar tiene que ver con la ventaja que le da a una persona la habilidad para hacer actos valiosos, o alcanzar estados para ser valiosos, pues buscar la paz no es otra cosa que alcanzar estados para ser valioso. La salud es un estado valioso, dicen los jóvenes y las jóvenes, en la medida en que les permite ser libres y tener autonomía, pues cuando se está enfermo o enferma se tiende a depender de otros.

Gráfico. N° 3. Salud: relación entre los factores genético, prácticas personales, instituciones y relacional con otros



Para estar saludables, los jóvenes y las jóvenes piensan que es importante la conciliación de cuatro factores: las instituciones; las prácticas individuales; la integración entre lo espiritual, emocional, mental y material o físico; y la relación que se establece con el mundo social (la relación con los demás) (ver gráfico 3).

b. El trabajo como capacidad humana de los jóvenes y las jóvenes para estar y sentirse con salud

El trabajo es importante para la salud en la medida en que, si un familiar se enferma, los jóvenes y las jóvenes puedan tener dinero para ayudarlo. El trabajo contribuye a mantener ocupada la mente pues “la mente es ociosa, es el taller del diablo” (joven del grupo Adventista). Además, dicen, que cuando están ocupados u ocupadas aprecian cada hora que queda libre y se organiza mejor el día, porque el trabajo es la mejor oportunidad de aprovechar el tiempo.

La representación social del trabajo se ha transformado y está perpetuamente enriquecida por nuevas características. Como concepto, el trabajo parece ser equívoco, y algunos científicos han sugerido que sea abandonado por términos más precisos como lo expresan Offe, 1985, y Kaulsson, 1995, (citados por Clémence, 2001, p. 86). La noción está aún en el centro de apasionadas discusiones en la esfera pública.

De acuerdo con Amartya Sen (2000), el trabajo es una de las condiciones necesarias para lograr una total expansión de capacidades. Los jóvenes y las jóvenes de Manizales consideran que el trabajo es una situación saludable en tanto que da bienestar, permite ser socialmente productivo, mejora el estado de ánimo, y uno se siente útil para la sociedad, ya que tiene funciones dentro de ella y al mismo tiempo se puede sostener a la familia.

El desempleo es una situación que vulnera la salud de los jóvenes y las jóvenes, porque no permite obtener el bien primario más importante a la población juvenil que, según Rawls, (citado por Sen, 2000, p. 171), es el amor por uno mismo.

La falta de libertad económica puede alimentar la falta de libertad social (Sen, 2000, p. 25). De allí que los desempleados durante un largo periodo sufren psicológicamente por esta situación, y no sólo en términos de las pérdidas obvias de ingreso real, pues se aíslan dentro de la sociedad y empiezan a perder la capacidad para hacer ciertas cosas, capacidad que previamente poseían (Gaertner, 1996, p. 95).

c. Salud, violencia y derechos humanos (salud es paz)

Según Abric (2001), aspectos tales como la paz, el amor, la violencia, la corrupción, la mentira y la posibilidad de vivir, hacen parte de las representaciones sociales relacionadas con la salud. De hecho, el vivir está compuesto por valores morales, evaluados en términos comunes como bueno, amar, lindo, vida, ser, vivir, idea, disfrutar, juicio, belleza, alma, moral, social, Dios, etc., términos que permiten mostrar en los estudios etnográficos qué tanto está vinculada la práctica de salud con la cohesión social. De esta manera, es posible encontrar cómo la identidad social incluye hábitos saludables, y cómo la salud, como elemento social, ha sido integrada en la estructura de la representación social de vivir.

Encontramos que la concepción de Amartya Sen (2000, p. 33) sobre la

libertad, referida tanto a los procesos que hacen posible la libertad de acción y de decisión “como a las oportunidades que tienen los individuos, dadas sus circunstancias personales y sociales”, permite comprender la forma como los jóvenes y las jóvenes comprenden la libertad relacionada con el trabajo y con la salud. La falta de libertad está penetrada por las consecuencias de los contextos violentos, y en Colombia, específicamente en los jóvenes y las jóvenes de los diferentes grupos de Manizales, se relaciona la salud con la paz, dado que en contextos violentos la paz y la violencia influyen todas las esferas de la vida humana.

De acuerdo con Franco (1992), los derechos humanos son una estructura conceptual ético-jurídica aparentemente simple, pero de gran complejidad y múltiples significados si se mira más allá de su enunciado o de su presunta universalidad valorativa. Al mismo tiempo, son territorio de múltiple e intensa acción política. La realización concreta de cada uno de los elementos del conjunto de los derechos humanos se identifica con la materialización de las condiciones requeridas para el pleno desarrollo de la vida humana, que los jóvenes y las jóvenes llaman salud.

En la actualidad, los derechos humanos son considerados parte de los principios que sirven de guía para la evaluación de las relaciones humanas en una sociedad. Ayudan, al menos como proyecto, a organizar las interacciones sociales.

d. Sistema periférico y nodo central construido por la población juvenil en relación con la salud

Los jóvenes y las jóvenes de los diferentes grupos manejan gran cantidad de información que hace parte de sus conocimientos, creencias y prácticas, y que en todo momento se manifestaron desde el sistema periférico; sólo algunos grupos lo hacen desde el nodo central. Sin embargo, se ve una gran diferencia frente a los jóvenes y las jóvenes de los grupos más consolidados, quienes tienen una gran cantidad de información que comparten y han construido, y sería esto una base sólida para el nodo central, hecho que no ocurrió con los grupos de la población juvenil que hace poco había iniciado el grupo, o donde la rotación de los jóvenes y las jóvenes es alta, como es en los casos del grupo Red de Radios y Cedeco, mientras que en Gran Blanco, Cadeli y Adventista existe un nodo central muy consistente, con creencias más sólidas que hacen posible un mayor referente para la acción tanto individual como colectiva.

e. Sistema periférico y nodo central construido alrededor de la salud por el grupo Gipa

Tabla. N° 3. Enunciados manifiestos en los grupos de discusión y entrevistas donde los jóvenes y las jóvenes dejan evidenciar cuándo hablan desde el sistema periférico (individual) o cuándo se expresan desde el nodo central (lo grupal).

SISTEMA PERIFÉRICO-INDIVIDUAL	NODO CENTRAL-GRUPAL
ADVENTISTA	
Yo creo que salud es el equilibrio.	Cuando hablamos de salud pensamos en relacionar la mente, el cuerpo y el espíritu, y también, y ahí entran como a jugar, o sea, los valores, o sea, esa parte como de la moral.
Yo también lo tomaba como algo integral.	Cuando sabemos que no estamos atentando en contra de nuestra integridad.
La salud espiritual, pues yo pienso que es el hecho de tener una buena relación con Dios.	Somos saludables cuando estamos bien con los demás, tenemos una buena relación con ellos, pues sabemos manejar las situaciones.
Hay una cosa que a mí me parece muy importante en la salud espiritual y es que como seres humanos nosotros sabemos que espiritualmente hay muchas cosas en las cuales debemos mejorar, entonces relacionarse con Dios no es simplemente leer la Biblia, orar, es permitir que él me muestre qué debilidades tengo y cómo las puedo fortalecer.	Todo lo que nosotros hacemos cotidianamente, por ejemplo la alimentación.
Para mí es claro que cuando yo estoy orando, estoy estudiando la biblia.	Que nosotros tenemos remedios naturales es parte de la vida cotidiana que son: recibir aire, (...)
	Pero si nosotros no tenemos esa alegría, eso nos enferma.
Cuando yo me acepto tal cual soy, cuando acepto a los demás, cuando no doy cabida en mi mente a asuntos que me puedan a mi dañar, porque hay cosas en mi mente que yo puedo tomar y me pueden llevar a tener una enfermedad mental.	Cuando no nos duele nada.
Pues yo pienso que el concepto que nosotros tenemos de remedios naturales es parte de la vida cotidiana, que son: recibir aire, (...)	El sentirnos bien con nuestro cuerpo.
Yo pienso que cuando uno se siente bien es cuando considera que está saludable.	
Pues yo me siento saludable sinceramente cuando estoy feliz.	
Cuando no tengo problemas con nadie.	
Yo me siento saludable, cuando me estoy llevándome bien con todo el mundo.	
RED DE RADIOS	
Para mí salud es no sólo estar bien psicológicamente sino físicamente.	
Para mí salud esa palabra me remite es a estar bien en todo.	
Para mí, no, es igual a lo que dice Ana.	

SISTEMA PERIFÉRICO-INDIVIDUAL	NODO CENTRAL-GRUPAL
Para mí, más que una simple palabra es como una responsabilidad que tiene cada uno con su cuerpo y con su mente.	
Salud para mí es estar bien y procurar porque las otras personas conozcan también ese concepto de estar bien.	
CADELI	
Salud es bienestar y a través del bienestar se llega a condiciones óptimas /la salud me representa eso a mí/	Nosotros estamos hablando de las cosas cotidianas y nos estamos olvidando de algo muy indispensable, que es el descanso del cuerpo, y no hemos hablado de eso, nosotros hemos saturado el cuerpo de trabajo y el descanso dónde queda.
Para mí la salud es el estado óptimo de cada persona, el estado óptimo de cada persona (...)	Ponemos nosotros los drogadictos que sea conciente que es un enfermo que necesita ayuda, tal vez se dará cuenta, la drogadicción (...)
Para mí salud es el conocimiento de yo cuidar mi cuerpo.	Pero el diario vivir y más que todo nosotros, muchos de nosotros que hemos estado en la calle, sinceramente aprendemos que la salud es felicidad.
Yo tenía dos conceptos como de salud, el primero que aprendí en la casa de mis padres.	Normalmente los adictos tenemos una visión muy errada de lo qué es salud, pero cuando nosotros empezamos a despegar esa maraña que tenemos en el cerebro, comenzamos a ver las cosas de otra forma.
Para mí salud acá es estar en sobriedad, tener una paz interior, una tranquilidad, estar bien conmigo mismo.	Es que los ignorantes somos nosotros que no nos estamos dispuestos aprender sobre salud.
Para mí salud, salud es vivir en paz.	“antes de nosotros ser adictos a esto, manteníamos llenos de energía y vitalidad”.
Para mí salud es tener una paz interior, también igualmente estar bien con las personas que me rodean, igualmente.	Si nosotros no hubiéramos consumido drogas esa enfermedad no hubiera llegado a nosotros nunca, eso fue una enfermedad que nosotros mismos, la causamos hacia nosotros, (...)
GRAN BLANCO	
Para mí la salud, pues es como el bienestar de una persona, como que no tenga dolencias.	Cuando nosotros hacemos música eso es salud, porque ahí estamos liberando muchas cosas y muchas tensiones y muchas cosas, desfogue (...)
Yo creo que salud para mí es: estar bien espiritualmente y mentalmente.	También con lo que nosotros proyectamos porque nosotros nos proyectamos a nivel comunitario, nosotros ayudamos es a los barrios.
CEDECO	
Para mí salud es estar bien de pies a cabeza.	
Para mí salud, es estar bien y no tener ninguna enfermedad.	
Para mí salud es cuidarse mutuamente y quererse uno mismo	

Fuente: Algunos enunciados manifiestos por los jóvenes y las jóvenes de los diferentes grupos de la ciudad de Manizales.

En relación con el *nodo central* y el *sistema periférico* en el grupo Gipa, se encuentra que quienes participaron en los grupos de discusión y en la entrevista en profundidad hablan en el sistema periférico desde su experiencia con su grupo de origen (el laboral). Se evidencia un fuerte nodo central que comparten y que hace parte de lo periférico que traen para el grupo, como son las dimensiones biológica, madurativa y psicológica, además de los niveles de intervención desde la prevención hasta la rehabilitación. Asumen la salud como un estado de bienestar muy similar a la formulación de la OMS, pero también ven la salud desde el desarrollo de todas las capacidades del individuo.

A nivel central, encontramos que el grupo GIPA comparte un saber generado a través de sus múltiples trabajos con jóvenes, lo que ha incluido investigaciones donde encuentran un saber que denota una distancia entre lo que ellos y ellas creen y lo que los jóvenes y las jóvenes piensan (Ver tabla 3).

Gipa considera que la salud en la población juvenil está ligada a un proceso de autocuidado, determinado por el proceso de independencia creciente, que se acerca a su proceso de desarrollo evolutivo o madurativo.

De lo anterior, se puede concluir que, de acuerdo con Abric (2001), la evidencia del núcleo central debe permitir develar que este saber no puede ser cuestionado sin afectar la significación de la representación. En este sentido, los contenidos del núcleo central son recurrentes y se sostienen en el grupo, son consistentes, tienen un gran valor asociativo, por lo que se relacionan muchos otros elementos de la representación que cualquier elemento periférico. Por lo tanto, tienen un mayor grado de conexión. Finalmente, suelen estar muy presentes en los discursos respecto al objeto de la representación.

f. Fuentes de información en la configuración de las representaciones sociales en salud, de los jóvenes y las jóvenes

De acuerdo con Mariano, Ramos y Fernández (2001) la familia, las creencias religiosas, la etnia y los pares, influyen en la formación de las representaciones en salud de los jóvenes y las jóvenes, determinando sus prácticas en relación con la salud, puesto que generan sus propias señas de identidad diferenciadoras de su grupo social y de la cultura de la salud. Como se puede resaltar en esta investigación, en los jóvenes y las jóvenes de Manizales se dan similares fuentes; sin embargo resalta con gran precisión la calle como fuente de información, siendo algo evidente, como ya lo ha demostrado Silva (1997), y que para los autores clásicos de las representaciones sociales no está tan claro. Ellos hablan de cuatro fuentes, que ya se han anunciado, y cuando hablan de la población juvenil es de gran valor el sentido y el sentimiento que les produce la calle. Ésta es lugar de encuentro y desencuentro, es espacio donde se evidencia la ciudad entendida desde el punto de vista de la construcción imaginaria de lo que representa. “Ésta debe responder, al menos, por unas condiciones físicas naturales y unas físicas construidas; por unos usos sociales; por unas modalidades de expresión; por un tipo especial de ciudadanos en relación con los otros contextos, nacionales, continentales o

internacionales; una ciudad que hace una mentalidad urbana que le es propia” (Silva, 1997, p. 22). Esto es lo que los jóvenes y las jóvenes en su cotidianidad tratan de crear: una mentalidad urbana que les es propia a los Manizaleños.

La población juvenil ve la calle como el escenario donde se lleva la mayor parte de su vida cotidiana. En ella, la salud tiene una gran expresión, pues la reconocen como fuente de información. Los jóvenes y las jóvenes dicen que ven las campañas de salud en la calle (la de la vacunación, por ejemplo), y que los letreros de los programas de salud los recuerdan más en la calle que en los medios de comunicación.

g. Género y representaciones sociales

En las representaciones sociales que orientan la acción y la conversación de los jóvenes y las jóvenes en la ciudad de Manizales, se puede encontrar algunas diferencias marcadas por el género, como ya se ha dicho anteriormente. La principal diferencia se refiere a la forma de proyectarse a la sociedad. Para las mujeres es más evidente su proyección grupal y social que para los hombres quienes, pese a su orientación al otro, adoptan más una perspectiva individual. Mientras los hombres piensan en salud como el bienestar individual, —sentirse bien—, las mujeres hablan de sentirse bien pero con proyección social, sentirse y hacer sentir bien a los demás.

6. Conclusiones

✓ Las representaciones sobre la salud en los jóvenes y las jóvenes dependen de la madurez y la cohesión del grupo. Aquellos grupos con mayor trayectoria, que han tenido más tiempo de conversación, han construido núcleos representativos más sólidos y están dotados de elementos de lectura y acción más estables. En este sentido, puede recomendarse decididamente, a partir de este estudio, el incentivo de la conformación de grupos juveniles alrededor de actividades convocantes de la cultura, es decir, las representaciones sociales.

✓ Comúnmente, las fuentes de información que se describen tienen que ver con la vivencia de las personas, con lo que piensan, con la comunicación social y con la observación; con los conocimientos adquiridos a través de medios formales, tales como las lecturas, la profesión y los medios de comunicación de masas. Sin embargo, en los jóvenes y las jóvenes de Manizales, se puede encontrar otras fuentes importantes para ellos en la configuración de sus representaciones, como son: la familia, las instituciones, los grupos de amigos y la calle.

✓ Los jóvenes y las jóvenes adjudican varias dimensiones a su concepción de la salud, como la emocional, la espiritual, la moral, la mental y la corporal, lo que supera el concepto de la OMS, que plantea “un estado de equilibrio físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad”. Los jóvenes y las jóvenes asumen tres dimensiones más: la espiritual, la moral y la emocional, que no pueden reducirse simplemente al aspecto mental enunciado por la OMS,

puesto que éstas tienen una dimensión social, ética y de proyección al otro.

✓ Adosado al concepto de bienestar, surge el de salud como paz, frente a lo cual los jóvenes y las jóvenes ponen de manifiesto la salud individual y colectiva, pero cuando representan la salud colectiva hablan de la paz como un símil para la salud individual (la salud es al individuo como la paz es a la sociedad). Por esto, piensan que las enfermedades de la sociedad son la corrupción, la falta de credibilidad en las instituciones y la guerra.

✓ Para los jóvenes y las jóvenes, el trabajo significa independencia porque otorga los medios para vivir sin el amparo de la familia, de manera que ésta se convierte en refugio afectivo y emocional más que en respaldo económico. El trabajo significa libertad, porque de él parte la posibilidad de acción en el mundo. El trabajo significa manejo del tiempo, porque ordena la vida. El trabajo significa rescate personal porque desde él se obtienen intereses que el ocio no otorga. El trabajo significa proyección a la sociedad porque vincula la acción individual con el mundo institucional y colectivo por los beneficios, los efectos y los saberes. Y el trabajo es fuente esencial de conocimiento, de manera que cada persona adquiere su experiencia y su saber en la actividad laboral.

Lista de referencias

- Abric, J. C. (2001). A structural approach to social representations. In: K. Deaux & G. Philogène. *Representations of the social*. USA: Blackwell Publishers Ltda.
- Alcaldía de Manizales & Secretaría de Salud y Seguridad Social (2002). *Situación de salud en Manizales. Indicadores básicos*. Manizales, Colombia: Alcaldía de Manizales.
- Alpizar, L., Bernal, M. (2003). “La construcción social de las juventudes”. *Última década*, No. 19, Pp.1-20.
- Banchs, M. A. (2000). “Aproximaciones procesuales y estructurales al estudio de las representaciones sociales”. *Paper on social representations. Textes sur les représentations sociales*. Vol. 9, pp. 31-35.
- Canguilhem, G. (1978). *Lo normal y lo patológico*. México, D. F.: Siglo Veintiuno.
- Clémence, A. (2001). Social positioning and social representations. In: K. Deaux & G. Philogène. *Representations of the Social*. USA: Blackwell Publishers Ltda.
- Congreso de la República de Colombia (1991). Constitución Política de Colombia. Bogotá: Legis. Informaciones y Soluciones.
- Feixa, C. (2005). Generación XX. Teorías sobre la juventud en la era contemporánea. *Re-vista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 4 (2), pp. 21-45.
- Feixa, C. (1995). El reloj de arena. México, D. F.: Causa Joven.
- Franco, S. (1992). Violencia, derechos humanos y salud. En: A. Cardona.

- Salud y Sociedad*. Bogotá: Zeus Asesores Ltda. 1ª ed.
- Gaertner, W. (1996). Comentario a “Capacidad y bienestar”. En: M. Nussbaum & A. Sen. *La calidad de vida*. México, D. F.: Fondo de Cultura Económica.
- Herzlich, C. & Pierret, J. (1988). De ayer a hoy: construcción social del enfermo. *Cuadernos Médico Sociales* (43), pp. 21-30.
- Jodelet, D. (1986). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En: S. Moscovici. *Psicología Social 2*, pp. 469-494. Barcelona: Paidós.
- Jodelet, D. (1997). *Seminario de Representaciones Sociales*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la salud.
- Krauskopf, D. (2000). *Participación Social y Desarrollo en la Adolescencia*. San José, Costa Rica: UNFPA. 2a edición.
- Krippendorff, K. (1997). *Metodología de análisis de contenido. Teoría y práctica*. Barcelona: Paidós.
- Maddaleano, M., Morello, P. & Infante, F. (2003). Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década. *Salud Pública*, 45, pp. 132-139.
- Mariano, H., Ramos, M. & Fernández, A. (2001). *Salud y juventud*. Andalucía, España: Escuela Andaluza de Salud Pública, Consejo de la juventud de España. Recuperado el 8 de agosto de 2003, de <http://www.cje.org>
- Moscovici, S. (1986). *Pensamiento y vida social, psicología social y problemas sociales*. Psicología social II. Barcelona: Paidós.
- Muñoz, G. (2003). *Juventud o juventudes*. Trabajo presentado en el marco del seminario de Doctorado en Ciencias Sociales Niñez y Juventud de la alianza Cinde-Universidad de Manizales. Noviembre. Manizales.
- Naciones Unidas, Distrito General & Consejo Económico y Social (2003). *Comisión de Derecho Especial. Informe sobre la juventud mundial*, p. 3-10. Recuperado el 3 de abril de 2003, de <http://www.daccessdds.un.org/doc>.
- Organización Mundial de la Salud & Organización Panamericana de la Salud (2001). *La juventud colombiana en el naciente milenio. Demografía*. Recuperado el 20 de julio de 2003, <http://www.col.ops oms.org/juventudes/situación/demografía.html>.
- Pierret, J. (1993). Constructing discourses about health and their social determinants. In: A. Radley. *World of illness*. London and New York: Routledge.
- Philogène, G. (2001). *A theory of methods*. In: K. Deau & G. Philogène. *Representations of the Social*. USA: Blackwell Publishers Ltda.
- Quevedo, E. (1992). La cultura desde la medicina social. *Cultura y Salud en la Construcción de las Américas*. Bogotá: Ican-Colcultura.
- Quintero, M. & Ruiz, A. (2004). ¿Qué significa investigar en educación? Bogotá: Universidad Distrital Francisco José de Caldas. 1ª ed.
- Reguillo, R. (2003). *Ciudadanías juveniles en América Latina. Última década* (19), pp.1-20.

- República de Colombia (1997). *Ley de la Juventud en Colombia. Ley número 375 del 4 de julio de 1997. Publicación del Diario Oficial 43079 del 9 de julio de 1997.*
- Rodríguez, E. (2001). *Documento de trabajo presentado en el taller sobre las políticas públicas de juventud: su formulación e implementación.* Organizado por el programa pre-sidencial Colombia Joven de la Presidencia de la República. Bogotá.
- Rodríguez, G., Gil, J. & García, E. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa.* Málaga: Aljibe.
- Ruiz, J. (2001). *Avances en medición y evaluación en psicología y educación.* Bogotá: Aula pedagógica. Universidad del Bosque.
- Sen, A. (2000). *Desarrollo y libertad.* Bogotá: Planeta. 3ª ed.
- Silva, A. (1997). *Imaginario urbano. Cultura y comunicación urbana.* Bogotá: Tercer Mundo. 3ª ed.
- Suárez, R. (2001). *Salud-enfermedad: una categoría a repensar desde la antropología.* En: R. Suárez (comp.). *Reflexiones en salud: una aproximación desde la antropología.* Bogotá: Universidad de los Andes.
- Torres, T. M. (2004). *Sangre y azúcar: Representaciones sociales sobre la diabetes de los enfermos crónicos en un barrio de Guadalajara.* Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Viveros, M. (1993). "La noción de representación social y su utilización en los estudios sobre salud y enfermedad". *Revista Colombiana de Antropología*, 30, pp. 237-260.

Referencia

María del Carmen Vergara Quintero, "Representaciones sociales sobre salud, de algunos grupos de jóvenes de Manizales, Colombia", *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, Manizales, Doctorado en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud del Centro de Estudios Avanzados en Niñez y Juventud de la Universidad de Manizales y el Cinde*, vol. 7, núm. 1, (enero-junio), 2009, pp. 105-133.

Se autoriza la reproducción del artículo, para fines no comerciales, citando la fuente y los créditos de los autores.
