

Representaciones sociales en salud
que orientan la experiencia de vida
de jóvenes en la ciudad de Manizales

Informe de tesis doctoral

María del Carmen Vergara Quintero

REPRESENTACIONES SOCIALES EN SALUD QUE ORIENTAN LA EXPERIENCIA DE
VIDA DE ALGUNOS GRUPOS DE JÓVENES DE LA CIUDAD DE MANIZALES.

Por

MARÍA DEL CARMEN VERGARA QUINTERO

Tutor

JAVIER SÁENZ OBREGÓN

DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES NIÑEZ Y JUVENTUD

CENTRO DE ESTUDIOS AVANZADOS EN NIÑEZ Y JUVENTUD

UNIVERSIDAD DE MANIZALES - CINDE

Organismos Cooperantes: Universidad Autónoma de Manizales, Universidad de
Caldas, Universidad Nacional, Universidad de Antioquia, UNICEF, Universidad
Central y Universidad Nacional de Colombia

Manizales, 2006

0. TABLA DE CONTENIDO

0.	TABLA de contenido.....	3
1.	PRESENTACIÓN.....	7
2.	El Problema	11
2.1.	Importancia del tema	11
2.2.	El concepto de salud.....	14
2.3.	Las representaciones sociales.....	16
2.4.	Formulación del problema de investigación	18
2.5.	Objetivos.....	19
2.5.1.	Objetivo General	19
2.5.2.	Objetivos Específicos	19
2.6.	Delimitación y bases metodológicas de la investigación.	19
2.6.1.	Fase de descripción.....	19
2.6.2.	Fase de interpretación.....	20
2.6.3.	Fase de construcción teórica.....	20
2.6.4.	Momento descriptivo.....	21
2.6.5.	Momento Interpretativo	22
2.6.6.	Momento de construcción de teoría.....	22
3.	REPRESENTACIONES SOCIALES	25
3.1.	Fenómenos, conceptos y teorías	25
3.1.1.	Representaciones sociales.....	25
3.1.2.	Formación de las representaciones sociales	27
3.1.3.	Características fundamentales de las representaciones sociales.....	28
3.2.	Procesos y mecanismos del cambio representacional.....	29
3.2.1.	Condiciones para la formación de una representación social.....	29
3.3.	Representación social y dominios del conocimiento social	32

3.3.1.	El contenido de la representación social.....	32
3.3.2.	Estructura de la representación social.....	32
3.4.	Conocimiento científico VS conocimiento social cultural.....	34
3.5.	Construcción social de la realidad.....	38
3.6.	La construcción de grupos y sus objetos.....	39
3.6.1.	Aspecto pragmático.....	39
3.6.2.	Aspecto social.....	39
3.6.3.	Co–construcción.....	40
3.7.	Las dimensiones del conocimiento.....	41
3.8.	Representación social y comunicación.....	42
3.9.	Actitudes y representaciones sociales.....	44
4.	Tres concepciones históricas del concepto salud-enfermedad.....	48
4.1.	Concepción tradicional.....	49
4.2.	Concepción moderna.....	52
4.3.	Concepción Posmoderna.....	54
5.	LA JUVENTUD Y LOS JÓVENES.....	56
5.1.	Juventud como dato sociodemográfico.....	59
5.2.	Juventud como etapa del ciclo biológico.....	59
5.3.	Juventud como momento clave para la integración social.....	60
5.4.	El joven como agente de cambio.....	60
5.5.	Juventud como problema de desarrollo.....	61
5.6.	Juventud y generaciones.....	62
5.7.	Juventud como construcción sociocultural (juventudes).....	62
6.	METÓDICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	64
	Sujetos.....	64
	Cadelí.....	65
	Gran Blanco.....	66
	Cedeco.....	66

Red de Radios	67
Universitario Adventista del séptimo día	67
GIPA	68
Tipo de estudio	69
6.1.1. Unidad de trabajo	69
6.1.2. Unidad de análisis	70
6.1.3. Instrumentos	70
7. RESULTADOS	72
7.1. Caracterización sociodemográfica	72
7.2. Conocimientos, creencias, actitudes, prácticas y sentires	78
8. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	114
8.1. Salud como expansión del bienestar real	116
8.2. El trabajo como capacidad humana de los jóvenes para estar y sentirse con salud	121
8.3. Salud, violencia y derechos humanos (salud es paz)	126
8.4. Sistema periférico y nodo central construido por los jóvenes en relación con la salud	133
8.5. Fuentes de información en la configuración de las representaciones sociales en salud de los jóvenes	140
8.6. Género y representaciones sociales	142
9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	144
9.1. Las representaciones	144
9.2. Fuentes de información	145
9.3. Salud y complejidad	146
9.4. Salud y trabajo	148
9.5. El método	149
10. Referencias	150
11. ANEXOS	156
11.1. Anexo 1. Encuesta	156

11.2.	Anexo 2. Protocolo para los grupos de discusión.....	158
11.3.	Anexo 3. Protocolo de entrevista semiestructurada a profundidad	161

1. PRESENTACIÓN

Ey, ey, eres tu, el rey
Amaneció bajo las alas de la muerte,
de la muerte ...
Aquellos brazos de hombre que laten
tan fuerte, fuerte.
Todavía le late el alma, el corazón no lo siente,
no lo siente...
Y vuela, vuela, vuela.
Canción actual de reguetón

Un interés personal de mucho tiempo es el primer impulso para definir el tema de mi trabajo. Es una curiosidad que me ha acompañado durante años, relacionada con las diferentes concepciones que maneja la gente en relación con la salud. Siempre he creído que cuando se formulan programas o políticas de juventud hay una concepción teórica en la base de estas formulaciones. Es como si, a través de los años, la gente desarrollara su propio bagaje de conocimientos a partir de sus experiencias, o como si ese bagaje lo hubieran obtenido de su entorno cultural, o posiblemente, ambas cosas.

El hecho es que uno puede observar diversas tendencias elaboradas por importantes teóricos expresadas de manera sorprendente en la vida cotidiana por personas que no han tenido acceso jamás a esas teorías. Y pareciera que las interpretaciones de lo que perciben y sienten sobre la salud llevaran a vivir diferentes realidades en todas las personas. En todo caso, para los ojos de la investigadora, estos saberes constituyen formas valiosas de información para aproximarse a sus mundos y a sus pensamientos.

Por otra parte, la profesional que también soy, ha querido encontrar un hilo conductor entre la formulación de las políticas y las necesidades, intereses y expectativas de la población. Los jóvenes, a quien a diario vemos desde nuestro palco de adultos, se suelen percibir como personas en riesgo, con una alta vulnerabilidad hacia la presencia de enfermedades de transmisión sexual, embarazos de adolescentes, una cierta tendencia por el consumo de sustancias psicoactivas y una cercanía pavorosa con la violencia. Y las políticas formuladas por los adultos res-

ponden más a sus miedos y saberes que a las necesidades sentidas por los jóvenes.

En efecto, las políticas en salud no se han formulado tomando en cuenta la mirada desde los jóvenes o al menos una concertación entre la visión adultocéntrica tradicional enmarcada por la definición de la OMS y la visión juvenil que permanece en el silencio. Esto me ha permitido cuestionarme acerca del bajo impacto que se ha logrado en la salud de los jóvenes, debido posiblemente a que las políticas se formulan desde una visión adulta.

De acuerdo con el Foro de Juventud de Naciones Unidas (2000), 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 como diseñadores de estrategias y políticas dirigidas a satisfacer sus necesidades específicas.

Asimismo, el informe del programa mundial formulado por el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (2003), dice que para lograr los resultados propuestos en el área de salud se hace necesario que se incluya la evaluación de necesidades, expectativas e intereses de los jóvenes para la preparación, ejecución y valoración de políticas que den respuestas sanitarias apropiadas, eficaces y eficientes.

En este sentido, esta profesional, preocupada por hallar respuestas a mi interrogante, un poco angustiada, ha decidido abordar la problemática a través de las representaciones sociales que tienen los jóvenes con relación a la salud en el presente trabajo, para encontrar propuestas que ayuden a generar un mayor impacto en la salud de los jóvenes de Manizales.

En lo referente al proceso institucional, yo formaba parte, entre los años de 1994 y 1998, de un grupo con proyección de trabajo comunitario en la Universidad Autónoma de Manizales, cuyos participantes nos hallábamos convencidos de que la educación y la formación de líderes comunitarios era esencial para la transformación de estilos de vida, que permitieran ayudar a construir poblaciones sanas. No obstante, después de 5 años de realizar proyectos de investigación y desarrollo, pude evidenciar un impacto mínimo en los cambios de morbilidad. Y creí percibir que la causa de este fracaso se debía a que estábamos transmitiendo los conceptos que el grupo consideraba eran los acordes a lo que la población necesitaba, pero jamás consultábamos a esa población sobre lo que ella creía que necesitaba y sobre lo que pensaba de la salud.

Hoy, después de haber intentado obtener mejores respuestas en la formulación de las políticas de salud, tan cuestionadas y tan poco eficaces, en las cuales he

procurado aportar de acuerdo con mi formación en la maestría de administración en salud, me doy cuenta de que debo buscar la respuesta a los problemas de dichas políticas en su formulación desde una mirada que aún sigue siendo vertical y donde todavía se sigue negando la participación juvenil y no se ponen de manifiesto sus representaciones en relación con la salud.

En la actualidad, además de mi práctica como investigadora del Observatorio de Juventud de Caldas y docente de investigación en la Universidad Autónoma de Manizales, en el departamento de salud oral, para el programa de Odontología, me encuentro asesorando el proceso de evaluación y revalidación de la política pública de juventud de Caldas. Desde esta perspectiva, el abordaje de este estudio responde a un interés que trasciende lo académico, y que espera poner en juego las voces de los jóvenes en las decisiones sobre su futuro en el mejoramiento de sus condiciones de vida.

Son las representaciones de los jóvenes sobre la salud, por tanto, la fuente de un saber que falta en las políticas y el interés de mi trabajo se centra en dichas representaciones. Creo con firmeza que es la forma en que puedo aportar para que las políticas sean eficientes y logren responder con los escasos recursos existentes a las necesidades que los jóvenes sienten, desde sus miradas y desde sus mundos.

El objetivo de mi trabajo es, pues, lograr una aproximación y una metodología que ayude a comprender las representaciones que tienen los jóvenes en relación con la salud, de tal forma que nos permita acercarnos a sus conocimientos, saberes, significaciones, y a las formas de concebir e interpretar su realidad, con el fin de incorporar en las políticas su visión y sus intereses.

Esta investigación parte del supuesto de que los jóvenes manejan gran cantidad de información, formal e informal, que influye en la construcción de las creencias, conceptos, actitudes, valores, y en las prácticas que desarrollan en todos los ámbitos de la vida. Igualmente, se parte de la percepción de las tensiones y discrepancias entre la información que reciben, las normas y valores culturales, la presión de pares y otros acontecimientos del entorno que afectan los hábitos de salud de los jóvenes.

En síntesis, la inquietud que genera esta investigación parte del convencimiento de que es necesario escuchar la voz de los jóvenes para tener una visión integral de sus problemas y sus demandas de atención.

Esto no hubiera sido posible sin la participación de los jóvenes de Manizales, y los profesionales del grupo GIPA, quienes, con su tiempo y buena disposición, me permitieron acceder a la privacidad de sus vidas. Para ellos, mi más profundo agradecimiento.

Mi reconocimiento a los tutores: Doctora María Cristina García quien me ayudó a configurar inicialmente el proyecto y al Doctor Javier Sáenz por su constante apoyo. También a los lectores de la tesis que colaboraron con sus aportes en diferentes momentos del desarrollo del trabajo: Doctora Teresa Margarita Torres (evaluadora internacional–México), el Doctor César Abadía Barrero (evaluador nacional), Doctora Patricia Noguera (evaluadora nacional) y a Darío Ángel, lector atento.

Y siempre a mi familia por su constante aliento, ya que sin su apoyo y acompañamiento en el largo recorrido no hubiese llegado a buen fin.

La presente investigación ha sido realizada con el propósito de optar por el título de Doctora en Ciencias Sociales Niñez y Juventud del Centro de Estudios Avanzados en Niñez y Juventud de la Universidad de Manizales y el CINDE.

2. EL PROBLEMA

Es mejor ser rico y sano
que pobre y enfermo.

Kid Pambelé

2.1. Importancia del tema

La salud de los jóvenes relacionada con su actividad cotidiana es un asunto de especial interés para los investigadores sociales, pues los accidentes de tránsito, el SIDA, los problemas de salud ligados a la sexualidad, el consumo y el abuso de drogas y la conducta alimentaria, son ejemplos de la diversidad y de la variedad de los determinantes de la salud de los jóvenes. La susceptibilidad de la juventud al impacto de los cambios sociales, culturales y a factores de riesgo para la salud, les convierte en un grupo poblacional de interés para la formulación de políticas y programas en salud pública.

Los formuladores e investigadores de políticas y programas para la juventud se encuentran hoy interesados en los acontecimientos y efectos del binomio salud y juventud, ya que es uno de los grupos poblacionales más vulnerable, con mayor riesgo o probabilidad de ser afectado por los cambios o permanencia de situaciones externas-internas. La juventud es particularmente frágil e indefensa ante cambios originados en el entorno, como el desamparo institucional del Estado que no contribuye a fortalecer ni a cuidar sistemáticamente a los jóvenes, y al interior de dicha población existe la debilidad para afrontar los cambios necesarios por sí misma.

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

Desde la celebración del Año Internacional de la Juventud en 1985, se ha avanzado notoriamente en el diseño, implementación y evaluación de políticas y programas de juventud en América Latina. Sin embargo, aún no es notoria la partici-

pación de los jóvenes, como agentes activos con posibilidad de hacer parte de la toma de decisiones.

De acuerdo con el Foro de Juventud de Naciones Unidas (2000), 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 como diseñadores de estrategias y políticas dirigidas a satisfacer sus necesidades específicas.

En una sociedad adultocéntrica, la situación de salud de los jóvenes es grave, como lo refleja el creciente número de muertes y de incapacidades parciales o permanentes. Estas están relacionadas con el fácil acceso a modelos violentos, dado que sus vidas se suceden en un mundo cotidiano cargado de contextos violentos, la cantidad progresiva de embarazos de adolescentes, los abortos, las enfermedades de transmisión sexual y el VIH-SIDA, así como los problemas vinculados a salud mental, el consumo de drogas lícitas e ilícitas, lo que conlleva a que los jóvenes no ejerzan 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 salud. Específicamente, en esta última, se recomienda la participación de los jóvenes 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.

Promover la buena salud de los jóvenes depende en gran medida de la posibilidad de brindar información y desarrollar con ellos conocimientos que les permita afrontar la vida de una forma crítica, la capacidad para abordar su sexualidad con responsabilidad, la formación de criterios y opiniones a partir de su propia experiencia y respecto a sus propias culturas, el desarrollo de su sana autoestima, la regulación de sus emociones y sentimientos y la competencia para soportar la presión, así como la posibilidad de conocer desde su propia experiencia vital relaciones con la salud y cómo las interpretan, las viven y las comprenden.

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 entre 10 y 24 años, dentro de la cual se distinguen tres grupos de edad: 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.

Por su parte, 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: 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 América Latina, había más de cien millones de jóvenes en 1998. El Fondo de Población de las Naciones Unidas hace un llamado en su informe sobre población mundial (1998) sobre la existencia en la actualidad de la generación de jóvenes más numerosa de la historia. En Colombia, para el año 2000, se estimó una población de 42.321.386 habitantes. De éstos, 29.6% se encuentran entre 10 y 24 años; en el área urbana habita el 71 % y el restante 29% en el área rural. En las ciudades, el grupo más grande es el de adolescentes entre 15 y 19 años con 10.4% del total de la población, mientras que en el campo, la mayor proporción está entre 10 a 14 años, que corresponde a un 11.5 % del total de la población.

En Manizales, viven 143.909 jóvenes entre 10-29 años que corresponden al 37% del total de la población. De estos, 72.892 son adolescentes considerados entre 10 y 19 años (Secretaría de Salud y Seguridad Social del Municipio de Manizales, 2002). 38.347 están en la franja entre los 10 a los 14 años, 34.545 de 15 a 19, 36.506 de 20 a 24 y 34.945 de 25 a 29 años. El 50% de la población juvenil son 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 20 a 24 años, seguido de 21.3% entre los 15 y los 19 años.

A finales de 1994, el programa de promoción y atención integral en salud al adolescente de la Secretaría de Salud y Seguridad Social de Manizales, desarrolló un diagnóstico situacional y un inventario de propuestas sobre la población adoles-

cente y joven de la ciudad, cuyos resultados quedaron incluidos en el Plan de Desarrollo Municipal 1995-1998.

Los resultados más relevantes del diagnóstico fueron: bajo rendimiento escolar, disfunción familiar, trastornos del comportamiento, aspectos relacionados con el crecimiento y desarrollo normal, salud sexual y reproductiva, y salud oral. Para ambos sexos, las lesiones derivadas de la violencia y los accidentes aparecían como la causa más frecuente de consulta en los servicios de urgencias, y la mortalidad en hombres estaba caracterizada por homicidios, accidentes de tránsito, ahogamiento, accidentes y suicidios. En las mujeres, lo más común era homicidio, accidentes de tránsito, suicidio, enfermedades del corazón, leucemia y epilepsia. En 1993, la mortalidad alcanzó en el grupo de 10 a 19 años, una tasa de 83.6 por 100.000 habitantes (PAISALUD, 1995, citado en el Balance Social Juventud Manizales, 2000).

A continuación, analizaremos elementos de relación entre las concepciones y representaciones sociales sobre salud de los jóvenes y las políticas públicas en salud, a partir de algunos estudios. Iniciamos con aspectos relacionados con el concepto y la perspectiva de salud, que son expuestos de manera general y que serán desarrollados más adelante.

2.2. El concepto de 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 que la gente usa para interpretar sus relaciones con el orden social (Herzlich 1984, citado por Suárez, R.). Estos conceptos han evolucionado y hoy se entiende la salud como un recurso para la vida y no 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, H; Ramos, M. y Fernández. A. 2001).

Conocer el estado de salud de los individuos es estudiar los diferentes determinantes relacionados con la biología de la persona, 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, H; Ramos, M. y Fernández. A. 2001).

La familia, las creencias religiosas, la etnia y los pares influyen en la formación de las creencias sobre la salud de los jóvenes (Salazar, 2000, citado por Mariano, H; Ramos, M. y Fernández. A., 2001), y determinan la construcción de estilos de vida en relación con la salud, ya que generan sus propias señas de identidad diferenciadoras de su grupo social y cultura de la salud. En estos contextos, la salud de los jóvenes 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.

En relación con la política pública, Mariano, Ramos y Fernández (2001) plantean que los programas de salud dirigidos a los jóvenes deben partir del respeto a los principios de equidad, interviniendo donde hay situaciones de desventaja social; heterogeneidad, teniendo en cuenta la diversidad de jóvenes y sus múltiples actividades; integralidad, en distintos aspectos de la vida de los jóvenes y la salud; y participación, con la inclusión de los propios jóvenes, individual y colectivamente, para que sean sus propias claves las que definan las intervenciones.

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. Una forma de lograrlo es conocer, interpretar y comprender la salud a través de las representaciones sociales.

Los estudios sobre salud y enfermedad pueden ser abordados de diversas formas, según el punto de vista desde el cual se parta, ya que la visión de los profesionales del *sector salud* no tiene que ser necesariamente la misma de la comunidad en general, del enfermo y su familia. Para considerar las diferentes perspectivas, se cuenta con la propuesta de varios autores que llaman la atención sobre las diversas connotaciones que puede tener el concepto de salud-enfermedad (Eisenberg, 1977; Kleinman, 1980; Helman, 1990). Dichas connotaciones se toman de tres palabras utilizadas para designar fenómenos interrelacionados pero diferentes: patología (*disease*), padecimiento (*illness*) y enfermedad (*sickness*). La patología define el mal funcionamiento de procesos biológicos o psicológicos y designa las anormalidades funcionales o estructurales de base orgánica (Kleinman, 1980). La enfermedad alude a las dimensiones sociales de la persona, en donde se insertan los procesos de la patología y a sus articulaciones ideológicas, sociopolíticas y económicas (Comelles y Martínez, 1993). Y el padecimiento incluye procesos de atención, percepción, respuesta afectiva, cognición y valoración directa ante la enfermedad y sus manifestaciones (Kleinman, 1980).

Los diversos estudios que se han realizado sobre los procesos salud-enfermedad son abordados desde dos perspectivas: una es el punto de vista externo o *ética*; y la otra se refiere a los sujetos que padecen la enfermedad o *émica*. El segundo punto de vista permite explicitar la experiencia subjetiva de vivir con salud o enfermedad (Conrad, 1987). Desde la antropología, tal aspecto se ha llamado el punto de vista *émica*¹, palabra con la que se 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.

La aproximación metodológica centrada en los actores constituye uno de los rasgos diferenciales del enfoque antropológico respecto del biomédico. Además, la acuñación de los conceptos salud y enfermedad permite dar la palabra a los sujetos sociales, y supone que ese dar la palabra no implica sólo escucharlos, sino asumir que es una palabra válida (Menéndez, 1997). Un creciente interés se presenta en la actualidad por la perspectiva émica de la salud. Interesa conocer el punto de vista de la gente que no cuenta con formación académica en el campo de la salud, que solían designarse como profanos o legos. Se destacan estudios al respecto de sus ideas, significaciones, experiencias y representaciones en el área (Good, 1977; Conrad, 1987; Herzlich y Pierret, 1988).

En la actualidad, hay un interés creciente por estudiar el concepto de salud desde el punto de vista de la *gente común* ya que se le otorga un nuevo valor al sentido común sobre la salud. Algunos autores se refieren a este concepto como *la nueva conciencia de la salud*, que determina en gran medida estilos de vida y otras conductas en salud (Pierret, 1993). A esto se agrega el reconocimiento que la experiencia individual de la enfermedad y de la salud, y la concepción que los *profanos* tienen de ella, no son separables del conjunto de los fenómenos macrosociales (Herzlich y Pierret, 1988).

2.3. Las representaciones sociales

De las diversas líneas de aproximación que incorporan las preocupaciones descritas, una es el estudio de las *representaciones sociales*. Estas son entendidas como los conocimientos específicos y los saberes del sentido común que orientan la ac-

¹ En el campo de la antropología la diferenciación de los conceptos émico y ético hace referencia al punto de vista del investigador. La visión émica o “visión desde dentro”, permite acceder a información que se encuentra más allá de las apariencias que presentan las pautas de interacción, las costumbres y las creencias, lo cual permite entender el sentido que éstas pueden tener para la gente que las vive. En contraste, el término ético designa la “visión desde afuera” (Rossi y O’Higgins, 1981).

ción, la comunicación y la comprensión del entorno social, material o ideal (Jodelet, 1986). Esto lleva a resaltar tres condicionantes de las representaciones sociales que para este estudio son importantes. Estos son el contexto, el género, y las fuentes de información sobre las cuales se conforma el tipo de representación.

El contexto resulta de particular interés, puesto que hay una estrecha relación entre las representaciones sociales y ciertos factores estructurales, tales como los lugares o estatus socialmente definidos. Una representación social no puede pensarse como una abstracción desconectada de estructuras sociales concretas (Ibáñez, 1994). Otros aspectos sociales considerados son los bagajes culturales y los códigos, los valores y las ideologías relacionadas con las posiciones y los sistemas de adscripción y pertenencia (Jodelet, D.1986).

El contexto social determina en gran medida el tipo de materiales sobre los cuales se constituyen los contenidos de la representación social. La mayor parte de estos materiales provienen del fondo cultural acumulado en la sociedad a lo largo de la historia. Este fondo cultural circula a través de toda sociedad bajo la forma de creencias compartidas, de valores considerados como básicos, de referencias históricas y culturales que conforman la memoria colectiva y constituyen la identidad de las comunidades (Ibáñez, 1994).

La segunda de las condiciones está determinada por el género y resulta igualmente de importancia crucial, ya que esta determinación marca diferencias respecto del rol social. Las representaciones sociales varían de un sexo a otro debido a las diferencias en los papeles que se encarnan y a las situaciones sociales implicadas, entre las cuales se pueden mencionar las relaciones de poder, la inserción laboral y los contactos sociales. Estas diferencias condicionan los significados y la interpretación de las manifestaciones y efectos de un padecimiento. Además, condicionan el acceso y la selección de información sobre la salud y la enfermedad, como consecuencia de las representaciones sociales.

El tercer condicionante se refiere principalmente a cuatro fuentes de información para la configuración de las representaciones sociales. La primera se relaciona con la vivencia de las personas; la segunda a su pensamiento; la tercera es la comunicación social y la observación; y la cuarta, son los conocimientos adquiridos a través de medios formales, tales como las lecturas, la profesión, y los medios de comunicación de masas. Estos últimos han tenido una función importante en la vulgarización de los conocimientos científicos, puesto que las representaciones funcionan como sistemas de conocimiento favorables o desfavorables a la asimilación del conocimiento científico o técnico (Jodelet, D. 1997).

La revolución de las comunicaciones, primero a través de los libros y los periódicos y luego a través de los medios audiovisuales, ha permitido la difusión de imágenes, nociones y lenguajes que la ciencia inventa incesantemente. Estos se convierten en parte integrante del bagaje intelectual de las audiencias. Es un conocimiento de segunda mano que se extiende y establece constantemente nuevos consensos de acuerdo con los descubrimientos realizados y las teorías propuestas (Moscovici y Hewstone, 1986).

2.4. Formulación del problema de investigación

No existen en Colombia estudios que permitan comprender las representaciones que tienen los jóvenes en relación con la salud de tal forma que nos acerquen a sus conocimientos, saberes, significaciones, y a las formas de concebir e interpretar su realidad, con el fin de lograr una interpretación 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.

Esta investigación parte del supuesto de que los jóvenes manejan gran cantidad de información formal e informal que influye en la construcción de las creencias, conceptos, actitudes, valores, y prácticas que desarrollan en todos los ámbitos de la vida, igualmente, se parte del planteamiento de que existe una serie de tensiones y discrepancias entre la información que reciben los jóvenes, las normas y valores culturales, la presión de pares y otros acontecimientos del entorno que afectan los hábitos de salud de los jóvenes. Por otro lado, que los intereses encontrados entre la salud pública y el mercado producen discursos contradictorios, e igualmente, que las políticas de salud para los jóvenes han sido formuladas desde una visión adulta alejada de los intereses de los mismos.

Según lo anterior, esta investigación **busca comprender las representaciones sociales de salud de los jóvenes, lo que implica ahondar en las relaciones entre las características de los jóvenes 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 sienten y viven en salud.**

2.5. Objetivos

2.5.1. Objetivo General

Comprender las representaciones sociales de salud que tienen algunos grupos de jóvenes de la ciudad de Manizales.

2.5.2. Objetivos Específicos

- a- Identificar y describir las representaciones sociales que tienen los 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 en relación con la salud.
- d- Analizar y comprender las fuentes de información que utilizan los jóvenes para la construcción de las representaciones sociales en salud.
- e- Analizar las continuidades y discrepancias entre las representaciones sociales en salud que tiene el grupo interinstitucional para el trabajo con el adolescente (GIPA) de la ciudad de Manizales y las representaciones sociales que tienen los jóvenes de la ciudad.

2.6. Delimitación y bases metodológicas de la investigación.

El proceso de investigación del presente trabajo implica la retroalimentación de tres momentos: la descripción, la interpretación y la construcción teórica. Estos momentos se constituyeron en los ejes articuladores de diálogo con los actores.

2.6.1. Fase de descripción

Tiene 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 permite reconocer, por una parte, la composición de los grupos y un análisis sintáctico y semántico de los enunciados hechos por los jóvenes en sus discursos. Esta información se contextualiza para lograr un nivel metatextual inicial, al contrastar el texto y el contexto con la literatura existente, como lo

propone el análisis de contenido según Krippendorff, K. (1997); Navarro, P; Diaz, C. (2000); Ruiz, J. (2001) y Quintero, M; Ruiz, A. (2004).

Como resultado de este proceso de descripción, se obtiene la identificación de tendencias conceptuales y categorías que ha permitiendo desarrollar la identificación y significación de los textos sociales, y que se constituye en una argumentación de carácter descriptivo que puede favorecer el progresivo autorreconocimiento de los actores.

2.6.2. Fase de interpretación

Permite la recontextualización del fenómeno con base en la construcción de las relaciones que se expresaron en hipótesis cualitativas iniciales y que constituye, al mismo tiempo, una nueva necesidad de comprobación con los jóvenes, pues hacen posible el desarrollo de las tendencias identificadas entre las categorías y los contextos sociales y culturales, así como la construcción de categorías axiales.

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

2.6.3. Fase de construcción teórica

El proceso de comprensión articula las argumentaciones en ejes de carácter simbólico y abstracto en dos dimensiones: una, que permite que la construcción teórica se aleje de la construcción elaborada por parte de los jóvenes y una segunda dimensión que hace posible mantener la coherencia entre la construcción de los jóvenes y el marco teórico. Esta fase implica la reconstrucción del sistema conceptual en un proceso dialéctico con la comunidad académico-investigativa, además del reconocimiento de los actores sociales del texto reconstruido. Por esto, la fase de construcción teórica explica la recreación del sistema conceptual en los diferentes lenguajes académico y cotidiano que hizo posible a los actores su reconocimiento².

Se utiliza, como estrategia para el análisis de la información cualitativa, el análisis de contenido cuyos objetivos son los siguientes:

- a) Plantear preguntas orientadas a conocer la superficie textual de las concepciones de los jóvenes acerca de la salud,

² 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.

- b) Asumir las justificaciones de los jóvenes en asuntos de salud como expresiones simbólicas,
- c) Formular inferencias que permitan establecer comparaciones entre los grupos de jóvenes de las diferentes comunas,
- d) Producir un meta-texto acerca de las concepciones de los grupos de jóvenes en temas de salud como resultado del análisis del corpus textual,
- e) Interpretar la complejidad de la realidad social, en relación con las prácticas y concepciones acerca de la salud; y
- f) Develar las representaciones sociales que construyen los jóvenes alrededor de la salud.

El *análisis de contenido* se selecciona porque las estrategias y procedimientos de análisis tienen como fundamento el lenguaje en sus dimensiones simbólica e intersubjetiva, y en su naturaleza social. El carácter comunicativo del análisis de contenido exige un tratamiento hermenéutico de las concepciones de los grupos de discusión y las entrevistas en tres momentos diferenciados que conservaron una relación dependiente entre sí, éstos fueron:

2.6.4. Momento descriptivo

Se evalúan dos niveles de análisis que guardan relación entre sí, estos son: el **texto** y el **contexto**.

El primer nivel de análisis, **el texto**, es constituido por las concepciones de los jóvenes, testimonios o corpus, entendidos éstos como actos de expresión y comunicación.

En el segundo nivel de análisis, **el contexto** estuvo constituido por las condiciones de vida, prácticas, hábitos, valores y costumbres que determinan las formas de comportamiento, actitudes y decisiones de los jóvenes en relación con la salud. Otros aspectos que hicieron parte de este segundo nivel fueron:

- a- Aspectos textuales como estructuras gramaticales, repeticiones lexicales, omisiones fonéticas, uso de adjetivos, entre otras marcas sintácticas dado que estas permiten definir a partir de un análisis lingüístico las asociaciones que hacen sobre la salud.
- b- Aspecto extra-textual, de manera que fue posible comparar, establecer diferencias y similitudes con otros textos en los cuales, de igual manera, se realiza un análisis de la población objeto de estudio, en grupos de jóvenes de diferentes comunas de la ciudad de Manizales.

- c- Aspectos contextuales referidos a las condiciones de vida, prácticas, valores y costumbres del entramado social en el cual se desenvuelven los jóvenes.

2.6.5. Momento Interpretativo

Este momento tiene como unidad de análisis la producción discursiva de los jóvenes, en el objeto de interés del estudio: las representaciones sociales acerca de la salud. Este momento se configura a partir de la sistematización lograda en el primer momento –descriptivo– y se orienta, desde una perspectiva hermenéutica más que desde una caracterización lingüística, a analizar los siguientes aspectos:

- a- **Enunciación expresiva:** Los jóvenes expresaron sus concepciones relacionadas con la salud. Este carácter expresivo contiene las manifestaciones emotivas y los juicios de valor de los jóvenes.
- b- **Enunciación expositiva:** los jóvenes expusieron sus ideas, conceptos e *intuiciones* en asuntos de salud.
- c- **Enunciación tematizadora:** los jóvenes presentaron sus puntos de vista en asuntos de salud y expresaron sus argumentos sobre las opiniones de otros grupos sociales.

2.6.6. Momento de construcción de teoría

Este nivel de análisis tiene como propósito la creación de un meta-texto, como resultado de relacionar el texto, el contexto y los presupuestos teóricos que orientan la interpretación de las evidencias empíricas, en el cual es posible revelar las representaciones sociales que construyen los jóvenes en relación con la salud.

En los tres niveles de análisis: texto, contexto y meta-texto, expuestos en cada momento descriptivo, interpretativo y de construcción de teoría, se entrecruzaron las dimensiones de análisis sintáctica, semántica y pragmática.

Dimensiones de análisis en los tres momentos

Sintáctica	Semántica	Pragmática
<p>Análisis de la superficie discursiva.</p> <p>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 vincula a los mecanismos formales de las producciones del discurso con presupuestos teóricos.</p>	<p>Análisis del aspecto comunicativo del corpus del discurso.</p> <p>Estudio de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Los conceptos asignados por los jóvenes a la realidad que expresa. ✓ 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 significación en el discurso de unidades de significación. ✓ 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.</p> <p>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 vistas conversacional) ✓ Procedencia de la información. ✓ Estructura de las representaciones, nodo central y sistema periférico. ✓ Atribuciones de causalidad, estereotipos, evaluaciones y tendencias de conducta.

Los segmentos codificados fueron reagrupados según su categoría y su documento de origen, según las variables del informante y contexto de entrevista que fueron organizadas de acuerdo con un patrón. El programa utilizado³ permite la combinación de categorías para la recontextualización y reagrupamiento de segmentos, y la clasificación de los documentos según las variables del contexto. Igualmente, se realiza el análisis estructural, interpretativo y se procede a la construcción de la teoría. A continuación, se procede a la confección de redes semán-

³ El tratamiento de la información se realiza a través del programa de información cualitativa ATLAS/Ti versión 5.0 cuyo proceso básico es la preparación de un documento de estudio en el procesador de textos en formato rtf.

ticas a través de representaciones gráficas de los conceptos e ideas que se desarrollan en el proceso investigativo, lo cual es facilitado por el programa.

3. REPRESENTACIONES SOCIALES

Angelito vuela que ya no me quedan
muchas horas de vida desde tu partida
Lo sorprendió en la cama de un extraño
Jugando a quererse
Nunca pensó que la venganza un desengaño
“Nunca pensó que la vida es sólo una y hay que pensar el
presente”

Canción de reguetón

3.1. Fenómenos, conceptos y teorías

3.1.1. Representaciones sociales

Es ya un lugar común que, para el pensamiento griego, había una distancia entre la *doxa* y la filosofía, entre el sentido común y el saber verdadero. La verdad tenía que ver con el valor de la demostración lógica que producía lo apodíctico, la construcción necesaria de concatenaciones de ideas, que permitían abrigar confianza en una afirmación. La *doxa*, en cambio, se movía en el mundo de lo asertórico, es decir, en las afirmaciones gratuitas, que no eran demostradas mediante la lógica. Los criterios de verdad se transformaron y se multiplicaron hacia el siglo XIV, cuando Galileo, asomado a un telescopio, quiso demostrar mediante la observación, el sistema racional de Copérnico. De esta manera, los tribunales de demostración de lo apodíctico variaron y la *doxa* ya no fue desmentida por falta de lógica sino porque provenía del pueblo.

Entonces, las verdades populares, el sentido común, la vieja *doxa*, fueron consideradas como el pensamiento ingenuo, sin la consistencia de la demostración, de la razón o de la ciencia. La verdad se encriptó en los claustros de la academia que cerró sus ojos y sus oídos a los decires populares, a sus representaciones y a sus mitos.

Sólo hasta mediados del siglo pasado, con el interés de la antropología y la etnología por las culturas remotas, se empezó a dar crédito a verdades que no provenían de la lógica formal y se descubrieron migraciones de conceptos que invadían

an, en avalanchas temerarias, el mundo aséptico de la ciencia y la razón. Y desde entonces, al menos como objeto de estudio, las representaciones sociales, ese mundo inasible, inestable e imponderable de los saberes construidos sin método, interesaron a diferentes disciplinas.

Lo cierto es que las representaciones sociales son guía de acción y marco de lectura de la realidad. Son sistemas de significaciones que permiten interpretar el curso de los acontecimientos y las actuaciones sociales. Expresan las relaciones que las personas mantienen con el mundo y con los otros. Relaciones que son forjadas en la interacción y el contacto con los discursos que circulan en el espacio público. Son programas de percepción, construcciones con estatus de *teoría*, que sirven de guía para la acción y para la lectura de la realidad. Y en este sentido no son saber apodíctico, pero contienen saber válido.

Es por esto que la aproximación a las representaciones sociales en nuestra investigación constituye un aparato teórico heurístico para profundizar en el conocimiento que tienen los jóvenes de Manizales sobre la salud. Es preciso abrir los ojos y los oídos a un diálogo de saberes múltiples que no pretenden lograr el estatus de saber científico.

Las representaciones se manifiestan en el lenguaje y en las prácticas, en razón de su función simbólica y de los marcos que proporcionan para codificar y categorizar el mundo de la vida. En este sentido, podemos pensar que las representaciones sociales hacen posible abordar las concepciones y prácticas que orientan la experiencia de vida de los jóvenes frente a la salud.

Esta investigación se sitúa en la vertiente procesual o cualitativa de las representaciones, en proximidad con las reflexiones de Denise Jodelet y de Banch, M.A. (2000), en estrecha cercanía con la propuesta original de Moscovici 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 aspecto 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 enfoque procesual pone su atención en el examen de la actividad de reinterpretación continua que emerge del proceso de elaboración de las representaciones, y considera el espacio de interacción como su objeto de estudio. En esta definición, el proceso de elaboración está en el devenir social más que en los mecanismos cognitivos. Desde el punto de vista epistemológico, ontológico y metodológico, el enfoque procesual se caracteriza por considerar que, para acceder al co-

nocimiento de las representaciones sociales, se debe partir de un abordaje hermenéutico, entendiendo al ser humano como productor de sentidos, y focalizándose en el análisis de las producciones simbólicas, de los significados y del lenguaje, a través de los cuales los seres humanos construimos el mundo.

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 de los pensamientos que, en este caso, ocurren entre disciplinas, obstinadas con frecuencia en mantener las fronteras de sus paradigmas epistemológicos, pero que no pueden evitar darle visa de entrada a pensamientos nacidos en otras latitudes.

3.1.2. Formación de las representaciones sociales

Las representaciones sociales se presentan bajo formas variadas, más o menos complejas. Son imágenes que condensan un conjunto de significados, sistemas de referencia que nos permiten interpretar lo que nos sucede, y aún, dar sentido a lo inesperado. Son categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y las personas con quienes tenemos algo que ver. Son *teorías* que permiten diseñar la actuación cotidiana. Y a menudo, cuando se les comprende dentro de la realidad concreta de la vida social, las representaciones sociales son todo esto junto (Moscovici, 1986:472).

La noción de representación social nos sitúa en el punto de intercepción 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. En esta forma, constituyen el conocimiento *espontáneo e ingenuo*, que tanto interesa en la actualidad a las ciencias sociales, ese saber que habitualmente se denomina conocimiento de sentido común, o bien pensamiento natural, por oposición al pensamiento científico o experto.

Las fuentes de este conocimiento son, como vimos, nuestras experiencias, pero también las informaciones, los conocimientos y los modelos de pensamiento que recibimos y transmitimos a través de la tradición, la educación y, de una manera abrumadora en nuestro mundo globalizado, la comunicación social y las nuevas tecnologías de la información y la comunicación –TIC–. De este modo, este conocimiento es en muchos aspectos socialmente elaborado y compartido.

Con sus múltiples aspectos, este tipo de conocimiento intenta dominar esencialmente nuestro entorno, comprender y explicar los hechos e ideas que pueblan nuestro universo o que surgen en él, actuar con otras personas o sobre ellas, si-

tuarnos respecto a ellas, responder a las preguntas que nos plantea el mundo, saber lo que significan los descubrimientos de la ciencia y el devenir histórico para nuestras vidas.

En otros términos, Berger y Luckman (1966) señalan cómo se trata de un conocimiento práctico que da sentido, dentro de un incesante movimiento social, a acontecimientos que terminan por sernos habituales. Este conocimiento forja las evidencias de nuestra realidad consensual, participa en la construcción social de nuestra realidad, para emplear una expresión de quienes lo han elevado a la dignidad de objeto de una nueva sociología del conocimiento.

Las representaciones sociales albergan un gran volumen de informaciones, imágenes, opiniones, actitudes, ritos, técnicas, costumbres, modas, sentimientos, creencias, nomos, miedos, entre tantas y diversas cosas que nos permiten vivir. Este contenido se relaciona con un objeto, un trabajo, un acontecimiento económico o un personaje social. Puede ser también la representación social de un sujeto (individuo, familia, grupo, clase, etc.), en relación con otro sujeto. En esta forma, la representación es tributaria de la posición que ocupan los sujetos en la sociedad, la economía y la cultura. Toda representación social es representación de algo y de alguien.

3.1.3. Características fundamentales de las representaciones sociales

De manera esquemática, se puede decir que las características fundamentales de una representación social son las siguientes:

- a. Siempre es la representación de un objeto o de una persona.
- b. Tiene un carácter de imagen y la propiedad de intercambiar lo sensible y la idea, la percepción y el concepto.
- c. Tiene un carácter simbólico y significativo.
- d. Tiene un carácter constructivo.
- e. Tiene un carácter autónomo y creativo.

En esta investigación, las representaciones sociales serán asumidas desde la perspectiva sociológica que hace del sujeto el portador de determinaciones sociales, basa la actividad representativa en la reproducción de los esquemas de pensamiento socialmente establecidos, de visiones estructuradas por ideologías dominantes o en el redoblamiento analógico de relaciones sociales (Bourdieu, 1980 citado por Moscovici, 1986: 480).

3.2. Procesos y mecanismos del cambio representacional

3.2.1. Condiciones para la formación de una representación social

De acuerdo con Moscovici (1986), las representaciones sociales no se generan sobre cualquier fenómeno, tema u objeto, sino que tiene que darse una serie de condiciones que afecten tanto al fenómeno social, como al grupo. En lo que se refiere al objeto, éste debe tener un carácter social, es decir, debe establecer relaciones entre dicho objeto y las personas, ya que los grupos sociales no elaboran un pensamiento compartido más que a propósito de los objetos que son significativos para ellos y este proceso debe cumplir con alguna de estas características (Páez, 1987; Elejabarrieta, 1995 citados por Ruiz, I. 2001):

- a. Suponer un cambio importante en la concepción del mundo y del ser humano, por ejemplo, desarrollos tecnológicos que tienen impacto social como la telefonía celular.
- b. Desarrollar fenómenos o procesos que modifiquen las condiciones de vida de una sociedad de tal modo que se produzcan cambios en las concepciones de los objetos sociales.
- c. Se debe relacionar con acontecimientos dramáticos normalmente dolorosos que afecten a una sociedad, tales como el SIDA.
- d. Debe partir de fenómenos o procesos que estén presentes de forma importante en la vida social de las personas y afecten los procesos básicos de comunicación, interacción social o de la visión del mundo, de sí mismo y de los demás.

Además, de nuevo con Moscovici (1986), podemos esbozar otras características para que se constituya una representación social sobre algún objeto o tema:

- a. Que haya una dispersión de la información sobre ese objeto por una transmisión indirecta de las informaciones, y esa dispersión dé lugar a numerosas distorsiones en la información.
- b. Que exista una localización determinada por la posición específica del grupo social frente al objeto social que consiste en que los miembros del grupo prestan un interés particular a ciertos aspectos del objeto y un desinterés relativo a otros aspectos, lo que impide a las personas tener una comprensión global del fenómeno.

- c. Que el proceso de presión de la inferencia, que consiste en que las personas contrasten lo que conocen del objeto social con las opiniones dominantes en el grupo (anclaje), permita la estabilidad del conocimiento que tiene el grupo y el desarrollo de conductas y discursos coherentes con el objeto y con el grupo.

Es importante tener en cuenta que una representación social sólo se crea y funciona en un grupo de carácter *reflexivo*, es decir, aquel donde sus miembros reconocen su pertenencia y disponen de criterios para saber quiénes pertenecen al grupo y quiénes no, a diferencia del grupo *nominal* que se caracteriza porque sólo existe desde el punto de vista del observador externo. Estos grupos *nominales* pueden tener en común una actitud o un esquema cognoscitivo, pero no tienen identidad social. En los grupos *reflexivos*, el conocimiento implícito en las representaciones sociales debe ser público, circular libremente en el grupo e insertarse en el discurso cotidiano de las personas, para que las representaciones sociales puedan cumplir sus funciones de permitir una comprensión de la realidad y de orientar las prácticas cotidianas. El grupo reflexivo se caracteriza por el pensamiento grupal.

Lo que caracteriza a las representaciones sociales es que se refieren a un objeto socialmente relevante para un grupo y que se generan a través de procesos comunicativos particulares como la objetivación y el anclaje (Jodelet, 1993).

La objetivación es la transformación de conceptos abstractos o extraños en experiencias y materializaciones concretas. Por ejemplo, el SIDA se materializa en la homosexualidad, los locos en el manicomio y la salud en la clínica (Foucault, M. 1979). La objetivación comprende la transformación icónica y la naturalización.

La transformación icónica consiste en sintetizar las informaciones que se tienen sobre el objeto social en un esquema icónico, similar en sus características al esquema figurativo propuesto por Moscovici (1986). Esta transformación opera mediante una *selección y descontextualización* de las informaciones sobre el objeto. La *selección* se produce porque, dada la imposibilidad de tener acceso a todos los datos del objeto socialmente relevante, los integrantes del grupo se centran en uno de ellos y descartan otros. Además, la representación para ser funcional debe limitarse a algunos elementos accesibles a la memoria. Y la *descontextualización* surge de la transformación de las ideas científicas en conocimiento cotidiano, las informaciones deben ser separadas (descontextualizadas) de la fuente que las han generado inicialmente.

De esta manera, surge el *esquema figurativo*, que consiste en una materialización del objeto social abstracto en una imagen nuclear, centrada, en forma gráfica y cohe-

rente, que capta la esencia del concepto, teoría o idea que se trata de objetivar, y permite comprender de una manera más simple e interactuar con las cosas, los otros y nosotros mismos. La naturalización es la tendencia a dotar de realidad a ese esquema figurativo y a sus elementos, de tal manera que las imágenes reemplacen la realidad.

El anclaje es la integración cognoscitiva del objeto, representado dentro del sistema de pensamiento grupal preexistente. Implica la incorporación de lo desconocido en un sistema de categorías y especificaciones conocidas. El anclaje permite la inserción del objeto de representación en un cuadro de referencia ya dominado e instrumenta el objeto representado.

El anclaje tiene cuatro dimensiones. La primera consiste en la inserción en un cuadro de referencia conocido y preexistente, se trata de amortiguar el impacto de lo nuevo, insertándolo en lo conocido. Una segunda dimensión del anclaje es la instrumentalización social del objeto representado, es decir, la representación social sirve a unos fines ya que se vuelve instrumento de comunicación y de comprensión mutua, que permite a los miembros de un grupo disponer de un mismo lenguaje para comprender los eventos, las personas y los otros grupos. Tercero, la representación social guarda relación con las funciones de clasificación y de discriminación, que permiten ordenar el entorno en unidades significativas y facilitar así su comprensión. Cuarto, la representación social guarda relación con los procesos de categorización social, es decir, con la autoidentificación como miembro de un grupo y, a la inversa, identifica quiénes no son miembros del grupo.

Jodelet, D. (1993) resume las funciones del anclaje de la siguiente forma: función de interpretación de la realidad, función de integración de la novedad en un sistema pre-existente de pensamiento grupal, función de orientación de las conductas y relaciones sociales: al comprender el objeto social desde una perspectiva particular del grupo, sus miembros saben cómo hay que actuar respecto a él.

Estos procesos de objetivación y anclaje no son meras degradaciones cognoscitivas de informaciones, sino que son procesos de conocimiento dirigidos por un metasistema cognoscitivo o sistema socio-cognoscitivo en el que se insertan los sujetos. En este sentido, los procesos cognoscitivos de percepción, clasificación, codificación, inferencia, memoria, entre otros, son realizados de acuerdo con unos principios organizadores que determinan la dirección y resultados de aquellos.

3.3. Representación social y dominios del conocimiento social

3.3.1. El contenido de la representación social

Cuando obtenemos datos sobre una representación social mediante una tarea de asociación libre de palabras, los contenidos que se obtienen son de naturaleza variada. Dichos contenidos pueden ser clasificados en tres modos: semántico, léxico y cognoscitivo-procesual.

El modo semántico se aplica a los textos, mediante un ejercicio de asociación libre de palabras, en el que se logra obtener un material referido a objetos, sucesos, emociones y sentimientos, y donde ocasionalmente se mencionan personajes-fenómeno de la personificación en la representación social. El modo léxico considera sustantivos, verbos, adverbios, adjetivos, proposiciones, y todas las expresiones gramaticales. En principio, este material léxico puede ser sometido a análisis para extraer índices léxico-métricos como la frecuencia absoluta de las palabras, la tasa adjetivos/verbos, la tasa verbos/total de palabras, etc. Mientras que en el modo cognoscitivo-procesual, la representación social observa creencias, atribuciones de casualidad, estereotipos, actitudes-evaluaciones y tendencias de conducta.

3.3.2. Estructura de la representación social

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, se caracteriza por su estabilidad, rigidez y continuidad, lo que permite la permanencia de la representación.

El sistema periférico se caracteriza por que 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, G. (2001, 39) elaboró la teoría del núcleo central que da estructura a la representación y enriquece su significado. Circundando el núcleo central está 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. Este doble sistema, que comprende el núcleo central y los elementos periféricos en interacción unos con otros, es lo que permite comprender algunas características claves de las representaciones sociales. Estas representaciones son a la vez estables y rígidas, debido a que son determinadas por el núcleo central el cual está profundamente cristalizado en el sistema de valores compartidos por los miembros de un grupo. Al mismo tiempo son dinámicos y fluidos, debido a que integran una amplia variedad de experiencias individuales con las condiciones sociales que marcan la evolución de los individuos a grupos.

En esta variante particular de la teoría de la representación social la noción de núcleo central proporciona una interesante respuesta a la cuestión epistemológica clave respecto al vínculo entre representaciones individuales y realidad social. El núcleo central es el principio organizador que hace estable la representación social, y esta estabilidad resulta de su objetificación. Ese proceso crea un núcleo figurativo, un núcleo de imágenes, el cual descontextualiza los principales elementos de una representación al punto donde asumen una vida por sí mismos como parte de un contexto social que conforma las mentes individuales.

De acuerdo con Abric, 1996; Elejabarrieta, 1995, citados por Ruiz, I. (2001), el resultado de la transformación de la representación social dependerá de dos dimensiones: del grado de oposición entre prácticas antiguas y nuevas, y del grado de reversibilidad de la situación que dio lugar a la aparición de las nuevas prácticas. Para la primera dimensión, la transformación no será tan brutal si las prácticas nuevas no están en total contradicción con las anteriores (ya sea porque son en ciertos aspectos comunes o porque son diferentes, no opuestas). Por otra parte, la transformación será permanente cuando la situación que da lugar a las prácticas nuevas se percibe como irreversible. La importancia de estas dos dimensiones para la transformación obliga a considerar que la forma actual o antigua, es consecuencia de factores históricos y grupales que le dan su contenido y su estructura.

Cuando los sujetos perciben como reversibles los cambios en las circunstancias que afectan las prácticas, se mantiene la antigua representación social por el principio de economía cognoscitiva. Las personas prefieren soportar las contradicciones entre sus prácticas actuales y su representación social antes que modificar ésta totalmente, ya que al cesar las circunstancias que motivaron las nuevas prácticas, la representación social antigua resulta más confiable. De acuerdo con lo anterior, los tipos de transformación que puede tener una representación social son tres:

- a. *Transformación resistente.* Ocurre cuando las prácticas nuevas y contradictorias con la presentación pueden ser integradas por el sistema periférico y tratadas mediante interpretaciones, justificaciones, racionalizaciones o referencias a normas externas a la representación. Aparecen elementos extraños en el sistema periférico, sin afectar en un principio al nodo central, que sólo sería afectado si los elementos extraños se multiplican de manera persistente.
- b. *Transformación progresiva.* Ocurre cuando las nuevas prácticas no son totalmente contradictorias con la representación, por lo cual ésta transforma sin cuestionamiento esencial del nodo central, aunque al enriquecerse y fusionarse éste con los nuevos elementos genera un nuevo nodo central; es decir, una representación social distinta de la anterior.
- c. *Transformación brutal.* Ésta tiene lugar cuando las nuevas prácticas, percibidas como permanentes e irreversibles, actúan directamente sobre el nodo central, sin dar posibilidad de actuar a los mecanismos de defensa, por lo que producen el cambio radical en la representación. Este caso es hipotético, pues la investigación aplicada no ha encontrado aún algún caso que lo muestre.

3.4. Conocimiento científico VS conocimiento social cultural

Uno de los problemas que comúnmente se trata de esquivar en las investigaciones de representaciones sociales es el encuentro-desencuentro entre el conocimiento científico y el conocimiento social, esta puede ser la razón por la cual no siempre se las aborda. El problema perenne con respecto al conocimiento social es: cómo y por qué la forma de pensamiento y su contenido cambian en direcciones divergentes y complementarias. En días antiguos, cuando la filosofía apenas abría los ojos, los pensadores trataban el problema de cómo pasar del mito a la lógica, de la simple opinión al verdadero conocimiento (Ortega y Gasset, 1967

citado por Moscovici, 2001: 10). En días más recientes, para un pensador de la modernidad como Hegel, el pensamiento consiste en convertir supuestos y representaciones en conceptos.

Actualmente, desde el advenimiento de la ciencia y la sociedad industrial, el problema es cómo pasar de la filosofía a la ciencia moderna, de las creencias religiosas a la racionalidad secular. Cada ciencia social o psicológica reformula el problema en sus propios términos: la antropología lo ve como el de pensamiento primitivo VS pensamiento civilizado, la magia VS la ciencia; la sociología se plantea cómo pasar de la ideología a la ciencia, del conocimiento no racional al conocimiento racional (Moscovici, 1988); la psicología y especialmente la psicología infantil se pregunta cómo ocurre el desarrollo de lo no racional a lo racional.

Todas estas son versiones del problema fundamental de la epistemología en relación con la transformación del sentido común en ciencia, la transición de la ciencia preparadigmática a la ciencia paradigmática.

Sólo en los anales de la psicología social (y no sólo en sus anaqueles), se piensa en cómo la ciencia, dispersándose a través de la sociedad, se transforma en conocimiento común o conocimiento secular. Es decir, cómo la ciencia llega a ser parte de nuestra herencia cultural, de nuestro pensamiento, de nuestro lenguaje, y de nuestras prácticas diarias. Cómo y por qué incontables nuevas ideas, imágenes extrañas, nombres esotéricos, relativos al universo, a la economía, al cuerpo, a la mente, a la salud y a la historia llegan a ser ideas aceptadas, escapándose a hurtadillas de los laboratorios y las publicaciones de una pequeña comunidad científica para penetrar la conversación, las relaciones, el comportamiento de una gran comunidad y llegar a difundirse en sus diccionarios y temas de lectura. Es decir, cómo buscar el objeto perdido aguas abajo y no sólo aguas arriba en un río torrencioso y lleno de meandros que se precipita hacia un mar infinito y misterioso.

Más sorprendente es el hecho de que una gran variedad de temas de los más diversos de ciencia, trabajos científicos, y muchos estudiosos, se combinan y unifican en una visión compartida, conformada por las intuiciones, los intereses, y la experiencia ordinaria. Incluso, si todas las interpretaciones ilusorias y cuestionables son tomadas en cuenta, tal visión se manifiesta como una nueva dimensión cultural. De esta manera paradójica, la teoría de las representaciones sociales apareció mientras se estudiaba la versión contemporánea de un problema que se mantiene.

Desde luego, no es por azar la coexistencia de las ideas científicas y sociales en el mundo que nos circunda, los sistemas de clasificación para enfermedades, grupos de personas, o incluso especies animales o vegetales. De allí que Moscovici, S.

(2001) asegure que: “todos sabemos cuales son las primeras palabras que nos dice un doctor: bien, ¿cual es el problema?. Esta pregunta presupone que, como pacientes, somos capaces de dar un diagnóstico en el lenguaje diario. Es entonces el doctor el que traslada este diagnóstico al lenguaje medico”.

Más o menos lo mismo ocurre cuando estamos en contacto con otros expertos, sea en el área de los negocios, problemas familiares, mecánica automotriz, etc. Nuestro sentido común incluye una cantidad de saber como, formas en las cuales hacer amigos, tener éxito en la vida, evitar crisis, comer bien, y todas concuerdan en que el sentido común es una genuina enciclopedia de lugares comunes relativos a la psicología, que sirven a su propósito en muchas situaciones donde parecen valiosos. Incluso, los negociantes en el mercado, que no tienen una ciencia exacta a su disposición, se apoyan en un grupo de lugares comunes tales como “los árboles no crecen hasta el cielo”, indicando que el valor de las acciones no aumentan mas allá de un limite, o “compre cuando oiga cañones, venda cuando oiga violines” para indicar que debe comprar cuando la situación parece empeorar y vender en un periodo favorable.

Es sobre la base de este conocimiento como las personas son conscientes de su situación en el mundo. Son criterios para la toma de decisiones, armados sobre la base de la geografía popular, la medicina popular, la economía popular, o la física popular que, en retrospectiva, todos han sido exitosos.

Y en este horizonte no debe extrañar que el conocimiento cultural sea la base de nuestra ciencia moderna. Deum (1903: 179 citado en Moscovici, 2001) escribió: “nuestro más sublime conocimiento está, al final, basado en nada más que los hechos de sentido común”, pero esto no impide notar las diferencias entre el conocimiento social y el conocimiento científico, dado que la verdad o el error epistemológico son su única piedra angular, el sentido común es adquirido por cada uno en el curso normal de la vida, es el conocimiento madre que asimilamos, sin entrenamiento específico, similar a como aprendemos la lengua materna. Es probablemente universal, compartido por la mayoría de los miembros en una comunidad y satisface en forma extraordinaria el propósito para el cual pensamos.

Somos conscientes de que el sentido común se desarrolla y cambia y en buena medida precede al advenimiento del conocimiento científico y la educación. Se difunde entre lo que se llama protociencias populares, un proceso comparable a lo que ocurre en la sociedades tradicionales (Jodelet, D. 1991 citada en Moscovici, 2001).

La más espectacular característica de los tiempos modernos podría bien ser, al menos en occidente, que el compromiso de todos por aprender a leer y escribir,

se basa en el supuesto, que tiene la fuerza de una convicción, de que de esto depende el progreso educativo, la declinación del analfabetismo, el conocimiento en general y la diseminación de las ciencias. El arduo proceso de aprendizaje es presumiblemente recompensado por la sabiduría que llega a la gente. No obstante, lleva, por un lado, a la degradación de las protociencias populares y el conocimiento popular, considerados triviales, superficiales y falsos. Esto va de la mano con la afirmación expresada, por ejemplo, en la frase actualmente usada “vulgarización de la ciencia”.

Por otro lado, existe la sólida creencia de que el pensamiento científico debe remplazar el pensamiento secular y el saber popular. En otras palabras, la diseminación y socialización de la ciencia apunta a remplazar y eliminar el conocimiento secular y todas las formas comunes de conocimientos. Esta creencia también aparece en el Marxismo y el Liberalismo en las actuales prácticas educativas que parecen ser el prerrequisito para la moderna racionalidad.

Para autores como Moscovici, Heastone y Farr, es esta una creencia desestimulante que causa una perplejidad general pues la comunicación y la diseminación de la ciencia no pueden remplazar y reducir el sentido común. A la inversa, donde el conocimiento común es exitoso, la ciencia se alimenta de él y se transforma en un nuevo sentido común (Moscovici y Heastone, 1983; Farr, 1993), de tal forma que se crean postciencias populares y se genera una considerable industria con su propia significancia y criterios que incluso son empleados por numerosos científicos.

Lo más valioso es que el sentido común contemporáneo no es producido por individuos pensantes sino por sociedades pensantes organizadas en clubes, museos, bibliotecas públicas, bibliotecas políticas, cafés, asociaciones económicas o políticas, movimientos ecológicos, sala de espera médicas, grupos de terapia, grupos de amigos, clases de educación adulta, y en una larga lista de colectivos de pensamiento.

Siempre que las personas hablan, hacen intercambios de opiniones, información o experiencias, suelen escuchar a aquellos que saben, acerca de la salud, la mente, la sociedad, en busca de nuevos saberes. A través de los canales usuales de comunicación, nuevas ideas científicas y descubrimientos técnicos o médicos llegan a hacer parte del intelecto y del lenguaje normal. Incluso, en una forma extremadamente simplificada, muchas teorías y descubrimientos aparecen en libros sobre curaciones y prevención de enfermedades, a fin de enseñar a las personas a aumentar su autoestima o mantener la salud, y dan claves de *cómo trabaja la mente*, en-

tre mil consejos de *la ciencia* para la vida cotidiana. Estos libros prolongan y a su vez alimentan las conversaciones que toman un lugar cada vez más destacado.

Moscovici (2001) demuestra que el conocimiento ordinario, el sentido común, no puede ser producido por el proverbial *hombre de la calle*; el científico intuitivo que busca y piensa sólo acerca de la información existente. El pensamiento consiste en su mayor parte en la búsqueda de intercambios y acuerdos, procura el placer del grupo. El conocimiento común resulta de incontables transacciones de diálogo pensante. En cualquier caso, la novela ilustra la idea de la transición de las nuevas ciencias a las nuevas postciencias populares que la cultura apropia, en un proceso por el cual la primera genera las segundas.

3.5. Construcción social de la realidad

Lahlou, S. (2001: 131) señala cómo ha surgido la preocupación por el estudio de los objetos sociales como creación y no como construcciones estáticas. Y en ese sentido, bosqueja los límites del campo de excelencia de la teoría de las representaciones sociales, al encontrar que la teoría de las representaciones sociales es más que una intersección científica entre lo social e individual por una parte y el pensamiento y la acción por otra. Las representaciones son un aporte a la solución del problema de la dicotomía entre lo social y lo científico. Los grupos sociales se unen para lograr resultados sorprendentes cuando coordinan su acción, sobrepasando el desempeño individual.

Las representaciones sociales son construidas socialmente porque nacen de los acuerdos sobre saberes sancionados por el grupo, de acuerdo con *los que más saben*, pero son usadas de manera individual en las decisiones vitales sobre los temas cruciales de cada persona.

Por otra parte, las representaciones sociales tienen una función adaptativa, como se ha visto, y por eso mismo se modifican desde la periferia de su estructura hacia su núcleo significativo, de modo que son versátiles y cambiantes, de acuerdo con las exigencias de un entorno que ofrece gran variabilidad en la dinámica histórica.

Las representaciones sociales son órganos culturales cincelados por la evolución social. Tienen una función pragmática de soporte de la cooperación del grupo en busca de una mejor sobrevivencia. Son estructuras mediadoras que facilitan la coordinación de la actividad entre los seres humanos, y entre estos y las cosas. Los individuos heredan estos órganos de su grupo y los usan en la vida cotidiana. Cuando hablamos hallamos una representación social de algo (de la salud, por

ejemplo) construida por un grupo, tenemos ante nosotros la estructura mediadora para la coordinación de la acción entre los miembros del grupo, que permite la construcción o el enfrentamiento con el fenómeno al que se refiere (Lahlou, S. 2001: 134).

La investigación sobre las representaciones sociales, como rama de la psicología social, enfatiza dos aspectos: la articulación entre el individuo y el grupo en la *construcción* de los objetos sociales, y la articulación entre el individuo y el grupo en el *uso* de los objetos sociales. La construcción social y la comunicación son las principales preocupaciones para la teoría de representaciones sociales. La figura clave es el triángulo psicosocial de Moscovici (citado por Lahlou, S.): *Ego, Alter, object*: ningún objeto puede ser percibido sin la perspectiva social, a la vista del otro, el socio *Alter*; a la inversa, las relaciones con el socio son mediadas por los objetos. El triángulo psicosocial proporciona un marco para el análisis de los fenómenos resituando *objects* en su marco social (mirar el socio), y también recordando al investigador que existen objetos en la relación.

3.6. La construcción de grupos y sus objetos

En la coordinación eficiente dentro de un grupo social, los miembros tratan de actuar en conjunto con una intención común. Esta cooperación tiene dos aspectos: el primero es el pragmático: “qué hacemos”: los individuos deben usar un sistema de referencia que contenga los objetos que percibe (el contexto) o intentan construir (las intenciones). El segundo aspecto de la cooperación es lo social: *quiénes somos*: el hecho de que el grupo exista hace que los miembros compartan marcos generales, y deseen cooperar. Este es un prerequisite trivial pero esencial para la acción colectiva (Lahlou, S. 2001: 135).

3.6.1. Aspecto pragmático

El aspecto pragmático (o cognitivo) cubre la coordinación técnica y la distribución de labores. Incluye marcos generales tales como tiempo, espacio y taxonomías de los objetos; y también sistemas simbólicos (los diferentes lenguajes) que pueden describir posibles asociaciones de objetos en esos marcos y especificar acciones. Este aspecto pragmático vincula la información y la acción.

3.6.2. Aspecto social

El aspecto social de las representaciones alude a la existencia misma del grupo, puesto que vincula los individuos al grupo. En este sentido, son constituyentes,

es decir, son la mecánica misma de la construcción del grupo. Involucran nociones tales como confianza, motivación, identidad, e interés individual. Orienta el nivel de convocatoria del grupo, el encuentro o el desencuentro.

3.6.3. Co-construcción

El aspecto pragmático individual y el aspecto social no son independientes. Su interacción durante la historia construye grupos y objetos como entidades culturales, y le da forma a las interacciones entre ellos. Empíricamente, el grupo llega a ser definido por la posibilidad de comunicación entre sus miembros, y la acción concertada con base en su división interna de la labor social. Es la paradoja del huevo y la gallina. Las personas que cooperan a menudo llegan a ser un grupo, y es más fácil para un grupo cooperar. Este vínculo entre acción e identidad está bien expresado por la noción subjetiva de “participación”, que abarca ambos aspectos. Pero, dentro del grupo, y hacia el objeto, las personas ocupan diferentes posiciones. La cooperación puede incluir negociación o conflicto.

La construcción de la representación social de un objeto es una serie de luchas e influencias, una mezcla de propaganda, propagación y difusión, y también de prácticas contrastadas. Como Moscovici demostró para el psicoanálisis, lo que parece ex-post facto, como tradición estática puede ocultar un equilibrio dinámico entre intereses en conflicto: cambia una cosa, y compromete la asociación de muchos otros seres y cosas. La estructura de los objetos sociales es a menudo un sutil compromiso que permite a cada usuario verlo como aceptable, aunque las interpretaciones de los usuarios pueden diferir unas de otras.

Jovchelovitch, S. (2001: 165) argumenta que la construcción de la teoría de las representaciones sociales está directamente relacionada con la función simbólica de las representaciones, puesto que es a través de una cuidadosa valoración del registro simbólico como se puede entender mejor el constructivismo de las representaciones sociales. Paradójicamente para algunos, indica cómo, precisamente porque los conocimientos simbólicos, tales como las representaciones son sociales, culturales e históricas y estos no pueden construir la realidad completamente.

Tanto para Moscovici como para Durkheim, la génesis del conocimiento social y de las representaciones debe buscarse en un contexto social. La obra de Moscovici es un intento de proveer una respuesta a la apropiación establecida por el trabajo de Durkheim y de sus seguidores (aún los más reservados), que le llevan a afirmar de manera tajante que cuando las condiciones sociales cambian, también cambia el conocimiento social. Esta afirmación es crucial en la construcción de la teoría de las representaciones sociales y en las tradiciones de pensamiento en psi-

cología, sociología y antropología. La conexión de contexto y conocimiento revela un profundo influjo de las tradiciones fenomenológicas, que permiten relacionar el conocimiento científico y el sentido común en un contexto social de producción.

Las escuelas empíricas tradicionales consideran la función central de los sistemas cognitivos para someterlos a una realidad que precede e ignora las labores de cognición. Definen la representación como un medio para interactuar en el mundo a través de un significado que es ignorado. Irónicamente, estas tendencias son reacias a teorizar la representación y la cognición y, no obstante, los psicólogos críticos permiten al cognitivismo tradicional tener la última palabra sobre estos fenómenos.

El enfoque analítico parte de la base que la gente *expresa* en la medida de lo que se quiere dar sentido al mundo en que ellos viven y comunican a otros sobre esto. El análisis del significado no está relacionado con si el significado está *correcto o incorrecto* en relación con la realidad, por el contrario se basa en el análisis del significado que tiene que ver con la expresividad de las imágenes, rituales, o algún otro acto representacional y su poder para construir lo que es real a un grupo de gente (Jovchelovitch, S. 2001: 176).

3.7. Las dimensiones del conocimiento

El conocimiento es histórico, se debe observar cómo este cambia con el paso del tiempo. El conocimiento es cultural, para entender esto se debe valorar cómo se compara a través de los contextos. El conocimiento es público, se necesita mirar cómo este cambia en relación con los diferentes intereses y proyectos (Jovchelovitch, S. 2001: 178).

De acuerdo con Markus, H. y Plaut, V. (2001: 183), las representaciones sociales han sido definidas como un tipo de conocimiento socialmente construido y compartido, sobre un objetivo pragmático, como contribución al proceso de edificar una realidad compartida por la comunidad. La cognición y la creación del conocimiento tienen una función social práctica que está medida por la vida social.

Las representaciones sociales hacen más que reflejar el mundo, crear y mantener un mundo social, estas también están involucradas en la construcción del mundo social. Las teorías de las representaciones sociales sostienen la promesa de entender las distintas relaciones que pueden existir entre lo sociocultural y lo individual

y también de analizar a la persona como un participante cultural quien es simultáneamente una construcción social y un constructor social de experiencia.

3.8. Representación social y comunicación

En la teoría *telegráfica* de la comunicación⁴, ésta se define como la transmisión de un mensaje desde un emisor hasta un receptor, a través de un canal, con el supuesto de que la codificación del mensaje es compartida por emisor y receptor. Esta deformación de la comunicación, un tanto ingenua, creó un paradigma funcional tan rígido que aún hoy se enseña en las escuelas de comunicación como el principio de la teoría de la disciplina. La mentalidad instrumental es tan fuerte que es muy difícil escapar a sus barrotes rígidos.

Una perspectiva semiológica define la comunicación como *un proceso de interacción simbólica*, en el cual la posibilidad de transferir mensajes ocurre sobre la base de signos, de acuerdo con reglas culturales socialmente compartidas, y mediante códigos convencionalmente definidos sobre la base del uso de criterios previamente seleccionados (Crespi, F. 1996: 209). Es curioso que en esta definición, que quiere ser más compleja, pervivan los elementos de la teoría matemática de Shannon, en relación con la transferencia de mensajes y las características de los códigos, que aluden al funcionamiento de instantes del proceso y no al proceso mismo. Sin embargo, el contexto cultural que define reglas y criterios le otorga una complejidad útil a la definición.

El proceso comunicativo así descrito es inherente a la teoría de las representaciones sociales. Desde allí, Jodelet (1991, citada por Markus, R. y Plaut, V. 2001:184) describe las relaciones entre las representaciones y las comunicaciones sociales como “formas de pensamiento social usadas para comunicar, comprender y dominar el ambiente social, material e intelectual. Como tales, son analizadas como productos y procesos de actividad mental que son marcados socialmente”. Este marco social se refiere a las condiciones y contextos donde las representaciones emergen, a los circuitos por los cuales circulan, y a las funciones que sirven. Esta forma de conocimiento es construida en el curso de la interacción social y la comunicación. Lleva la marca de la inserción social del sujeto, colectivamente compartida, y contribuye a la construcción de una versión de la realidad que es común y específica para una entidad social o cultural. Esta forma de conocimiento tiene objetivos prácticos y funciones sociales. Opera como un sistema de inter-

⁴ Claude Shannon y Warren Weaver, creadores de *The Mathematical Theory of Communication* (1949), eran ingenieros de teléfonos de Bell Telephone.

pretación de la realidad, que sirve como guía en nuestra relación con el mundo. Así orienta y organiza nuestro comportamiento y nuestra comunicación.

En otras palabras, el proceso de comunicación se encuentra en la génesis y en las funciones de las representaciones sociales y, desde luego, en su transmisión y difusión. Son mutuamente interdependientes, al punto en que cualquier consideración de las representaciones sociales también significa una consideración de la comunicación. Las representaciones sociales se originan en la comunicación, se manifiestan en ella y le confieren su influjo.

Desde luego, para comprender este proceso de comunicación en relación con los sistemas de representación social, es preciso tomar en cuenta los diferentes circuitos y niveles donde se realizan, desde la conversación, pasando por los medios masivos hasta llegar a las formas más deslocalizadas y globales. De alguna manera, las representaciones del espacio se modifican a partir de procesos comunicativos transterritoriales, y las representaciones temporales también se modifican con la simultaneidad de los procesos y la reducción de los tiempos de transmisión, lo que se percibe cuando se dice que hay un tiempo multimedia, o un tiempo multisistema o multigénero. Naturalmente, todo esto complica lo que era relativamente simple hasta ahora.

Extrañamente, la publicidad, cuya importancia continúa creciendo, es un género de comunicación olvidado en la psicología social y en el estudio de las representaciones sociales en particular. Una razón de este olvido puede ser la falta de interés por los símbolos icónicos, imágenes, y símbolos lingüísticos. Los modelos tienden a enfocarse en las acciones unilaterales de comunicación sobre las representaciones sociales, o las representaciones sociales en la forma de mensajes o contenido sobre la comunicación.

De allí que en nuestro trabajo se tengan en cuenta las fuentes de información que sirven para la construcción de las representaciones en salud, asumiendo los sistemas de comunicación como un modelo interactivo de producción o construcción mutua de los mensajes o contenidos. Esta interdependencia entre lo comunicado y quien lo comunica es primordial en la publicidad por una obvia razón de mercado.

Las dimensiones socioculturales, como sistemas de representación de los referentes comunes, como el objetivo y la fuente, involucran el objetivo y la fuente, en la construcción activa, la reconstrucción, la interpretación y la simbolización del mensaje. Este proceso comunicativo dialógico ocurre dentro de una esfera social que ya está organizada. Esta es la razón para tomar en cuenta, siempre que sea posible, este proceso de comunicación (Doise, 1984, 1986).

El fenómeno Benetton nos da una oportunidad de observar un *experimento social* debido al carácter original y único de sus mensajes para el momento. Benetton parte de la idea de que las interacciones mutuas y las comunicaciones entre humanos generan representaciones sociales normativas.

Como empresa comercial, Benetton se dedica a vender sus productos y su marca en el mercado global. Para lograr visibilidad, utiliza estrategias publicitarias para el mercadeo que consisten en introducir imágenes contrastantes frente al público y actitudes altamente polarizadas. Existe así un discurso de Benetton y un discurso acerca de Benetton como un fenómeno cultural y como prueba de éxito de la corporación en su expansión a escala global.

3.9. Actitudes y representaciones sociales

Gaskell, G. (2003) estudia el tema de las actitudes y las representaciones sociales e invita a una comparación evaluativa, pues para algunos autores no es igual el fenómeno de las actitudes y el de las representaciones sociales. Se perciben, sin embargo, notables puntos de intersección entre los dos programas, uno desde lo individual y otro desde el ámbito social.

En una cita de Gaskell, “La definición de actitud en términos de la evaluación de la población por entidades es consensual en psicología y en estudios sociales” (Eagly y Chaiken, 1993: 270 citado por Gaskell, G., 2003). El determinismo cognitivo es el fundamento investigativo de la estructura de las actitudes, del cambio y de otras relaciones entre actitudes y comportamiento.

Para los primeros teóricos, la actitud estaba concebida como el homólogo individual de los valores sociales, o como sentimientos sociales. El movimiento hacia la actitud como un proceso individual tomó lugar en los años veinte y treinta, cuando proliferan significativos desarrollos como resultado de innovaciones en escala y medida. La introducción de las escalas de actitud permitió a los investigadores moverse a distancia de los estudios cualitativos y etnográficos para cuantificar las comparaciones entre los individuos y los grupos relacionados en espacio y en tiempo.

En los años 50 y 60, el programa de actitud adoptó modelos de estructura cognitiva, con el principio de la consistencia individual. El análisis y los experimentos de laboratorio de los procedimientos variables constituyeron la metodología de la psicología social. Al perseguir los elementos de la actitud y los procesos que delineaban un cambio de actitud, la naturaleza del objeto actitudinal en estudios empíricos fue considerada irrelevante.

Como resultado de esto, la investigación de *la actitud* se pasó de moda, y la psicología social volcó su atención hacia la teoría de la atribución y sus derivados. Fueron Fishben y Ajzen (1975, citados por Gaskell, G. 2003) quienes volvieron a relacionar el programa de actitud con la teoría de la acción racional. Este modelo se basa en individuos soberanos cuyas preferencias (actitudes) están apoyadas o cohibidas por la percepción del “otro significativo”, frente al cual son capaces de pensar lo que deben o no deben hacer. Tomado como un todo, el programa considera la estructura de actitud y los procesos jurídicos, guiados hacia los modelos cognitivos y sociales de redes asociativas, los mecanismos de memoria, esquemas y escritos.

Gran parte de la investigación actitudinal está basada en experimentos y estudios en laboratorio que usan medidas escalares para la evaluación de la actitud. Otras aproximaciones como los estudios de campo, los análisis de tiempo y uso de muestras representativas, o los estudios particulares de subgrupos de población, y un particular método para entender las actitudes en su más amplio contexto no han figurado significativamente en el programa.

El programa de investigación que asimila las representaciones sociales con las actitudes ha sido criticado por asumir una perspectiva sociológica, pese a lo cual esta no es psicología social propia. Es con el entendimiento de que la gente vive en el mundo en que vive, como se concibe en la teoría de las representaciones sociales. La teoría asume que los fenómenos sociales no ocurren como algo fuera de lo individual, sino como un proceso dinámico de interacción y comunicación. Lo colectivo, sea social, cultural o grupal, y lo individual no son concebidos como universos opuestos. La sociedad pensante, tipificada por la comunicación interpersonal y mediada, es la arena donde la realidad está construida y negociada.

En el programa de investigación de las representaciones sociales se identifican dos tradiciones distintas pero relacionadas. Una es la producción del conocimiento y la otra la estructura del conocimiento. La producción del conocimiento es un proceso activo y social de darle sentido a la realidad. Pero para los sicólogos sociales el interés por los procesos mediante los cuales el público le da sentido o hace realidad la tecnología, es lo que se llama objetificación secundaria.

Un ejemplo claro de producción de conocimiento es la biotecnología, de tal importancia que no puede ser ignorada por nadie. Sus descubrimientos son muy vistosos: genes que describen cómo determinar una enfermedad, características específicas y comportamientos sociales. De esta manera, el mapa genético es la nueva astrología científica que permite prever el futuro de un individuo. La biotecnología produce aplicaciones como la clonación de animales, la producción de

comidas modificadas genéticamente, y todo esto ha sido proyectado hacia la esfera pública, de modo que la familiarización de la biotecnología toma lugar a través de videos y medios de comunicación y de procesos complementarios de objetivación.

En el proceso de anclaje, el objeto es transformado y se convierte en una categoría de conversación. Grupos sociales diferentes consumen medios de comunicación con diferentes agendas, con bases de conocimiento distintas y con pensamientos propios, que cultivan diferentes representaciones.

En el caso de la biotecnología, por ejemplo, aparecen en la esfera pública posiciones radicalmente opuestas, desde aquellas que consideran con entusiasmo las innovaciones en las manipulaciones genéticas como apoyo decidido a los negocios, hasta las posiciones ambientalistas que consideran los transgénicos como engendros de estandarización que deterioran la biosfera y los nichos de proliferación de diversidad genética. Esto manifiesta las maneras divergentes como se representa la evolución en diferentes grupos y en tiempos distintos. La gente puede expresar posiciones actitudinales que miran hacia las aplicaciones de la biotecnología, y expresan lo que la biotecnología es para ellos.

La extensa área que sostiene los esfuerzos de colaboración es el análisis del desarrollo, la estructura y las funciones de las actitudes y las representaciones sociales. No aparecen aquí, sin embargo el contexto social y los procesos cognitivos individuales, como elementos que deben tomar parte en las teorías, investigaciones empíricas y en las explicaciones de las actitudes.

¿No resulta monolítico pensar en la esencia de los sistemas de creencias como necesariamente consensuales? Seguramente, hay una relación entre características de grupo, como formas de comunicación, y la estructura y la función de las representaciones.

Es el entendimiento de diferentes recepciones de *lo nuevo* en cualquier sociedad, y la evolución y funciones de las realidades diferentes, lo que muestra el cambio. Debido a que la comunicación es controversial y está marcada por el debate argumentado, nuestros modelos deben acomodar el disenso, y la oposición en el marco teórico de la actividad colectiva. Lo que es compartido, es lo que hace posible la comunicación, en términos de acuerdo y desacuerdo. Harré 1984 (citado por Gaskell, G., 2003) señala cómo compartir es tener una parte de un todo, pero no necesariamente tener la misma parte de todo el mundo.

Mientras unos métodos son comunes a estudios actitudinales, otros como el uso de la asociación de palabras, entrevistas individuales y grupales, textos de varias

fuentes (medios) y estudios de grupos naturales, ofrecen nuevas oportunidades para el análisis empírico de la “sociedad pensante” (Gaskell, G., 2003: 240).

4. TRES CONCEPCIONES HISTÓRICAS DEL CONCEPTO SALUD-ENFERMEDAD

Tres cosas hay en la vida
Salud, dinero y amor.
Y quien tenga estas tres cosas
Que le de gracias a Dios.

Canción popular

El poder sobre la vida y la muerte ha estado vinculado a los dioses, porque son ellos, entidades externas al mundo de las cosas, quienes pueden obrar sobre las fuerzas que las animan. Pero los seres humanos han contado con sus embajadores que tienen influencia con los dioses o, a la manera de Prometeo, han podido robarles sus poderes. Los *mediums* o *medicums*, esos sacerdotes del cuerpo, poseen los secretos de los dioses y en virtud de ese poder tienen acceso casi sin límites a nuestro cuerpo: nos desnudan, nos tocan, abren nuestras entrañas, nos administran sus brebajes misteriosos y, después de que hemos perdido esos 21 gramos⁵ que nos mantienen con vida, declaran oficialmente que estamos muertos.

Y en ese tránsito entre el nacimiento y el último suspiro, la enfermedad es una premonición del fin y la salud nos aproxima a la eternidad. Por esto, la salud es la gran persecución de la humanidad, porque nos evita o nos retarda la fatalidad de la muerte. Y por extensión o metáfora, la salud transita desde lo individual hasta lo social y lo cósmico.

La salud puede ser pensada como un hecho social que atraviesa la organización cultural, puesto que alrededor de ella se elaboran las culturas médicas locales y se construyen los diferentes sistemas de cuidado encargados de vigilar la salud de las personas y los grupos (Suárez, R. 2001:11). Esta investigación parte del supuesto de que las representaciones sociales de salud de los jóvenes en el mundo contemporáneo se forjan desde concepciones históricas de diversa índole. A fin de pensar este supuesto, a continuación se hará una revisión de la evolución del concep-

⁵ En la película *21 gramos* dicen que en el instante de morir se pierden 21 gramos.

to salud-enfermedad que nos permita el análisis e interpretación de las representaciones sociales que frente a la salud tienen los jóvenes.

4.1. Concepción tradicional

Desde los albores de la humanidad, el ser humano ha hecho esfuerzos de diversa naturaleza por mantener su salud, y desde la antigüedad se ha considerado que existen personas con capacidades para restablecerla, para quienes la mayoría de las explicaciones acerca de la salud y la enfermedad, se fundamentaban en la existencia de dioses que curaban y en las virtudes mágicas de encantamientos y hechizos. En las culturas primitivas, el brujo era curandero por dos virtudes: por su conocimiento de plantas y preparación de brebajes y por su cercanía con los dioses. Las plantas de donde se extraían las infusiones y los bebedizos eran albergue de los espíritus de los dioses, que debían ser invocados mediante ceremonias rituales.

Galeno, nacido en el año 131 A.C., se preguntaba por la causa de las alteraciones de la salud y cuestionaba la presencia de los dioses en la enfermedad. En esta forma, con el naturalismo hipocrático y con el racionalismo de la minoría ilustrada a la que pertenecía, se rechazó enérgicamente la doctrina de quienes querían introducir en la estructura de la enfermedad un elemento sobrenatural a la enfermedad. Sin embargo, en la Edad Media se recurre nuevamente al influjo religioso en la presencia de la salud y de la enfermedad (Quevedo, 1993).

En la edad moderna, con el auge de la ciencia, se desarrolla de forma significativa la ciencia anatómica y se dan grandes avances en el descubrimiento de principios anatomofisiológicos, químicos, entre otros; vinculados a las alteraciones de la salud, y parece abandonarse la creencia en el castigo de los dioses, los malos espíritus y los demonios. Se centra el interés en el cuerpo humano.

El invento del microscopio, a finales del siglo XVII, permitió profundizar en los aspectos biológicos de la enfermedad. Por otro lado, con el advenimiento de la Revolución Industrial y los avances técnico-científicos de la época, se identifican causas en el medio ambiente y se empieza a tener en cuenta no sólo los aspectos biológicos y físicos sino los económicos, sociales y políticos relacionados con la salud (Velez, A. 1990).

Con el surgimiento de la teoría microbiana en 1876, se reforzó la idea de que la enfermedad estaba determinada por aspectos medioambientales y, en este caso, por la acción de un agente externo de tipo biológico. Cuando el hombre descubre la causa microbiana de la enfermedad, y con ella considera encontrado el origen

de todos los procesos patológicos, se adquirió la enfermedad conceptual de la unicausalidad.

Durante el siglo XIX, las ideas de la Revolución Francesa, el surgimiento del socialismo y los aportes de Virchow y Pasteur, hicieron que la perspectiva biológica comenzara a tomar en cuenta la dimensión social y política de los fenómenos de enfermedad.

Entre la segunda mitad del siglo XIX y la primera mitad del siglo XX, el desarrollo de los conceptos sobre agentes infecciosos e inmunidad condujo a una transformación del enfoque de los estudios médicos, lo que llevó a hacer énfasis en las fuentes ambientales de microorganismos y las formas de transmisión de las infecciones.

Desde esta perspectiva, el modelo causal simple se transforma en un modelo en el que la tríada huésped (Guest), hospedero (Host) y ambiente, participan en procesos de interacción recíproca. Este modelo es considerado como el modelo epidemiológico clásico, que aún hoy continúa privilegiado por la racionalidad científica moderna (Quevedo, E. 1992).

Estos avances, propiciados desde las ciencias naturales, influyeron en la concepción de salud y enfermedad, de tal manera que para el diagnóstico, el tratamiento y el control de la enfermedad primaron los criterios de objetividad y validez planteados por los positivistas y el interés se centró en las relaciones de deductibilidad entre los enunciados que describen observaciones, refutación o confirmación de leyes, hipótesis o teorías mediante tales enunciados. Esta perspectiva está sustentada en las posibilidades de explicación, predicción y control, propias de las ciencias naturales.

Desde el punto de vista del epidemiólogo, el concepto de hospedero es un elemento importante del concepto de inmunidad. El concepto de hospedero hizo suyo el énfasis que Hipócrates hacía en la constitución y susceptibilidad, expresado en la teoría de los humores, y obligó a los científicos y a los médicos a prestar atención al hospedero del mismo modo como se la prestaban al huésped. El hospedero había sido siempre el objeto primordial del estudio médico. No obstante, el interés se había centrado en las manifestaciones del trastorno antes que en la propia capacidad del hospedero de controlar las manifestaciones del mismo (Quevedo, E. 1993).

A finales del siglo XIX y comienzos del XX, se empieza a observar un desplazamiento de la concepción biológica de salud hacia una idea de salud como un factor de desarrollo. El proceso biológico se empezó a mirar como un hecho ligado

a las condiciones que rodean la vida humana, y la epidemiología se vió abocada a cambiar de la unicausalidad hacia la multicausalidad.

En 1946, surge la definición de salud enunciada por la Organización Mundial de la Salud –OMS–: “El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad”. Antes de esta definición, se consideraba sano al individuo que no presentaba molestias o síntomas, es decir, a quien estaba libre de una enfermedad visible. Muchos le criticaron a la OMS la idea de completo estado de bienestar, lo cual parecía irreal: salud y enfermedad no serían categorías ni estados nítidamente diferenciados sino parte de un continuo, de un equilibrio permanente de diversos factores naturales y sociales en continua interacción.

De acuerdo con Molina, G (citado por Bersh, D. Sf.), el concepto de salud tampoco es estático ni ahistórico: cambia de acuerdo con las ideas dominantes de cada sociedad. Se reconoce hoy desde diferentes posturas que en cualquier sociedad la definición de salud no es estrictamente biológica sino primariamente social.

En los años cincuenta y sesenta del siglo pasado, se hizo hincapié en las estrategias de desarrollo económico, antes que en la inversión social en esferas tales como la salud y la educación. Sin embargo, los países y las organizaciones donantes y las universidades emprendieron actividades relacionadas con la salud y la educación, especialmente en América Latina. A pesar de los esfuerzos realizados, los análisis periódicos de las condiciones mundiales, efectuados por gobiernos nacionales, organismos internacionales y otros observadores, revelaron que existen aún grandes grupos de población compuestos por personas pobres, enfermas o analfabetas, parcial o completamente marginadas de sus economías nacionales, tanto en los países industrializados como en los países en desarrollo, aunque las condiciones son especialmente desoladoras en estos últimos.

En 1973, cuando Laframboise propuso un marco conceptual para el campo de la salud, se diseñó un plan para las décadas de los ochenta y los noventa. Este enfoque, más tarde conocido como *concepto de campo de salud*, e incluido en un trabajo del gobierno canadiense que fue la base sobre la que se proyectó la política sanitaria del país, implica que la salud está determinada por una variedad de factores que se pueden agrupar en cuatro grandes grupos: estilo de vida, medio ambiente, organización de la atención de la salud, y biología humana.

Blum, citado por Bersh (s.f), muestra cómo los anteriores factores se relacionan y se modifican mediante un círculo envolvente formado por la población, los sistemas culturales, la salud mental, el equilibrio ecológico y los recursos naturales. Por su parte, Lalonde y Dever citados por Quevedo, E. (1992), sostienen que los

cuatro factores son igualmente importantes, de modo que para lograr un estado de salud es necesario que estos factores estén en equilibrio.

El propósito fundamental de este enfoque es la preservación de la salud. Al respecto se necesita que el enfoque mecanicista o reduccionista de salud y enfermedad sea complementado desde una perspectiva más amplia con un enfoque psicobiológico y social del ser humano. Es decir, que tenga en cuenta que la humanidad, con su cuota inicial de genes, atraviesa una vida de complejas transacciones internas y externas que hasta ahora sólo conocemos vagamente. Es clara la necesidad de un encuadre teórico que considere como agentes nocivos no solamente los físicos, químicos o biológicos sino que también incluya el ruido, la fatiga de avión, el estrés ocupacional, la violencia doméstica, la falta de amor paterno o materno, los conflictos sexuales, como factores perniciosos para la salud, tal como lo plantea Gordis, L. (1980).

Agrega Bersh (s.f), apoyándose en las ideas de Blum (...), que el fenómeno de la salud debe entenderse como “el proceso de variaciones ininterrumpidas, que acompañan el fenómeno vital del hombre, las cuales son producidas o influidas por factores hereditarios, de comportamiento y ambientales, así como por factores o acciones provenientes de los servicios de salud.” Los efectos que tales variaciones producen en el fenómeno vital se reflejan en el grado de éxito que este fenómeno tiene en el cumplimiento de su fin: mantener la salud.

El debate no culmina con los planteamientos de Blum y Bersh. Ya desde antes había surgido un enfoque más holístico con respecto a los factores determinantes de la salud, que procuran integrar las áreas de la salud con la economía de la salud, los procesos políticos y los factores socioculturales. En 1992, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo vincula salud y desarrollo y las concibe desde la perspectiva del desarrollo humano, reconociendo la importancia de las variables socioeconómicas en la salud de las poblaciones.

En este momento histórico, parece darse un tránsito hacia una perspectiva epistemológica social, ya que se deja de pensar al hombre como ser individual, biológico, y se describe en un paradigma social, donde las relaciones entre los individuos se convierten en el objeto de estudio.

4.2. Concepción moderna

En los años noventa, se inicia el estudio de la salud desde las representaciones sociales que tienen los individuos y la sociedad en general. Herzlich, citada por Viveros, M. 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. Igualmente, la tradición antropológica muestra la existencia, en toda sociedad, de un discurso sobre la enfermedad indisociable del conjunto de construcciones mentales, expresión y vía de acceso privilegiada al conjunto de concepciones, valores y relaciones de sentido de esta sociedad (Viveros, M. 1993).

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 biomédico. 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, E. 1992).

Es de resaltar que ya para 1943 con Hovvase, R. (citado por Canguilhem, G. 1978), asumía que estar enfermo significa ser perjudicial o indeseable o socialmente desvalorizado, etc. Inversamente, lo que es deseado en la salud es desde el punto de vista fisiológico evidente, y este hecho da al concepto de enfermedad física un sentido relativamente estable. Lo que es deseado como valores es “la vida, una larga vida, la capacidad de reproducción, la capacidad de trabajo físico, la fuerza, la resistencia a la fatiga, la ausencia de dolor, un estado en el cual se note lo menos posible al cuerpo fuera del gozoso sentimiento de la existencia”.

Sin embargo, la ciencia médica no consiste en especular sobre estos conceptos vulgares para obtener un concepto general de la enfermedad, sino que su tarea propia consiste en determinar cuales son los fenómenos vitales a propósito de los cuales los hombres se declaran enfermos, cuales son sus orígenes, sus leyes de evolución y las acciones que los modifican. El concepto general de valor se ha especificado en una multitud de conceptos de existencia. Pero, a pesar de la aparente desesperación del juicio del valor en esos conceptos empíricos, el medico

sigue hablando de enfermedades, porque la actividad médica por el interrogatorio clínico y por su terapéutica esta relacionada con el enfermo y con sus juicios de valor.

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

Lo anterior y la magnitud de los problemas actuales en salud han conducido al intento de comprender el problema de la salud y la enfermedad desde otros referentes. Se podría pensar en una perspectiva postepistemológica que de cabida a categorías centrales de la vida y sus relaciones con la sociedad, que posibiliten un horizonte más integral de la salud humana.

4.3. Concepción Posmoderna

En la postepistemología, desde los años setenta en adelante, se han recuperado los aspectos positivos de las versiones epistemológicas anteriores, el ideal de precisión y de claridad conceptuales, la historia, la pragmática, el lenguaje, se destaca la comprensión de la realidad y específicamente de las realidades humanas socialmente constituidas. No se niega que haya relaciones causales, ni tampoco se niega en principio que haya cambios de carácter histórico. Sin embargo, tanto las relaciones causales como los desarrollos diacrónicos se entienden en función de relaciones de significación y de formaciones sincrónicas; se opone así al causalismo y al historicismo.

Foucault, a través de obras *El nacimiento de la clínica* (1978), *Arqueología del saber* (1979), *Las palabras y las cosas: una arqueología del saber humano* (1979), e *Historia de la locura en la época clásica* (2000), muestra que nuestras experiencias prácticas y discursos sobre el enfermo, el loco, el delincuente o la sexualidad son inventos recientes que han aparecido a partir de ciertas relaciones entre el saber y el poder que las han hecho posibles, de tal manera que si estas disposiciones que han permitido su emergencia desaparecieran, se llevarían consigo dichas realidades.

Es así como Foucault (1978) en el nacimiento de la clínica hace una arqueología de la mirada en la medida en que cada formación médico histórica modula una luz primordial y constituye un espacio de visibilidad de la enfermedad, poniendo de relieve los síntomas, unas veces como la clínica, otras como la anatomía patológica, y por otro lado devuelve al ojo la profundidad y al mal un volumen “la en-

fermedad como la autopsia de lo vivo”, para Foucault, la enfermedad inicia en una organización, jerarquización dada por las familias, el género y las especies.

Actualmente, el posestructuralismo mantiene una relación de continuidad y reconceptualización con las diferentes versiones del estructuralismo, al tomar de ellas conceptos como estructuras sociales profundas, el rechazo a las definiciones empiricistas de lo que construye la estructura social y el interés por el lenguaje, como estructura semiótica. El ser humano es considerado como resultado de prácticas discursivas. La conducta es vista como el esfuerzo por decir algo. Asume que sus gestos tienen sentido, y que todo lo que el ser humano organiza en torno suyo, en objetos, ritos, costumbres, discursos o literatura, constituye un sistema coherente de signos (Foucault, M. 1979).

Desde la semiología, se abre un horizonte que permite un acercamiento a las creencias y prácticas en salud en diferentes contextos históricos-culturales que hacen posible la comprensión de sus contenidos ideológicos en relación con otras praxis sociales y visiones culturales.

En este momento, nos encontramos ante un cambio paulatino, donde el concepto de salud y enfermedad puede tomar un giro mediante la construcción de nuevas posiciones desde el lenguaje de las sociedades, pues se concibe el lenguaje como el centro del proceso de conocer, actuar y vivir (Torres, B. 2001).

No obstante, no se puede hablar en cualquier época de cualquier cosa, pues no es fácil decir algo nuevo: no basta con abrir los ojos, con prestar atención, o con adquirir conciencia. Lo que se busca es no manejar los discursos como conjuntos de elementos significantes que remiten a contenidos o a representaciones, sino como prácticas que forman sistemáticamente los objetos de que hablan (Foucault, M. 1979: 81). Es indudable que los discursos están formados por signos, pero lo que hacen es *más* que utilizar esos signos para indicar cosas. Es eso lo que los vuelve irreductibles a la lengua y a la palabra. Es ese *más* lo que se debe resaltar para comprender el concepto de salud y enfermedad.

5. LA JUVENTUD Y LOS JÓVENES

Yo soy rebelde
Porque el mundo
Me ha hecho así

Canción de los 60

Para Aristóteles, las edades de la vida eran muy diferentes a las que nuestros padres podían considerar como establecidas y naturales. Decía él que la niñez terminaba a los 25 años, luego seguía la juventud hasta los 45, la edad adulta hasta los 70 y de allí en adelante seguía la vejez. Lo interesante es que esta delimitación de las edades se pensaba varios siglos antes de Cristo, cuando la expectativa de vida no debía alcanzar los 60 años promedio. Sin lugar a dudas había ancianos, pero estos no debían ser muchos en una ciudad (Aristóteles, traducción 1984).

El contraste es evidente con la opinión de un niño en la ciudad de Medellín que decía en una entrevista realizada en la comuna 13: *“ellos nos dicen ‘es que ustedes son el futuro y el futuro todavía no es’ ... eso será cuando nosotros estemos viejos... treinta y cinco años. (...) Los adultos dicen que nosotros somos el futuro del barrio, de la comunidad... pero es que eso es malo y eso nos está afectando porque eso hace que muchas veces no crean en nosotros. Creen que debemos estar viejos para poder pensar como ellos porque ellos piensan lo correcto, creen que no estamos muy maduros para asumir ciertas responsabilidades...”* (Luna M. T. y González D. M., 2004). Para este niño, alguien de 35 años ya es viejo.

Lo cierto es que el ser joven para Aristóteles era algo muy distinto que ser joven hoy. Porque en su época, un niño de 20 años ya discutía con los ciudadanos maduros de 65 años en el *ágora*. En cambio, el niño de Medellín siente que los adultos de 25 años lo excluyen y no deberían hacerlo porque no hay que ser un viejo de 35 años para asumir ciertas responsabilidades.

Es igualmente curioso que la naturaleza de la juventud (su *Physis*) para los griegos era muy diferente al significado de juventud para el niño de Medellín y para los jóvenes de Manizales. Y esto es porque la adolescencia fue inventada al principio de la era industrial, pero no se empezó a democratizar hasta alrededor de 1900, cuando diversas reformas en la escuela, el mercado de trabajo, la familia, el servicio militar, las asociaciones juveniles y el mundo del ocio, permitieron que

surgiese una nueva generación consciente de crear una cultura propia y distintiva, diferente a la de los adultos (Feixa, C. 2005). Sólo hasta entonces se develo una manera de ser joven, diferente a la de ser niño y a la de ser adulto. Sólo hasta entonces se abrió la puerta a una música joven, una manera de vestirse joven, un lenguaje joven, una estética y una manera de afrontar el mundo como joven, diferente a la de los adultos y a la de los niños. La historia del siglo XX puede verse como la sucesión de diferentes generaciones de jóvenes que irrumpen en la escena pública para ser protagonistas en la reforma, la revolución, la guerra, la paz, el rock, el amor, las drogas, la globalización o la antiglobalización.

No obstante, ser joven no ha tenido aún un estatuto legal. Los *niños* son los únicos que cuentan con una definición jurídica de aceptación universal, de acuerdo con lo señalado en la Convención sobre los Derechos del Niño de 1989, suscrita por 191 países: "...se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad..."

A partir de tantas definiciones un tanto ambiguas, no es de extrañar que abunden diversas interpretaciones sobre el inicio y, especialmente, del término de la juventud, encontrándose definiciones que ubican la cota superior en los 26 años, como el caso colombiano, 29 en Chile y 32 en Costa Rica. El permanente aumento del número de años que los individuos siguen en su familia, se ha dado por diferentes variables socioculturales como la postergación del matrimonio, las dificultades para la inserción plena en el mercado laboral y la extensión en los años de estudio, entre otras.

La duración de la juventud también difiere de un grupo social a otro, por lo que en ocasiones se señala que no existe una juventud sino varias. En el caso latinoamericano, por ejemplo, se puede observar cómo la juventud es una etapa muy prolongada entre los estratos medio y alto, más breve entre los trabajadores, muy reducida entre los grupos urbano-marginales, y entre los campesinos a menudo se le considera prácticamente inexistente. A lo anterior se agrega la dimensión de género, que determina la distinción entre niño, joven y adulto con matices diferenciales de acuerdo con la diversidad de roles basados en el sexo.

Dado que la definición de juventud presenta grandes variaciones debido a circunstancias políticas, económicas y socioculturales, en el Año Internacional de la Juventud de 1985, la Asamblea General de la ONU definió como jóvenes a las personas comprendidas en el tramo etáreo entre los 15 y los 24 años de edad. A partir de 1985, todos los servicios estadísticos de las Naciones Unidas han utilizado el grupo 15-24 para recolectar estadísticas globales sobre juventud, especialmente en demografía, educación, empleo y salud. Esta investigación utilizará

la definición propuesta por la ley 375 de la juventud de Colombia que los enmarca dentro de un rango de los 14 a los 26 años de edad.

En las últimas décadas, se han desarrollado corrientes de pensamiento que cuestionan las anteriores definiciones basadas en tramos etéreos desde una base natural, psicobiológica, y surge la necesidad de encontrar otras relaciones para comprender el concepto de joven, como los condicionamientos históricos, económicos y culturales entre los que se incluyen el género, la etnia y la preferencia sexual.

Las nuevas perspectivas aportan conceptos más complejos a lo que se conoce como *construcción social de la realidad juvenil*, noción que permite ver al sujeto como activo y capaz de transformar, deconstruir y construir las explicaciones que existen sobre él o ella y sobre su mundo. De esta manera, la juventud ha sido *explicada* desde diferentes posturas que implican determinados discursos y prácticas, producidos y reproducidos por diversas instituciones como el Estado, la Iglesia, la familia, los medios de comunicación y la academia.

Como lo señala Gloria Bonder (citado por Alpizar, L; Bernal, M. 2003:2) “la investigación contemporánea sobre juventud al igual que otros temas sociales conforma un campo de lucha simbólica y política en el que las distintas perspectivas pugnan por posicionarse como referentes válidos en la construcción de discursos legítimos”. La autora señala cómo es preciso reconocer que estas producciones científicas “expresan también los miedos, la envidia, el voyeurismo, la idealización y la nostalgia de los adultos; quienes se vinculan con este estadio de edad como algo, simultáneamente, extraño y familiar. Sin duda, ese vínculo también juega a la hora de definir sus rasgos y sobre todo interpretarlos”.

Asimismo, es importante destacar que las teorías sobre juventud corresponden también a las visiones predominantes sobre el ser humano, y a la situación política, económica y social existente en el momento en el que la teoría fue desarrollada. Además, es un proceso de vaivén donde posturas que nacieron hace treinta o cuarenta años, con el tiempo vuelven y toman vigencia.

A continuación, presentaré un recorrido sobre las definiciones de juventud para ver la importancia que este concepto ha tenido en la construcción de políticas públicas y programas, apoyándome en la construcción de Alpizar, L. y Bernal, M. (2003:1-20).

5.1. Juventud como dato sociodemográfico

Esta es una perspectiva que permeó los estudios de juventud desarrollados en la segunda mitad del siglo XX, donde la juventud era un grupo de edad (sobre la cual todavía no hay un consenso claro), vista principalmente desde un punto de vista poblacional. Los ejemplos típicos desarrollados desde esta perspectiva han sido principalmente sociodemográficos, cuya presencia se multiplicó particularmente a partir de la crisis poblacional de los años sesenta y setenta, hasta nuestros días.

Los y las jóvenes se convierten aquí en un grupo homogéneo integrado por todas las personas que coinciden en un grupo de edad, definido por cotas que en algunos casos resultan arbitrarias y en otros responden a intereses de control poblacional o de inserción productiva. Las personas jóvenes son ubicadas principalmente como un dato estadístico.

5.2. Juventud como etapa del ciclo biológico

Esta es una de las perspectivas que ha tenido mayor impacto en el imaginario social sobre la vida de las personas jóvenes: la juventud como problema, como etapa de crisis, rebeldía y presencia común de patologías. Esta perspectiva ha implicado una visión de la adolescencia y la juventud como un momento de *riesgo* frente a la constitución de una personalidad sana, no patológica.

Aquí se retoma en gran parte la visión positivista del desarrollo humano, centrada en los cambios hormonales y fisiológicos de la persona, pues se considera que es posible determinar las características normales o anormales en el comportamiento de un joven o un adolescente.

En esta definición, se presenta una clara diferenciación de género, que responde a los roles tradicionales. Por ejemplo, considera que una joven sana debe tener expectativas definidas y claras tendientes a la maternidad (anteponiendo la maternidad a la sexualidad), como la pasividad sexual, la formación de la familia y el cuidado de los otros. Desde esta visión, es normal que las niñas y las jóvenes tengan dificultades con la madre, en la relación entre mujeres, por las cuestiones de competencia por los hombres. Esta visión sigue siendo fuertemente utilizada en muchos estudios sobre salud mental y sexualidad en mujeres y hombres jóvenes.

5.3. Juventud como momento clave para la integración social

Otra perspectiva sobre la juventud, desarrollada en gran medida a mediados del siglo XX, es la de la juventud como una etapa en la cual la gente joven debe formarse y adquirir los valores y habilidades para una vida adulta productiva y bien integrada socialmente. De la misma manera que en la perspectiva anterior, la juventud es ubicada como *proceso de transición*. Erikson (1951), aunque retoma elementos de la perspectiva anterior, pone énfasis en la importancia de la adolescencia como espacio de aprendizaje y como potencial de desarrollo e integración. Este autor desarrolla la noción de moratoria como signo distintivo de esta fase de la vida y la descripción de los procesos emocionales y de aprendizaje social que convergen en la constitución de la identidad juvenil.

Hacia 1990, Morch (citado por Alpizar, L. y Bernal, M. 2003) elabora una crítica a la teoría clásica de Erikson. Para él, la juventud como concepto moderno está directamente relacionada con la existencia de determinadas estructuras de actividades específicas en las que los individuos deben ubicarse. Estas estructuras (escuela, trabajo, tiempo libre, etc.) están organizadas socialmente para dar respuesta a las necesidades de desarrollo de la individuación societal. En esta concepción, la juventud es concebida como un estatus que se adquiere a través de la adecuación de los individuos a determinadas actividades socialmente definidas. Desde este punto de vista, podría haber personas cronológicamente jóvenes pero que, no obstante, no desarrollan su juventud, o bien, adultos que desarrollan comportamientos típicamente juveniles.

Los resultados de las investigaciones desde esta posición han servido como sustento de políticas de readaptación social juvenil, de prevención de la delincuencia, de legislación, acciones represivas, sustentadas en la construcción de tipologías fuertemente discriminatorias que relacionan ciertas condiciones (como raza, clase y nivel escolar) con el potencial de desadaptación social, particularmente en hombres jóvenes (Alpizar, L. y Bernal, M. 2003).

5.4. El joven como agente de cambio

Esta es una línea de investigación de la juventud influida fuertemente por el materialismo histórico. Los estudios realizados desde esta perspectiva tienden hacia una visión muy idealista de la juventud, al ubicar a los jóvenes como agentes de la revolución reconocer su aporte en procesos significativos del cambio social.

Según Bonder (1999), hacia los años sesenta “la juventud se instaló decididamente en el centro del debate sobre conformismo, rebeldía, el consumismo y la delincuencia y una vez más, los grupos juveniles fueron caracterizados como potenciales causantes de problemas, desorden y caos social”, al tiempo que se elaboraban teorías que intentaron explicar y controlar estos fenómenos y recetar soluciones para ellos. Clarke (1975. Citado por Alpizar, L. y Bernal, M. 2003:9) ejemplifica lo anterior señalando que “la juventud se transforma en la metáfora de tratamiento de la crisis en la sociedad, en el indicador sobre el estado de las naciones, del ciclo de altas y bajas de la economía, los cambios de valores culturales de la sexualidad, la moral, la familia, las relaciones de clase y las estructuras ocupacionales”. De modo que a partir de esto, se espera que la juventud proporcione “las soluciones a los problemas de la nación ya que se considera que los jóvenes portan la llave del futuro del país”.

5.5. Juventud como problema de desarrollo

Esta tendencia ha centrado su discusión y análisis en la generación de políticas públicas de juventud en América Latina y tiende a definir la juventud como problema del desarrollo, debido a la alta incidencia de desempleo en este grupo, o del consumo de drogas ilícitas, el número de embarazos adolescentes, entre otros (Ferraroti, 1981).

Estos estudios tienden a enfocarse en problemas del desarrollo socioeconómico (desempleo, tasas de fertilidad y crecimiento poblacional, migración e inmigración, nivel educativo, etc.) y retoman en muchos casos el enfoque sociodemográfico, pero van más allá de los estudios meramente estadísticos. Se enfocan principalmente en propuestas para integrar a la población juvenil a la sociedad, y proponen bases para el desarrollo de políticas públicas dirigidas a este grupo.

A diferencia de la perspectiva sociodemográfica, se retoman las particularidades regionales-subregionales o nacionales que enfrentan los jóvenes. En los estudios, se tienen en cuenta diferentes variables no consideradas en las anteriores concepciones de juventud, como son: el nivel educativo y la clase, cambios en la edad de matrimonio o conformación de una nueva familia, y el acceso a la satisfacción de determinadas necesidades que históricamente no habían sido ubicadas como necesidades de esta población. Por ejemplo, el acceso a vivienda cuando se trata de gente joven que no se ha casado ni está por casarse.

Estos estudios toman en cuenta los cambios en los comportamientos y contextos sociales en los que vive la gente joven en relación con la conformación de una

familia, en la iniciación de la actividad sexual, en el acceso a la educación primaria y secundaria, en el empleo, entre otros.

5.6. Juventud y generaciones

Esta perspectiva tiende a ubicar la población joven a partir de sucesos históricos significativos que sirven para identificar los referentes inmediatos de la gente joven de determinada época. En este caso, la juventud es definida como un grupo generacional, que desde esta visión puede compararse con otras generaciones de jóvenes (que obviamente ya no lo son). El concepto de generación ha servido para construir algunos estereotipos sobre la gente joven de determinada época.

A semejanza de la perspectiva sociodemográfica, ésta tiende a homogenizar a la gente joven, con características comunes en todas las personas que están ubicadas en la generación joven del momento.

Algunos estudios tales como los de Hicks, 1999; Bagby, 1998; Schneider, 1999, tienden a resaltar las diferencias y conflictos entre generaciones, haciendo énfasis en los problemas enfrentados por la sociedad en dicho momento, sin considerar las diferencias intergeneracionales en sí.

5.7. Juventud como construcción sociocultural (juventudes)

Una última perspectiva tiene que ver con aproximaciones teóricas más recientes, desarrolladas sobre todo en los últimos treinta años que ubican a la juventud como una construcción sociocultural. La mayoría de los estudios realizados desde esta perspectiva han sido desarrollados desde 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).

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 un proceso 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 interac-

cionismo simbólico, del estructuralismo, la semiótica, la literatura contracultural y el marxismo cultural.

Entre sus principales exponentes encontramos a Cohen, 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 de una nueva identidad social (Feixa, 1995).

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. Esta, al igual que otras teorías, hoy dominan el sentido común.

Feixa (1995) concibe las culturas juveniles referidas a la manera en que las experiencias sociales de los 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, y 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, Reguillo (2003) señala que los 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 re-construye históricamente. Cada sociedad define a la juventud a partir de sus propios parámetros culturales, sociales, políticos y económicos, por lo que no se puede establecer una definición única.

6. METÓDICA DE LA INVESTIGACIÓN

“Un muchacho se curó la lepra comiendo papaya.”

Guillermo Féruson⁶

Nos referimos a la metódica como el camino recorrido, que fue en buena parte diseñado o designado por la autora, pero que sólo era una línea en un mapa, porque el camino real era sólo una trocha donde aparecieron sorpresas maravillosas, dificultades insospechadas y profundas gratificaciones, imposibles de prever en ese destino (palabra semejante a diseño) que solemos proyectar los investigadores cuando enfrentamos cualquier objeto de estudio. Por eso, no hablamos de objeto sino de sujetos.

Sujetos

En el estudio, participaron cinco grupos de jóvenes de la ciudad de Manizales, conformados por 57 jóvenes entre los 10 y los 51 años. La convocatoria se realizó a través de la Secretaria de Desarrollo Comunitario de Manizales que tiene a su cargo el fortalecimiento de los jóvenes de la ciudad. Se les presentó el proyecto y ellos voluntariamente se inscribieron para participar.

El criterio principal de selección de los cinco grupos, entre unos 65 inscritos, consistió en que los grupos de jóvenes fueran de carácter *reflexivo*, es decir, que los jóvenes que integraban el grupo reconocieran su pertenencia a él y tuvieran criterios para saber quiénes pertenecen al grupo y quiénes no pertenecen a él. Es decir, que el grupo tuviera criterios de identidad que permitieran advertir un pensamiento elaborado y compartido en su interior.

⁶ El doctor Guillermo Féruson, decano de la facultad de Medicina de la Universidad Nacional en Bogotá en los años 70, solía entregar unas fotocopias donde aparecía esta frase en forma de epígrafe.

Para la selección de los participantes se tuvieron en cuenta las siguientes condiciones:

- a. La aceptación de los grupos de participar en la investigación.
- b. Se buscó que los grupos fueran, en lo posible, de diferentes comunas de la ciudad, previendo posibles diferencias en sus representaciones, dado que en Manizales existen barrios en los que se ha hecho un mayor énfasis en los programas de promoción y prevención de la salud, tanto por las instituciones prestadoras de servicios de salud, como por los programas de las diferentes universidades.
- c. Se escogieron teniendo en cuenta que en los grupos participantes hubiese como mínimo un grupo de solo hombres, uno de solo mujeres y otros mixtos, lo que permitió un análisis de las diferencias por género.

Además, se contó con la participación del grupo GIPA (Grupo Interinstitucional de Programas para Adolescentes), con el ánimo de relacionar y cruzar sus representaciones con las de los jóvenes.

Los grupos que participaron fueron los siguientes:

Cadel i

Está conformado por jóvenes que asisten a la fundación Caminos de Libertad, que se dedica al reciclaje de papel, como proyecto económico productivo, apoyado por la Secretaria de Desarrollo Comunitario de Manizales.

Son jóvenes que buscan la fundación con el ánimo de eliminar de sus vidas el problema de la drogadicción. En ocasiones van por su propia cuenta, pero también hay jóvenes apoyados por sus familias.

De acuerdo con el portafolio de servicios de la fundación, el grupo está conformado por jóvenes vulnerables a la patología de adicción a las drogas, que desean reeducarse a través de una vivencia comunitaria, forjar estilos de vida saludables, y por esto CADELI dedica todos los esfuerzos a la promoción, prevención, reeducación y rehabilitación integral de adictos a las sustancia psicoactivas y el alcohol. Consideran que la adicción es un cáncer social que afecta a todos.

Los principales objetivos de la fundación son: velar por la reeducación y rehabilitación de personas con problemas de fármaco dependencia y alcoholismo, orientándolos a la adquisición de nuevos principios de vida que les permita reincorporarse a la sociedad como hombres y mujeres de bien, teniendo en cuenta las terapias concebidas para tal fin, aceptadas por la fundación, y, basados en los pará-

metros de la Organización Mundial de la Salud. Además de velar por la promoción y prevención integral de los adolescentes, jóvenes y sus familias en todos los espacios, hacen énfasis en el sector educativo, con el fin de generar una mayor posibilidad de recepción de la información y el conocimiento, permitiendo así una vida más saludable y productiva.

Gran Blanco

Es un grupo de jóvenes que comparten su afinidad por el arte callejero, el HIP HOP y el RAP. Manifiestan ellos mismos cómo “la calle es una escuela. Cada día aprendo de ella para bien o para mal, y no sólo de la calle como calle, sino de los personajes que habitan en ella, y detrás de cada personaje le encontramos sentido a todo”. Los jóvenes dicen que en la calle aprenden y que deben existir los medios que le enseñen a las personas a comprender el significado de ésta, dado que es imprescindible para el diario vivir.

Respecto a la calle, los jóvenes de Gran Blanco dicen “que quien no sabe pilotarla se lo traga”. Aseguran que en la calle se aprende todo y todo el día, y si las personas no están preparadas para asumir y comprender lo que en ella está, es muy difícil poder salir adelante ya que en ella se pueden aprender muchas cosas negativas. La calle es vista como lienzo para escribir los graffitis y como escenario para realizar los bailes, preferiblemente en sitios simbólicos de la ciudad.

Este grupo lo integran sólo hombres, aunque ellos dicen que no tienen problemas si llegaran mujeres, que el problema ha sido más por la falta de aceptación de los padres a estos proyectos (eminentemente callejeros). Ellos consideran que los han visto como peligrosos y no como lo que son: creativos y dispuestos a ayudar a otros jóvenes a ocupar su tiempo libre haciendo creaciones. Dicen que a las niñas no las dejan salir fácilmente de sus casas, que les ponen mucho problema y que sus padres las cuidan mucho.

Cedeco

Son jóvenes que se reúnen en las instalaciones del centro de educación y desarrollo comunitario (CEDECO–Galán) para compartir con los amigos del barrio en todo lo que sea, dicen ellos, pues la idea es estar en las buenas y en las malas, el nombre del grupo es CEDECO puesto que es allí donde se reúnen.

Los jóvenes que hacen parte de este grupo son jóvenes, en su mayoría estudiantes de primaria y secundaria, que buscan estar en el centro para ocupar su tiempo libre. Son jóvenes que viven en un barrio de estrato uno, con pocas posibilidades económicas de lograr acceso a la recreación, el deporte y la cultura. Se resalta que

este grupo está integrado por los jóvenes de menor edad de los participantes en el proyecto, y se encuentran en un contexto que los hace altamente vulnerables a la delincuencia, al consumo de sustancias psicoactivas y el alcohol.

El centro comunitario busca promover el desarrollo integral de la comunidad del barrio Galán y sectores aledaños a través de la ejecución de programas y proyectos en diversas áreas por medio de la coordinación interinstitucional y la consolidación de alianzas estratégicas. Sus objetivos son: apoyar y promover programas, proyectos de educación y capacitación que incrementen las posibilidades de crecimiento personal, comunitario y social; generar y promover estilos de vida saludables por medio de programas y proyectos de promoción y atención en salud y nutrición; fomentar el desarrollo de las personas mediante el deporte, la recreación y la utilización adecuada del tiempo libre; desarrollar programas y proyectos que contribuyan a la formación de una comunidad organizada y cogestora de sus propuestas de desarrollo social; y testimoniar una iglesia profética, inserta, servidora, que exprese y haga visible la cercanía y ternura de dios y su predilección por los marginados.

Red de Radios

Es un grupo que se reúnen en el Centro Comunitario Versailles. Son jóvenes cuya afinidad es la comunicación, muchos de ellos pertenecen a colegios de la ciudad donde existen radios escolares y periódicos. Se reúnen hace cuatro años. Su coordinador es un estudiante de comunicación social y periodismo de la ciudad.

Estos jóvenes sienten un compromiso especial por mejorar los diferentes niveles comunicacionales entre los jóvenes y entre ellos y los medios de comunicación, fundamentan sus razones en que deben ser arte y parte de la comunicación que se genera en los diferentes medios, tanto en el nivel local como nacional.

Universitario Adventista del séptimo día⁷

Las jóvenes se definen como un grupo con participantes de cualquier edad que están cursando o han cursado cualquier carrera universitaria. Es un grupo religioso compuesto por 26 jóvenes estudiantes de Medicina, Arquitectura, Ingeniería,

⁷ El grupo Adventista del séptimo día define que su nombre se debe a la palabra *advenimiento* que significa que están esperando la segunda venida de Jesús a la tierra, lo cual ocurrirá muy pronto, dicen los jóvenes, por las señales sociales, políticas y religiosas que se muestran actualmente en la sociedad. Además sostienen que *del séptimo día* porque guardan el sábado de manera que no realizan ningún trabajo ese día, dado que es un día de guarda desde los postulados bíblicos.

odontología, Fisioterapia, Enfermería, Teología, Educación Física, geología, Agronomía, Biología Tropical y Música.

En cada reunión, hacen dinámicas de grupo, estudian la Biblia, cantan y oran. Cada año se hace un congreso de universitarios nacionales que reúne aproximadamente 500 jóvenes adventistas de todo el país. En ese congreso se invitan líderes mundiales de jóvenes para que diserten y den ánimo a los participantes en el evento.

El grupo se conformó en octubre de 2005 y cuenta con una presidenta que es elegida en forma democrática por un período de un año, de igual forma que la vicepresidenta y la secretaria.

En forma extraordinaria y permanente hacen otras actividades como paseos, caminatas, comitivas, campamentos y concursos. Uno de los grandes objetivos del club universitario es mantenerse unidas y animadas en forma espiritual y orientarse en la búsqueda de una calidad de vida integral.

GIPA

En Manizales, desde 1993, funciona el Grupo Interinstitucional de Programas para Adolescentes – GIPA, conformado por instituciones públicas y privadas, que tienen historia de trabajo con jóvenes, tratando de incidir en los perfiles epidemiológicos de adolescentes y jóvenes que no se diferencian de los del resto del país y están especialmente relacionados con su salud mental y reproductiva. Sus integrantes son:

- ✓ Alcaldía de Manizales, con sus Secretarías de Salud (Coordinadora del Grupo y del Proyecto Juventud Manizales 2000), Desarrollo Comunitario y Educación.
- ✓ Caja de Compensación Familiar de Caldas – CONFAMILIARES.
- ✓ Hospital Infantil Universitario de la Cruz Roja.
- ✓ Universidad de Caldas.
- ✓ Universidad de Manizales.
- ✓ Fundación para el Desarrollo Integral del Menor y la Familia – FESCO.
- ✓ Instituto del Seguro Social.
- ✓ Planificación familiar y salud sexual y reproductiva. PROFAMILIA.

Trabajan con una estrategia de trabajo integrado con jóvenes que comprende tres ejes temáticos: salud, educación y desarrollo comunitario.

Como debilidades del primer eje –Salud– encuentran que en el Sistema de Seguridad Social en salud del país no se contempla para este grupo de población la atención psicosocial individual en el primer nivel. Además, consideran que los costos del portafolio de servicios diferenciados han reducido la oferta de estos servicios por su baja rentabilidad financiera en detrimento de la rentabilidad social. Por otra parte, piensan que se requiere contar con programas diferenciados para el manejo de trastornos de conducta, abuso sexual, violencia y maternidad adolescente.

En el segundo eje –educación– observan una alta deserción de jóvenes del sistema educativo, por la falta de adecuación del currículo a sus necesidades. El desafío es la adopción de un currículo que haga énfasis en el desarrollo humano, desde lo emocional, creativo, empresarial y de formación para el trabajo

En el tercer eje –desarrollo comunitario–, manifiestan una evidente fricción entre las realidades o mundos juveniles y los acuerdos o metas programáticas institucionales. La necesidad de un abordaje integral a jóvenes y adolescentes aparece como política y directriz en diferentes mandatos internacionales, como por ejemplo la XXIII Asamblea de Naciones Unidas a favor de la Adolescencia, y la Cumbre Iberoamericana de Ministros de Juventud, Cumbre de Beijing, entre otros.

Tipo de estudio

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

6.1.1. Unidad de trabajo

Estuvo conformada por los textos producidos después de transcritos los discursos emitidos por los jóvenes en los grupos de discusión y en las entrevistas en profundidad.

6.1.2. Unidad de análisis

Los enunciados sobre conocimientos, valores, experiencias, sentidos que le dan a su vida en relación con la salud.

6.1.3. Instrumentos

La información se obtuvo a través de una encuesta aplicada a todos los integrantes de los diferentes grupos, 6 grupos de discusión y 6 entrevistas a profundidad.

6.1.3.1. *La encuesta*

Permitió un acercamiento inicial con los jóvenes y conocer quiénes eran los grupos desde el punto de vista sociodemográfico. Además, hizo posible una lectura sobre sus concepciones de salud de forma individual, lo que Moscovici llamaría el sistema periférico, y ver cuáles eran sus fuentes de información en la construcción de su representación.

6.1.3.2. *Los grupos de discusión*

Fueron el eje central de la recolección de información, lo que permitió develar las concepciones, conocimientos, creencias, mitos, sentidos, experiencias, prácticas en relación con la salud. Se logró explorar el contenido temático, las fuentes de procedencia de la información, y profundizar en diferentes tópicos en las discusiones. Es importante resaltar que los grupos de discusión son una buena estrategia siempre y cuando los grupos sean de carácter *reflexivo*, ya que se conocen muy bien y hay mayor tranquilidad y compromiso con la discusión, lo que no pasa con los grupos contingentes que no tienen sentido de pertenencia. Esta estrategia permite poner de manifiesto el nodo central que propone Moscovici, es decir, el saber de sentido común que el grupo comparte.

La información recolectada mediante esta estrategia dio la posibilidad de construir categorías emergentes y volver a los grupos para confrontarlas y encontrar nuevos sentidos a partir de los mismos jóvenes en entrevistas en profundidad.

6.1.3.3. *Las entrevistas semiestructuradas en profundidad*

Se utilizaron como una estrategia para ahondar en aquellas categorías emergentes del primer análisis de los grupos de discusión. Los jóvenes que participaron fueron elegidos por los mismos grupos.

6.1.3.4. *La observación sistemática*

Sólo fue utilizada como parte complementaria en los grupos de discusión y en las entrevistas en profundidad, puesto que los grupos tenían la particularidad de tener una gran afinidad y sentido de pertenencia, pero los jóvenes eran de diferentes barrios de la ciudad. No son grupos que tuvieran sitios de encuentro y de convivencia en su ambiente cotidiano cercano como lo propone Taylor y Bogdam, (1996) para su sistematicidad. Por lo tanto, la contrastación entre lo que es dicho y es hecho fue valorado en los grupos de discusión y las entrevistas en profundidad. Se observaron sus actitudes frente a las respuestas y preguntas, sus gestos, con el fin de poner de manifiesto algunos temas que fueron el hilo conductor del discurso.

Lo anterior también es confirmado por Muñoz, G. (2003), cuando afirma, (en el caso de las culturas juveniles) la desterritorialización de los grupos, lo que explica que los jóvenes son transversales en el contexto urbano y no están necesariamente ligadas a un territorio, como ocurre con las culturas agrarias.

7. RESULTADOS

Amaneció bajo las alas de la muerte
Porque no entiende que la vida es sólo una
Irónicamente en que el amor se convierte en muerte.
Que descansen en paz.

“Vive la vida minuto a minuto y encontraras en cada uno
de ellos un motivo por el cual conducirte en la forma
correcta, te lo aseguro.

Canción actual en reguetón

7.1. Caracterización sociodemográfica

Recordemos que en el capítulo pasado dijimos que los sujetos participantes en nuestro proceso investigativo fueron 57 jóvenes pertenecientes a 5 grupos que desarrollan sus vidas en Manizales, con diferentes afinidades de encuentro y participación colectiva, y el grupo GIPA, que apoya en la parte técnica a la Secretaria de salud de Manizales en la formulación e implementación de programas para los jóvenes de la ciudad.

Tabla No. 7.1. Grupos de jóvenes participantes en el proyecto

GRUPOS DE JÓVENES	NÚMERO	PORCENTAJE
CADELI	16	28,1
CEDECO	13	22,8
ADVENTISTA	12	21,1
RED DE RADIOS	10	17,5
GRAN BLANCO	6	10,5
Total	57	100,0

Tabla No. 7.2. Género de los jóvenes participantes en el proyecto

GÉNERO	NÚMERO	PORCENTAJE
MASCULINO	38	66.7
FEMENINO	19	33.3
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.

Tabla No. 7.3. Edad de los integrantes de los grupos

EDAD EN AÑOS	NÚMERO	PORCENTAJE
19-24 AÑOS	23	40,4
15-18 AÑOS	13	22,8
10-14 AÑOS	8	14,0
31-40 AÑOS	6	10,5
41-50 AÑOS	4	7,0
26-30 AÑOS	2	3,5
51-60 AÑOS	1	1,8
TOTAL	57	100,0

Sus edades oscilan entre los 10 y los 52 años, con una prevalencia mayor de jóvenes entre los 19 y los 24 años, es de recalcar que la edad es un criterio que no discrimina entre los jóvenes la pertenencia o no a un grupo.

Tabla No. 7.4. Comuna de procedencia⁸

COMUNA DE PROCEDENCIA	NÚMERO	PORCENTAJE
COMUNA 1	3	5,3
COMUNA 2	15	26,3
COMUNA 3	7	12,3
COMUNA 5	4	7,0
COMUNA 6	2	3,5
COMUNA 7	5	8,8
COMUNA 8	3	5,3
COMUNA 9	5	8,8
COMUNA 10	3	5,3
COMUNA 11	8	14,0
VILLAMARIA	2	3,5
TOTAL	57	100,0

Un gran porcentaje de jóvenes vive en la comuna 2, debido a que los jóvenes del grupo CEDECO habitan en su totalidad en ella y del grupo CADELI muchos de sus

⁸ Manizales es la capital del departamento de Caldas. Su organización administrativa en el área urbana está dividida por comunas, las cuales están compuestas por barrios.

integrantes viven en estos barrios. Sin embargo es de recalcar que los jóvenes tienen pertenencia por su grupo más por sus afinidades que por la cercanía barrial.

La ubicación en su mayoría en la comuna 2, 7 y 11 permite concluir una estratificación socioeconómica de los jóvenes en extractos 2 y 3.

Tabla No. 7.5. Afinidad por el grupo.

AFINIDAD POR EL GRUPO	NÚMERO	PORCENTAJE
La recuperacion, el cambio y el amor a dios	22	38,6
Compartir y disfrutar con los amigos	14	24,6
Compromiso con los medios de comunicacion	6	10,5
El arte callejero hip hop	6	10,5
Las drogas y el alcohol	3	5,3
Por los estudios	2	3,5
Total	53	93,0
No responden	4	7,0
TOTAL	57	100,0

Los jóvenes manifiestan entre sus afinidades para participar en los diferentes grupos las siguientes expresiones: alcanzar la recuperación, el arte musical, el cariño y la posibilidad de compartir con el grupo, la comunicación, el conocimiento de Dios, el aprendizaje y algún hooby. Es de resaltar que los jóvenes son claros al describir su afinidad, que es coherente con la función del grupo y la afinidad que ellos definen. Por ejemplo, el grupo Adventista manifiesta que los une el amor a Dios, el tener las mismas creencias y el estudio de la Biblia; el grupo Gran Blanco reconoce su afinidad frente al arte callejero, el Hip Hop y el Rap; los jóvenes de grupo Red de Radios se reúnen por el manejo de los medios de comunicación y la innovación en sus colegios; los integrantes de CADELI, por su parte, dicen que les gusta la superacion y están juntos, por las ganas que tienen de salir adelante y dejar el consumo del alcohol y las drogas; y al grupo CEDECO, los unen las ganas de pasarla bien, de estar con los amigos y de disfrutar sanamente el tiempo libre.

Tabla No. 7.6. Estado civil

ESTADO CIVIL EN AÑOS	NÚMERO	PORCENTAJE
Soletro	49	86,0
Casado	4	7,0

Separado	2	3,5
Union libre	1	1,8
Viudo	1	1,8
TOTAL	57	100,0

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

Tabla No.7.7. Convivencia actual de los jóvenes

LOS JÓVENES VIVEN CON	NÚMERO	PORCENTAJE
Padre, madre, hermanos	20	35,1
Madre, hermanos	12	21,1
Solo	7	12,3
Madre, hermanos, sobrinos	4	7,0
Esposo, hijos	4	7,0
Padre, madre	3	5,3
Madre	3	5,3
Padre, hermanos, sobrinos	1	1,8
Hermanos	1	1,8
Madre, hermanos, esposo	1	1,8
Esposo	1	1,8
TOTAL	57	100,0

En relación con la convivencia se observa una alta tendencia a vivir con su familia en su mayoría conformada por padre, madre y hermanos, seguido de la familia conformada por la madre y sus hijos.

Tabla No.7.8. Actividades que se encuentran realizando en el momento.

ACTIVIDADES QUE REALIZAN	NÚMERO	PORCENTAJE
Estudiante	32	56,1
Sin ocupación	14	24,6
Trabajador independiente	6	10,5
Empleado	3	5,3
Estudia y trabaja	2	3,5
TOTAL	57	100,0

La ocupación de los jóvenes es la de estudiante en su mayoría seguido de una situación que consideran sin ocupación aunque se consideran en edades propicias para la educación y el trabajo.

Tabla No.7.9. Último año cursado

ÚLTIMO AÑO CURSADO	NÚMERO	PORCENTAJE
Primaria incompleta	3	5,3
Primaria completa	8	14,0
De 6-9 grado completo	15	26,3
De 10-11 grado incompleto	3	5,3
Secundaria completa	7	12,3
Universitaria incompleta	15	26,3
Universitaria completa	2	3,5
Estudio tecnológico completo	2	3,5
Sin estudio	2	3,5
TOTAL	57	100,0

A la pregunta de si estudian actualmente, los jóvenes manifiestan que sí en un 57.9% y no en un 42.1%, manifestando como causas de no estudio las siguientes: ya terminó la secundaria, por factor económico, prefiere trabajar, no lo reciben en la casa y por tanto no tiene apoyo, los echaron del colegio, por las drogas y algunos manifiestan que no por estar en proceso de reeducación por drogadicción. Es importante ver que 15 de los 57 jóvenes están cursando estudios universitarios y 15 están en secundaria, pero 2 jóvenes no tienen ningún nivel educativo.

Tabla No.7.10. Concepciones sobre salud.

¿QUÉ PIENSAN LOS JÓVENES ACERCA DE LA SALUD?	NÚMERO	PORCENTAJE
Estar bien	17	29,8
Equilibrio físico, mental y espiritual	17	29,8
Bienestar	8	14,0
Tener ayuda medica	3	5,3
Estar vivo	2	3,5
Sabiduría	1	1,8
Es cuidarse	1	1,8
Desarrollo sostenible físico, motriz, mental	1	1,8
Derecho	1	1,8
Sobriedad	1	1,8
Total	52	91,2
No responden	5	8,8
TOTAL	57	100,0

En la primera exploración desde el punto de vista cuantitativo e individual los jóvenes definieron la salud en términos como *estar bien*, un *equilibrio físico, mental y espiritual*; y de *bienestar* en menor proporción.

El 72.6% tiene acceso al sistema de seguridad social en salud y un 29.8% refieren que no tienen ningún acceso al sistema. Por el tipo Empresa promotora de salud⁹ a la que están inscritos se puede inferir que, en su mayoría, son de régimen contributivo.

El 33.3% de los 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.

⁹ 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 la población trabajadora y sus beneficiarios, mediante el régimen contributivo.

Tabla No.7.11. Medios que incidieron en la construcción del concepto de salud de forma individual

FUENTES DE INFORMACIÓN QUE LOS JÓVENES RECONOCEN INCIDIERON EN LA CONFIGURACIÓN DE SU CONCEPTO EN SALUD	NÚMERO	PORCENTAJE
La familia	12	21,1
Medios de comunicación	4	7,0
La vida	3	5,3
La calle	3	5,3
La iglesia	2	3,5
Instituciones	1	1,8
Médicos	1	1,8
La gente que me apoya	1	1,8
La escuela	1	1,8
Total	28	49,1
No responden	29	50,9
TOTAL	57	100,0

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

7.2. Conocimientos, creencias, actitudes, prácticas y sentires

Para la presentación de los resultados de las representaciones sociales que tienen los jóvenes de Manizales se entrelazaron en todo el discurso cuatro elementos que son condicionantes en la construcción de una representación social como son el contexto, el género, la experiencia vivida y las fuentes de información.

El contexto particular en el que se desenvuelve la vida de los grupos hace que se enmarquen diferencias en sus conocimientos, creencias, actitudes, prácticas y el sentido de las mismas, dado que en las representaciones sociales los factores estructurales, tales como el lugar de procedencia, el nivel social, los bagajes culturales, los códigos, los valores y las ideologías hacen que el sentido común sea diferente en cada grupo.

En el análisis textual de los enunciados brindados por los jóvenes en los grupos de discusión y entrevistas en profundidad, se encontró una asociación del concepto *salud* con las siguientes categorías que sirvieron de base para la descripción de los resultados, lograda a partir de la categorización hecha en el Atlas ti, ellas son:

Tabla No.7.12. Número de apariciones de enunciados que en los discursos de los jóvenes de la ciudad de Manizales están relacionados con salud

CATEGORÍA	TOTAL	ADVENTISTA		RED DE RADIOS		CADELI		GRAN BLANCO		CEDECO		GIPA	
		GD	EP	GD	EP	GD	EP	GD	EP	GD	EP	GD	EP
Salud integral	12	3		2		5		2					
Salud equilibrio	1	1											
Salud sistémica	2				1	1							
Salud estilos de vida	4	1		1		1						1	
Salud como derecho	9		1	1	1		1		1			3	1
Salud bienestar	18		2		1	1	1	2	1	2	4	3	1
Salud armonía	14		1		2		2		2		6		1
Salud estado óptimo	13		4	1	1	2	3		1				1
Salud estar bien	17				1		1		1	8	5		1
Salud no tener enfermedades	5									5			
Salud proceso evolutivo	1												1
Salud desarrollo	2											1	1
Salud valores	14	1	3		1	1	2		1		3		2
Salud restrictiva	7		4		1		1		1				
Salud trabajo	7		2		1		1		1		2		
Salud sobriedad	10		7			1	1		1				
Salud y ética	1											1	
Salud Dios	5				1	1	1		1		1		
Salud individual	3					3							
Salud mental	18	3		1		10		4					
Salud espiritual	7	5	1					1					
Salud física	7	2				3				2			
Salud moral	8	6				2							
Salud del alma	1					1							
Salud sexual	5					2		3					
Autocuidado	16			1	1	1	1		1	1	7	2	1
Salud es paz	5					3		2					
Salud templanza	1						1						

Fuente: Categorías emergentes en el análisis de las transcripciones en Atlas Ti de los discursos en los grupos de discusión (GD) y entrevistas en profundidad (EP).

Al relacionar los textos con los contextos particulares, se pueden evidenciar aspectos importantes que nos ayudarán a comprender las representaciones sociales que sobre la salud tienen los jóvenes de Manizales. Las preguntas orientadoras en

la presentación de los resultados son: qué es salud para los jóvenes, qué situaciones de la vida cotidiana son saludables para ellos, cuándo los jóvenes se sienten saludables, cuándo consideran que los amigos o el otro tiene salud, qué dimensiones o categorías de la vida cotidiana se relacionan con la salud, qué prácticas saludables realizan, cuál es el sentido que le da a las prácticas que realiza para estar con salud y cuáles son las fuentes de información que logran percibir han sido importantes en sus concepciones.

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

Tabla No.7.13. Lo que significa salud para los jóvenes de los diferentes grupos

¿QUÉ ES LA SALUD PARA LOS JOVENES?				
ADVENTISTA	RED DE RADIOS	CADELI	GRAN BLANCO	CEDECO
GRUPO 1 (FEMENINO)	GRUPO 2 (MIXTO)	GRUPO 3 (MIXTO)	GRUPO 4 (MASCULINO)	GRUPO 5 (MIXTO)
<ul style="list-style-type: none"> - 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 dejado escritas en su palabra. - 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 persona - Cuando no doy cabida en mi mente a asuntos que me puedan a mi dañar, estar en equilibrio. 	<ul style="list-style-type: none"> - 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. - Mantener unos buenos hábitos 	<ul style="list-style-type: none"> - 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 cosas que me puedan enfermar o contaminar ejemplo: cigarrillo, vicios etc. - 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 este bien y segundo, vivir en plena armonía con el entorno que nos rodea. - Es un estado de excelencia física y mental. 	<ul style="list-style-type: none"> - 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 espiritualmente y mentalmente. - Es el bienestar psicológico y físico del cuerpo. 	<ul style="list-style-type: none"> - No tener enfermedades. - Tener limpio el organismo. - Es cuidarse mutuamente y quererse uno mismo. - Estar perfecto en todo momento. - Tener el organismo limpio de cualquier enfermedad

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

Los enunciados que se encuentran contenidos en las tablas fueron escogidos de acuerdo con el tipo de respuesta y que no fueran repetitivos dentro del mismo grupo.

Las concepciones que tienen los 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 pueden ob-

servar diferencias por género. La salud descrita por los 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 concurrentemente 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 dicen, “para estar con salud se necesita la paz”. Lo que implicaría que los jóvenes desplazados, en guerra o en situaciones de alta vulnerabilidad están sin salud.

El grupo de jóvenes conformado solo por mujeres (Universitario Adventista) tiende a asumir la salud como un estado de equilibrio entre la mente, el cuerpo y el espíritu. Dicen ellas que es algo integral, que tiene que ver con la responsabilidad sobre sí mismo y sobre los demás, lo que se evidencia de forma diferente en las concepciones del grupo conformado solo por hombres (Gran Blanco) quienes ven la salud más desde el bienestar corporal y mental pero con un fin individual, más que social; sin embargo es de resaltar que el grupo de las jóvenes adventistas pueden tener también diferentes representaciones no sólo debido a la diferencia de género sino por las características religiosas del grupo.

Sin embargo, la salud física, mental y espiritual las ven completamente ligadas. No se puede desprender la una de la otra y dicen: “por eso muchos viven amargados, viven sin felicidad, por eso dar una sonrisa, dar alegría, eso llena a la gente” y si no se tiene esa alegría, se da la enfermedad.

Por tanto, no es sólo estar bien psicológicamente, sino físicamente, como lo afirma Red de Radios: estar bien en todo, aunque la publicidad ha vendido que es estar bien tanto físicamente como emocionalmente, como en todo lo que uno hace, además afirman que es la responsabilidad que tiene cada uno con su cuerpo y con su mente, a nivel emocional y en general con todo su cuerpo.

Es estar bien y procurar que las otras personas conozcan ese concepto de estar bien. No es simplemente estoy bien yo solo, sino tratar de enseñarle a la gente cómo mantener buenos hábitos de salud, y todo lo relacionado con cuerpo y mente es básico para estar en óptimas condiciones físicas y psicológicas.

La salud, dicen, “es algo importante y de ello depende que nosotros estemos ¡pilos!¹⁰”, es decir, con muchas actividades que realizan a diario, sienten que si descuidan la salud no podrán hacer muchas cosas.

¹⁰ Estar pilos es estar atento, responsable y sobre todo inquieto para aprender muchas cosas todos los días.

El grupo CADELI introduce el concepto de que la salud es bienestar, y definen bienestar como el estado óptimo de cada persona, es el conocimiento de cuidar su cuerpo y de no hacer las cosas que los puedan enfermar o contaminar.

Dice un joven de CADELI: “Yo tenía dos conceptos como de salud, el primero que aprendí en la casa de mis padres que salud era no tener como un malestar físico, /si me dolía un pie, una mano/ pero he ido aprendiendo otro concepto tener una paz interior, una tranquilidad, estar bien conmigo mismo; para mí eso es salud, ante todo, sobriedad”.

La salud es entonces el complemento entre el bienestar físico y el bienestar mental, y lógicamente el espiritual, o sea que las personas son un complemento de varias cosas, salud es el estado ideal de todo, como un óptimo, que permite vivir en paz con los demás y consigo mismo. Los jóvenes piensan, sin embargo, que la salud física no se puede separar de la salud mental o espiritual porque son un todo que se entrecruza con lo social para formar un supracontexto, por eso dicen: “no se puede hablar de salud netamente decir “mental” o netamente decir “física”, sino que es un complemento al entorno social; si estamos bien con todo, vamos a gozar de una óptima salud”.

Salud es primero que todo valorarse cada uno, valorarse como ser humano, los seres humanos son concebidos de espíritu y de materia, si el cuerpo está sano, es algo muy bueno, pero si espiritualmente está mal no habrá salud porque se deduce que la salud es total; adicionalmente se puede ver cómo la salud para ellos es felicidad.

El grupo Gran Blanco asume la salud como el bienestar de una persona, es decir que no tenga dolencias, pero además aporta que debe haber un buen funcionamiento del cuerpo, el funcionamiento de los órganos, la mente y el espíritu. La salud en muchas ocasiones no es sólo estar bien físicamente sino psicológica, *esto se evidencia mucho en Colombia todos estamos enfermos con tanta violencia*, y aseguran “es muy normal que por ejemplo uno tenga temores y mentes corroídas”, y es por eso que cuando el grupo hace música consideran que eso es salud, porque ahí se están liberando muchas cosas, muchas tensiones y hay desfogue¹¹. Por ejemplo la salud la proyectan dando una presentación, cuando la hacen bien es para ellos sentirse bien, entonces es un momento de bienestar, donde ellos se “comunican con la salud”.

¹¹ El desfogue es enunciado por los jóvenes, como la posibilidad de desahogarse, de liberar tensiones que se encuentran en su interior como producto del estrés, de la violencia y de la calidad de vida que cada uno lleva.

El grupo CEDECO, a su vez, manifiesta que salud es no tener enfermedades, sentirse bien, estar bien de pies a cabeza, tener el organismo limpio, estar perfecto en todo momento, estar en buena forma, en términos generales no tener enfermedades, cuidarse mutuamente y quererse ellos mismos.

Es importante ver cómo los jóvenes manejan diferentes posturas en relación con la salud, una de ellas es la que asimila la salud como un derecho, frente a ésta posición el grupo Red de Radios afirma que la violencia no debería existir si se piensa que todos tienen derecho a la vida y agregan a su vez que la salud es una parte esencial para la humanidad y que todos necesitan de ella, inclusive en la carta política de Colombia está contemplada la salud como un derecho.

Asimismo, el grupo Adventista dice que en Colombia se debería respetar y apreciar la salud como un derecho y reiteran que es “un derecho”, cada persona tiene derecho a estar saludable, “pero es triste que no es así”, además dicen que en la Constitución Colombiana, la salud hace parte de los derechos humanos y a través de los tiempos se ha intentado recobrarla. Por eso, el mismo hombre ha buscado cómo aliviar a sus congéneres, a sus compañeros desde tiempos muy remotos. De pronto, anteriormente se hacía con plantas, de manera experimental o hasta alquimista, pero se ha tratado siempre de conseguir la salud de cualquier medio por ser un derecho, no es sólo por buscar la supervivencia de la especie sino por la protección personal, la protección humana, dicen.

El grupo Gran Blanco hace un paralelo entre la salud y la educación como derecho, pues si se tiene acceso a la educación, como un derecho, y se asume de esa forma, no como una obligación, lo mismo la salud, si se asume la salud como un derecho, los ciudadanos tendrían que comprometerse a hacer que ese derecho se cumpla, pero ahora en la situación que se encuentran los centros de salud pareciera que ya no es un derecho, en muchas oportunidades la gente va a los puestos de salud y parece mendigando para que los atiendan, concluyen diciendo que la salud como un derecho se manifestaría con una igualdad de oportunidades para todos, como por ejemplo el sistema de beneficiarios¹² o un seguro que les ayude a satisfacer las necesidades básicas en salud, pero sumado a esto más educación y más información al usuario.

La salud es asumida por la mayoría de los grupos como bienestar. Al respecto, el grupo CEDECO asume el bienestar como tener un hogar y una mamá que los cuide, igualmente la relacionan con el futuro, la salud es estar bien y saludable y ven

¹² SISBEN. Parte del sistema de Seguridad Social en Salud que se encarga de afiliar a la población de estrato 1-2 que no tiene empleo que le permita una contribución directa al sistema por el régimen contributivo y por ende recibir sus beneficios, ellos ingresan a través del régimen subsidiado.

con gran relevancia que los padres los apoyen. Bienestar es tener un techo dónde vivir con los padres para que estos puedan apoyarlos en el logro de sus metas.

Para el grupo Adventista, la salud como bienestar la relacionan con el buen estado del cuerpo. Es como sentirse bien mentalmente y espiritualmente¹³, siendo lo espiritual lo más importante, el bienestar tiene que ver con todo lo que el ser humano busca para vivir en condiciones óptimas, y dan como ejemplos una buena alimentación, la vivienda, la salud, tiene que ver con la búsqueda de la satisfacción propia y de su propio entorno¹⁴.

Red de Radios relaciona el bienestar con los momentos, en los que las personas se sienten satisfechas por ciertos hechos o acontecimientos que le están ocurriendo o le están sucediendo en su vida. Por tanto, sentirse saludable genera bienestar. Sin embargo, el grupo Gran Blanco manifiesta que el bienestar es como liberarse del estrés, estar en armonía con ellos mismos y en armonía con los demás.

Los jóvenes de todos los grupos en general hacen alusión a varias categorías que según ellos tienen que ver con salud, tales como: salud integral, estado óptimo, armonía y unas más abarcadoras como es el caso del trabajo y los valores. De acuerdo con lo anterior, la salud integral es vista por los grupos como un eje articulador entre la mente, el cuerpo y el espíritu, igual sucede cuando la asocian con un estado óptimo donde relacionan la salud con un estado de perfectas condiciones tanto físicas, como psicológicas, pero al mismo tiempo con proyección no sólo desde lo individual sino desde lo colectivo al entorno social.

Estar bien es una asociación que con una frecuencia similar a bienestar se hace con respecto a la salud, y al indagar sobre lo que significa estar bien los jóvenes dicen: “estar bien es sentirse muy bien, sentirse de muy buena forma”.

Los valores son una categoría que aunque en menor proporción también representa para los jóvenes algo importante, en la medida en que para cuatro de los cinco grupos es asumido desde una posición moral, desde el valor que cada uno debe dar a su vida¹⁵. Por eso, consideran que los adictos han perdido los valores

¹³ Lo espiritual en las jóvenes Adventistas es el encuentro consigo mismo y con Dios.

¹⁴ El entorno para los jóvenes es todo el contexto que ocupa lo social, es la suma de todo aquello que rodea y condiciona la vida de las personas y la sociedad en general.

¹⁵ “Los valores los perdemos cuando entramos en una etapa de autodestrucción, como lo es, como lo es la droga y el alcohol, ahí nos estamos destruyendo día a día físicamente y mentalmente porque cada día vamos a acabar con nuestro propio ser y ¿qué más somos nosotros si no hay esos valores? Una persona, una persona que es una buena persona, pues, de bien, pues más bien, trata de tener sus valores al máximo, pero también con sus defectos pues también los tendrá, pero cuando nosotros somos adictos somos autodestructivos, y no sólo estamos acabando con nuestra parte física sino con nuestra parte emocional y con todo nuestro saber día a día, cada día estamos peor, por eso un adicto tú lo ves solo y cada día más

pues han perdido la capacidad de reconocerse como hombres y su capacidad de amarse a si mismos.

Tabla No.7.14. Situaciones de la vida cotidiana que los jóvenes consideran son saludables

ADVENTISTA	RED DE RADIOS	CADELI	GRAN BLANCO	CEDECO
GRUPO 1 (FEMENINO)	GRUPO 2 (MIXTO)	GRUPO 3 (MIXTO)	GRUPO 4 (MASCULINO)	GRUPO 5 (MIXTO)
<ul style="list-style-type: none"> - El deporte - Cuando sabemos que no estamos atentando en contra de nuestra integridad. - Tener buenas relaciones con los demás. - Todo lo que nosotros hacemos - Cotidianamente por ejemplo la alimentación, dormir, el aseo personal, la higiene. - Es tomar agua, aire, recibir sol - Hacer deporte - Tener relación con dios. - Si vamos a dormir, dormimos lo suficiente, más o menos 8 horas es lo que el cuerpo necesita. - Acostarnos temprano. - Comer a horas determinadas - Tener buen estado de animo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Recibir el sol después de bañarse - Caminar. - No hacer cosas que nos afecten mental ni físicamente. - Una buena alimentación, el ejercicio. - El descanso. - Entretenerse, conocer personas cambiar de ambiente, hacerse al ambiente, compartir con muchas personas y también con la familia. - Tener hábitos de limpieza. 	<ul style="list-style-type: none"> - Al que madruga dios le ayuda, todo esto es verdad porque madrugar es muy saludable físicamente. - El baño diario. - Tomar un vaso de agua diario. - Una buena alimentación. - Un convivir con los demás tranquilo y en armonía. - El trabajo porque la mente mantiene ocupada. - La alimentación, y más que todo la tranquilidad emocional. - El deporte y el trabajo. 	<ul style="list-style-type: none"> - El ejercicio,. - Estudiar también, mantener entretenida la mente es muy importante. - Hacer música, por que ahí estamos liberando muchas tensiones, estrés etc. - Bailar el break dance ya que hacemos mucho ejercicio. - 	<ul style="list-style-type: none"> - El deporte - El estudio - Asearme todos los días. - Estar físicamente bien cuando toca entrenamiento - Estar aseados. - Hacer deporte y estar limpio. - Poderme mover, el poder trabajar. - Si uno está enfermo ni modo que pueda ir a estudiar, entonces, el estudio, el trabajo, el poder salir a entrenar fútbol. - El poder trotar.

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

Entre las situaciones de la vida cotidiana que los jóvenes refieren como saludables se encuentra el deporte, la alimentación, el sueño, el aseo personal, el descanso, el estudio, las jóvenes del grupo Adeventista manifiestan que una situación saludable es “cuando sabemos que no estamos atentando en contra de nuestra integridad y la de los otros” “somos saludables cuando estamos bien con los demás y tenemos una buena relación con ellos”. Es importante resaltar que en sus

nuestro saber día a día, cada día estamos peor, por eso un adicto tú lo ves solo y cada día más degenerado, cada día más vacío, se dice que un adicto generalmente llega a un estado de indigencia, entonces más bajo de allá ¿dónde puede ser? La muerte, solos e indigentes”(Joven del grupo CADELI).

representaciones el otro (lo social, lo colectivo) siempre cuenta lo que no se hace tan evidente en otros grupos donde las situaciones son más desde el ámbito individual y esto es debido a las concepciones de salud que se relacionan más con lo biológico o con la concepción evolucionista del hombre.

Las jóvenes afirman con respecto a la alimentación que aplican un lema en su grupo “debemos desayunar como reyes, almorzar como príncipes y comer como mendigos”.

Tener un buen estado de ánimo es algo que hace parte de las condiciones para ser saludable, expresar felicidad, hacer el bien a otras personas y hacer sonreír, dicen “eso alivia el alma”.

Además, manifiestan “muchos jóvenes dentro de la sociedad colombiana no han entendido lo importante que es tener cuerpos sanos, como ser una persona saludable, tener integridad, y han desmejorado mucho en esto, los jóvenes ya no les interesa, por eso es que existen los problemas sociales de drogadicción, de alcoholismo, de bulimia y todo el cuento, porque los jóvenes no se quieren, y no buscan como la paz interior”.

El grupo Red de Radios, comenta que las situaciones saludables son aquellas que no afectan ni mental, ni físicamente a las personas, pero dicen que “el simple hecho de estar en el espacio, por la polución, eso contamina el medio ambiente y también afecta la salud de cada uno, por más que uno tenga hábitos de limpieza y todo eso, siempre va a estar ahí y lo va a afectar a uno”. En general, los jóvenes ven la calle como un espacio de contaminación continua, además creen que el entretenimiento, conocer personas, hacerse al ambiente¹⁶, compartir con muchas personas y también con la familia son situaciones saludables.

Los jóvenes del grupo CADELI hacen un gran énfasis en el trabajo como situación de la vida cotidiana que es saludable, es así como afirman que “el trabajo es la dimensión más elemental porque uno está trabajando y está preocupado en lo que está haciendo, no se le da espacio a la mente que es tan volada”, “yo creo que una de las cosas más importantes para gozar de salud es el trabajo” y las razones son “porque cuando uno está ocupado, la mente está ocupada”, “el trabajo nos va a dar mucho bienestar por lo que se hace; cuando uno es socialmente productivo y tiene funciones dentro de la sociedad eso lo va a llevar a uno a tener constantemente un buen estado de ánimo y por ende salud para poder trabajar”, ade-

¹⁶ Los jóvenes manifiestan que hacerse al ambiente es una condición saludable y con ello se refieren a que se deben aceptar y adaptarse a los espacios en los que se encuentran otras personas, no discriminar y por consiguiente aceptar el contexto en el que habitan en algunos momentos particulares.

más, agregan que el trabajo permite mantener una buena estabilidad anímica en el hogar ya que proporciona, primero que todo, una estabilidad económica, “porque uno bien llevado del ¡berraco! sin plata y sin con qué llevar a la casa se enferma, se enferma cualquiera, pero mientras tengamos con qué sostener nuestro hogar, yo creo que mantenemos saludables”, “yo lo hablo en el sentido del dinero, sinceramente, sin dinero nos enfermamos”. También es evidente la preocupación por estar ocupado, estar haciendo algo productivo para estar saludable.

El grupo Gran Blanco de nuevo introduce cómo una situación saludable es mantener entretenida la mente. Por eso, afirman que cuando hacen música eso es salud, porque ahí están liberando muchas tensiones y muchas cosas, repiten nuevamente el “desfogue”, consideran la cultura hip hop, el baile, el break dance como un hábito particular saludable.

El grupo CEDECO, los jóvenes de menor edad de los grupos, asume como situaciones saludables, el deporte, el estudio y el aseo todos los días.

Tabla No.7.15. Enunciados que los jóvenes expresan para referir cuando se sienten saludables

LOS JÓVENES AFIRMAN QUE SE SIENTEN SALUDABLES ¿CUÁNDO?				
ADVENTISTA	RED DE RADIOS	CADELI	GRAN BLANCO	CEDECO
GRUPO 1 (FEMENINO)	GRUPO 2 (MIXTO)	GRUPO 3 (MIXTO)	GRUPO 4 (MASCULINO)	GRUPO 5 (MIXTO)
<ul style="list-style-type: none"> - Cuando no nos duele nada. - Cuando sentimos que nuestro cuerpo está ya sea estable para hacer cualquier tipo de actividad desenvolvemos en cualquier medio, o ya sea para hacer pues algún tipo de deporte o cualquier otra actividad. - Que no tiene ningún dolor, algo que no le impida como hacer las cosas - Si yo, me siento sin dolor, pero tengo en mi mente cosas que me están mortificando, yo no me siento bien. - Si yo no tengo mi mente bien, mi, cuerpo está como, frágil, como sin aliento, como que no deseo hacer nada, y si espiritualmente tampoco estoy bien, algo me dice, y eso me enferma a mí y me puede llevar a postrarme en una cama. - Cuando estoy feliz cuándo me siento gozosa, o sea, en qué periodos de mi vida me siento así? Cuando estoy haciendo el culto por la mañana y por la noche, cuando estoy preocupada de cómo me estoy alimentando, cuando estoy haciendo, o sea, cuando tengo el hábito de hacer ejercicio 2 o 3 veces en la semana, o cuando uno hace deporte juno se siente muy bien! 	<ul style="list-style-type: none"> - Cuando hago todo pues como bañarme, cepillarme los dientes, salir a un parque, pues, creo que es una situación muy saludable para el ser humano - Cuando estoy por ejemplo con mi familia, cuando me estoy alimentando, cuando estoy entreteniendo y estoy estudiando también - Cuando realizo las actividades cuando o disfruto de cada cosa que hace durante el día. - Cuando estoy tranquilo, cuando he descansado lo suficiente, practico algunos ejercicios y cuando salgo a la calle pues por lo menos a tratar de trotar o de hacer algún tipo de actividad física. - Todo en exceso es malo, tiene uno que medir las cosas, ni ser tanto un sedentario que no haga nada ni tampoco uno excederse en las cosas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cuando uno está ocupado, la mente está ocupada - El trabajo nos va a dar, mucho bienestar por lo que se hace; cuando uno es socialmente productivo y tiene funciones dentro de la sociedad. - Primero que todo mantener una buena estabilidad anímica en nuestro hogar, empezando por el trabajo, primero que todo porque eso le va proporcionar una estabilidad económica, segundo una buena alimentación balanceada yo creo que el deporte y mantener uno como con buena disposición para hacer las cosas; para todos. - Cuando me alimento, tener buen estado físico. - Cuando el cuerpo cumple con el metabolismo. - Cuando tengo buenos Hábitos saludables - Cuando el cuerpo descansa. - Cuando hago algo productivo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cuando me van a robar y alcanzo a llegar a mi casa. -después de desayunar, de almorzar y de comer - Cuando uno sale de la iglesia - Cuando ayuda a los demás - Cuando me levanto bien con ganas de hacer muchas cosas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cuando puedo hacer las cosas que me gustan, como el deporte, estudiar, cansar, charlar, re-cochar. - Cuando puedo trabajar. - Cuando estoy bien, me puedo mover y puedo hacer las cosas que me gustan para fortalecerme. - Cuando estoy feliz - Cuando me puedo desarrollar físicamente.

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

58 enunciados hacen parte de lo que los jóvenes tanto en los grupos de discusión como en las entrevistas, permiten dar cuenta de lo que ellos dicen sobre qué es estar saludable.

El grupo Adventista (recordemos el grupo femenino) dice que se sienten saludables cuando no les duele nada físicamente y aclaran, cuando el cuerpo está estable para hacer cualquier tipo de actividad y poder desenvolverse en cualquier medio, ya sea para hacer algún tipo de deporte o cualquier otra actividad que implique un esfuerzo corporal. Además, agregan que no es solamente corporal, sino también la actividad mental, pues si se tiene algo que perjudica la mente¹⁷ no se es saludable.

Por otro lado, las jóvenes del grupo Adeventista 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, ahí es cuando logran sentirse saludables. Lo mejor, consideran, es tener buenas relaciones con la gente o sea “llevarse bien con todo el mundo”.

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

Los jóvenes del grupo CADELI manifiestan que es difícil sentirse saludable cuando se tienen problemas de drogadicción, pues hasta los valores se pierden¹⁸. Por eso las terapias de autorreflexión que realizan en la fundación Caminos de Libertad los hace sentir saludables, pero dicen “lo más importante es recobrar los valores para sentirse saludables no sólo física sino espiritualmente también”.

De otra forma manifiestan que ser saludable es “cuando me siento bien con las personas y llevo un diálogo directo hacia las personas, donde no hay peleas, discusiones”, además un joven dice: “sentirme saludable es sentirme libre, tranquilo, relajado, sin dilemas, sin conflictos, sin problemas, totalmente liviano, que todo lo que me llegue lo recibo o lo dejo pasar, que ni me importa, ni nada; por muy grande que sea el problema, que tenga solución, yo creo que eso es saludable”.

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

¹⁷ Para los jóvenes cuando se afecta la mente no se sienten saludables, dado que la salud es el equilibrio entre la mente, el cuerpo y el espíritu, afectar a la mente es tener problemas por ejemplo el desempleo es un problema que afecta la salud mental.

¹⁸ 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.

comer las tres comidas del día desayuno, almuerzo y comida “porque es que uno con hambre, uno con hambre se siente como mariado”¹⁹.

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.

Tabla No.7.16. Consideraciones que los diferentes jóvenes de los grupos hacen con relación a la salud del otro

¿CUÁNDO CONSIDERAN LOS JÓVENES QUE LAS OTRAS PERSONAS TIENEN SALUD?				
ADVENTISTA	RED DE RADIOS	CADELI	GRAN BLANCO	CEDECO
GRUPO 1 (FEMENINO)	GRUPO 2 (MIXTO)	GRUPO 3 (MIXTO)	GRUPO 4 (MASCULINO)	GRUPO 5 (MIXTO)
<ul style="list-style-type: none"> - Cuando no tiene ningún dolor. - Cuando esta activo. - Cuando no esta en el hospital. - Cuando tiene energía y hace mucho deporte. - Cuando vemos que es una persona completa, que no le hace falta nada, que tiene buena relación con los demás, que físicamente está bien, que tiene una buena estabilidad emocional, por ejemplo si tiene problemas los sabe solucionar, sabe como afrontarlos, qué cosas hacer, pues sabe cómo comportarse en diferentes situaciones, en los 3 aspectos tanto físico, como mental, como espiritual. - Que es una persona integral. - Cuando tiene buena relación con dios y con los que la rodean. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cuando es responsable con su cuerpo y su mente. - Cuando hace ejercicio y no se excede. - Cuando se cuida mucho. - Cuando hace caso a las campañas de salud, ejemplo: vacunación, lavarse las manos cuando salga del baño son cosas muy básicas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Es muy difícil porque aquí lo hemos aprendido y estamos llenos de máscaras, hay gente que puede estar enferma mental o físicamente y usted lo ve aparentemente bien. - Sería muy difícil saber totalmente si está saludable, pero si de pronto en el entorno social que se está. - Si es algo físico, lo demuestra mucho ante las persona, su forma de hablar, su forma de expresarse, de muestra mucho si tiene buena salud o tiene mala salud - Cuando es feliz. - Ya sería un concepto personal y hacer una evaluación de la otra persona, porque hay personas que irradian tranquilidad, irradian felicidad y a simple vista nota uno que de que su cuerpo está sano. - En la medida y en la afinidad que tenga uno con las personas pues, se entera de qué tipo de vida llevan y de acuerdo a ese tipo de vida que llevan las personas, y al aspecto físico se podría como formar un concepto de la salud de las otras personas. - Cuando lo refleja, su voluntad, su ánimo, es la única forma como podemos catalogar si alguien es saludable o no. - Una persona achantada, o baja de espíritu, obviamente está enfermo. 	<ul style="list-style-type: none"> - El aspecto, que uno vea de la persona. - La forma de tratar a las personas, la buena energía que tiene al saludar, al mirar. - También por lo físico se ve que es saludable. - Por la forma de ser también. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cuando se mueve y se desarrolla físicamente. - Cuando está alegre, y tiene interés por las cosas. - Cuando hace mucho deporte. - Cuando puede trabajar, estudiar. - Cuando está de ánimo, colorado, y gordo. - Cuando tiene ánimo. - Cuando se puede mover, trabajar y estudiar.

¹⁹ Los jóvenes del grupo Gran Blanco usan el termino mariado para referirse a los signos y síntomas de la hipoglicemia 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, almuerzo y comida.

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

De los 43 enunciados de los jóvenes, se puede evidenciar como el grupo Adventista dice que el otro tiene salud cuando no tiene ningún dolor, cuando no se queja, está activo, hace deporte, cuando saluda mucho, pero es de resaltar que dicen “cuando uno ve que es una persona como completa, que tiene como todo, que no le hace falta nada, que tiene buena relación con los demás, que físicamente es estable, que tiene una estabilidad tanto emocional, pues en todo, que los problemas los sabe solucionar, sabe cómo afrontarlos, qué cosas hacer, pues sabe cómo comportarse en diferentes situaciones, en los 3 aspectos tanto físico, como mental, como espiritual, que es una persona pues integral, me parece a mí que uno ve que tiene salud”.

El grupo Red de Radios refiere que el otro es saludable cuando hace caso a todas las campañas de salud promovidas por los medios de comunicación como vacunarse, o lavarse las manos cuando salga del baño, estas cosas son básicas, o sea que el otro tiene salud cuando tiene la capacidad de seguir las recomendaciones que dan las diferentes instituciones.

Para CADELI, una persona es saludable en el caso de los drogadictos, cuando son conscientes de que están enfermos, sin embargo es difícil, pues la gente está llena de máscaras, dicen, hay gente que puede estar enferma mental o físicamente y se ve aparentemente normal, pero también es difícil saberlo totalmente si está saludable, porque el entorno social en el que se está lo determina profundamente. Sin embargo, se puede decir que si es feliz es saludable, pues puede reflejar su voluntad, su ánimo, y físicamente lo demuestra en la forma de hablar y de expresarse.

Asimismo, el grupo Gran Blanco manifiesta que el otro es saludable cuando saluda bien a la gente, cuando trata bien a la gente, irradia energía, y su estado de ánimo es alegre, estos aspectos son los que consideran son los más importantes.

CEDECO dice que cuando una persona se mueve y se desarrolla físicamente, es alegre, tiene interés por las cosas y hace mucho deporte. Se puede considerar que esa persona tiene salud, además de poder hacer las cosas que le gustan, trabajar y estudiar. Esto hace que esté feliz.

Tabla No.7.17. Dimensiones de la vida cotidiana que los jóvenes consideran tienen que ver con la salud

ADVENTISTA	RED DE RADIOS	CADELI	GRAN BLANCO	CEDECO
GRUPO 1 (FEMENINO)	GRUPO 2 (MIXTO)	GRUPO 3 (MIXTO)	GRUPO 4 (MASCULINO)	GRUPO 5 (MIXTO)
<ul style="list-style-type: none"> - Todo lo que nos rodea tiene que ver con la salud. - El hogar, pues con la familia ahí hay mucha prevención de la enfermedad, y eso es salud - Una buena alimentación. 	<ul style="list-style-type: none"> - El sedentarismo quedarse acostado viendo televisión. - Todo, pues como todo el entorno donde uno esté porque en un momento dado uno puede sufrir algo, en cualquier parte. - El trabajo y la educación viéndolo desde el punto de vista que dignifican al ser humano, si porque eso ayudan a la salud mental. - El estrés que uno maneja a veces cuando, va uno a clase y no entiende. 	<ul style="list-style-type: none"> - El trabajo y el deporte. - O sea, depende de la educación personal que tengamos tanto física como mental, no tiene que ser solamente la educación que recibió en el bachillerato, sino la educación que nosotros mismos tengamos hacia nosotros, como una introspección de nosotros mismos. - La educación - Los medios masivos de comunicación como son la radio, la televisión, los periódicos, las revistas. - Lo más importante para la salud es “trabajo y deporte”, estabilidad emocional, estabilidad mental. - Tener educación, primero saber leer, saber aprender, saber escuchar, recibir aprendizaje sobre muchas situaciones - Todas las categorías son importantes porque una conlleva a lo otro, si yo no tengo más o menos una buena educación no voy a poder progresar - Estar bien en mi familia, en mi hogar, cuando uno dice - La alimentación 	<ul style="list-style-type: none"> - Desde que se levante hasta que se acuesta, todo el día es salud. - Las fiestas, los amigos y todo lo que nos rodea. - La alimentación y la dormida, pues como los principales, y ya de ahí ya se desprenden como los otros. - La vida en si, porque si usted no tiene salud, no tiene nada. - Estimarse uno mismo, y quererse. - Tener un excelente carácter, uno no estarse metiendo con personas que sean físicamente insaludables ejemplo las personas que tienen sida, sin discriminar a nadie pero uno se debe cuidar de eso. 	<ul style="list-style-type: none"> - El deporte. - Ser activo cuidarse físicamente. - Estar uno bien alimentado. - Bañarse todos los días. - Estimarse uno mismo, quererse uno mismo. - Pues el espacio por donde yo me muevo, mi casa, la calle, el barrio - Las relaciones, de pronto saber yo también a qué partes me meto o qué espacios puedo ocupar, o también el medio ambiente, porque eso también puede contaminar, si el ambiente está contaminado no hay salud para nadie, esas son. - Todo lo que vivimos; donde hay un botadero de basuras cerquita, eso no es bueno para la salud. - Donde no se practica el deporte tampoco hay salud.

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

De los 53 enunciados que contemplan dimensiones de la vida cotidiana que tienen que ver con la salud, los jóvenes ven como prioritarios y en mayor frecuencia el trabajo, el deporte, la educación y la familia, entre otras.

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

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, el entorno en que se esté. Pero resaltan la educación y el trabajo, pues “dignifican al ser humano y ayudan a la salud mental”, 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, manifiestan que la educación y para ellos se refieren así: “tener educación, primero saber leer, saber aprender, saber escuchar, recibir aprendizaje sobre muchas situaciones muchas cosas”, y lo ratifican 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”.

Los jóvenes de CADELI manifiestan que el cuerpo es igualmente una dimensión importante que tienen que ver con la salud “porque si el cuerpo está mal alimentado, está cansado, tiene hambre, qué salud va a haber o qué capacidad de pensar se va a tener”. Sin embargo, reconocen que todas las dimensiones son importantes porque una conlleva a la otra.

Reconocen que la familia es una dimensión que tiene qué 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 como la radio, la televisión, los periódicos, las revistas, como una dimensión de la vida cotidiana que tiene qué ver con la salud. Adicionalmente, consideran que de los medios de comunicación se deben encargar las instituciones públicas como el gobierno, las alcaldías y las entidades para que sean más asequibles a los jóvenes, dado que la educación no los está formando para recibir la información que les llega diariamente. Por lo tanto, los jóvenes piden una educación que les forme para comprender la información que reciben y poder formarse una capacidad para el disenso y al respecto dicen: “usted sabe que esas campañas son hechas para consumo masivo, entonces si usted no tiene más o menos como digerirla a su modo queda loco”.

Gran Blanco dice “desde que se levante hasta que se acuesta, todo el día es salud”. Nuevamente, el trabajo es considerado como una dimensión importante, mencionan además los amigos, la alimentación y la dormida, seguido de las fiestas, pues consideran que es un espacio de esparcimiento, recreación y de encuen-

tro 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 como la casa, la calle, el barrio y el medio ambiente son importantes.

Tabla No.7.18. Prácticas saludables que los jóvenes realizan

ADVENTISTA	RED DE RADIOS	CADELI	GRAN BLANCO	CEDECO
GRUPO 1 (FEMENINO)	GRUPO 2 (MIXTO)	GRUPO 3 (MIXTO)	GRUPO 4 (MASCULINO)	GRUPO 5 (MIXTO)
<ul style="list-style-type: none"> - Sé que es invierno entonces voy a salir muy bien abrigada para que no me vaya a dar gripa. - Continuamente estamos haciendo actividades para prevenir la enfermedad, eso es muy importante; también con las comidas, pues yo sé que un exceso de grasa, no porque me voy a poner gorda sino porque genera muchas enfermedades. - Para la salud espiritual sería estar bien con Dios. Leer mucho la Biblia y otros libros que contribuyan a nuestro desarrollo y crecimiento espiritual, eso en cuanto a la salud - En lo físico pues, porque aquí ninguna fuma, ni ingiere bebidas alcohólicas, ni algo que atente contra nuestra salud física. - Hacer deporte, recrearnos, también el poder desarrollarnos con los otros. - Los remedios naturales pues lógicamente estamos logrando la salud y lo hacemos diariamente, pues que el agua etc. 	<ul style="list-style-type: none"> - Caminar, hacer ejercicio, estar relajado de tanta cosa. - Estar en contacto con la naturaleza, hacer caminatas ecológicas respirar el aire limpio y fresco que no tenemos aquí en la ciudad. - Montar en bicicleta etc. - También es importante descansar, no fumar, no tomar, comer muchas frutas - El no tomar es una, una muy buena opción, y la alimentación, pues eso es básico pues para uno estar bien, no siempre convertirse en esclavos pues de ser vegetarianos toda la vida, pero si tener una alimentación balanceada y saber comer, simplemente es eso. 	<ul style="list-style-type: none"> - El deporte, aquí las oportunidades que nos dan así para el deporte, eso hace una de las prácticas más saludables. - En mi concepto personal es la oración me reconforta muchísimo, estar tranquilo con migo mismo y con dios. - Mente sana cuerpo sano. - La lectura - La alimentación. - El ocio productivo es dedicarnos a leer a dibujar a desarrollar nuestras aptitudes y convertirlas en fortalezas, eso nos hace más fuertes y más saludables. - Cuando no tengo pereza. - Cuando mantengo energético, cuando pienso positivamente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Caminar, yo camino mucho, troto, juego fútbol - Por ejemplo hay una práctica saludable que uno hace es muchas veces por necesidad cuando no tiene pasaje entonces caminar. - La lectura. 	<ul style="list-style-type: none"> - El deporte, como el fútbol. - El estudio y el deporte. - El deporte, como - La natación porque es un deporte muy saludable y así practica uno mismo lo que está haciendo - El trabajo es lo más importante. - Limpieza porque si uno está sucio, pues así con mala presentación, uno se va enfermado, entonces el organismo se va a dañar.

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

69 enunciados permiten evidenciar las prácticas que los jóvenes realizan y consideran son saludables.

Los jóvenes manifiestan que practican diferentes deportes, además refieren que el estudio y el trabajo son prácticas saludables.

Las jóvenes del grupo Adventista refieren como prácticas que realizan y son saludables para la salud física las siguientes: una alimentación balanceada “pues yo sé que un exceso de grasa, no porque me voy a poner gorda sino porque genera muchas enfermedades”, no fumar, no ingerir bebidas alcohólicas, hacer deporte los sábados, la recreación, el descanso y con relación a la salud espiritual sería estar bien con Dios, estar en plena comunión con Dios, hablar mucho con Dios, tratarlo pues como si fuera su mejor amigo siempre, leer mucho la Biblia y otros libros que contribuyen al desarrollo y crecimiento espiritual.

Red de Radios, por su parte, dice que caminar es la práctica más saludable que realizan, además que ayuda a mantener contacto con la naturaleza y de esta manera respirar aire limpio y fresco. Igualmente refieren que practican algunos deportes, le dan importancia al no fumar, no tomar, comer frutas y en general una alimentación balanceada y saber comer.

CADELI en sus enunciados deja percibir que practican deportes y la oración ya que estar con Dios les da tranquilidad a ellos mismos y con Dios al mismo tiempo. Igualmente, manifiestan que la meditación permite una salud mental “mente sana en cuerpo sano”. La buena alimentación hace parte también de las prácticas saludables y a la cual a veces no tienen acceso.

En la lectura, dicen, recogen mucha información que es saludable para ellos, porque aprenden a hablar o a escribir mejor, a expresarse mejor ante otras personas y esto también es saludable. El ocio aparece de nuevo en este grupo como una práctica saludable igual que en el grupo gran Blanco, pero aclaran el ocio productivo, “el ocio productivo es dedicarnos a leer, a dibujar a desarrollar nuestras aptitudes y convertirlas en fortalezas, eso nos hace más fuertes y más saludables”, lo mismo pasa con llevar un diario “hacer el diario, el diario mío es saludable porque ahí escribe uno muchas cosas que lleva muy adentro y que no las puede decir, solamente el cuaderno sabe y uno que es el que las está escribiendo”.

Expresar al otro lo que sienten, tener quien los escuche en el momento debido “desahogarse”, es una práctica considerada saludable por el grupo Cadeli y dicen ellos fué aplicada en el momento que se realizó el grupo de discusión para esta investigación²⁰. Reflexionan diciendo que la reeducación es una práctica saludable que permite acabar con la enfermedad que tienen, la adicción.

²⁰ Parte de los relatos que narraron los jóvenes de Cadeli cuando se realizaba el grupo de discusión: “yo llevaba, yo llevaba pues más o menos una buena una buena salud hasta que me metí a las drogas, me metí a las drogas porque me descuidé

Gran Blanco realiza un deporte saludable propio de la juventud como dicen ellos “300 metros de falda de’ái pa’bajo”, lo que se refiere a caminar largas horas diarias para movilizarse de un lugar a otro por no tener el dinero suficiente para el transporte, pero además lo refuerzan con el deporte del fútbol, el baloncesto, la natación, el ajedrez, el parqués y la lectura.

A diferencia de los demás grupos, Gran Blanco realiza una práctica propia de ellos, el Hip Hop, hacer canciones y para ello dicen, toca estar bien física y psicológicamente. En el grupo, consideran que aunque es necesario crear música para ellos, unos se han vuelto adictos al computador, se trasnochan, comen mal haciendo música en el computador y ellos mismos afirman que hoy se puede evidenciar que en las culturas juveniles existen nuevas prácticas fortalecidas por los nuevos avances tecnológicos.

De forma similar, los jóvenes de CEDECO practican el deporte del fútbol, pero también consideran que estudiar y trabajar son prácticas saludables, dentro de los trabajos que realizan estos jóvenes, que son los más jóvenes, son el malabarismo en los semáforos que acompañan con la jornada escolar en la mañana. Dicen que trabajar es una práctica saludable pues se entretienen, se pagan sus estudios y ayudan en su casa con los gastos. Es importante resaltar que valoran en varios de sus enunciados la limpieza corporal y lo justifican diciendo “porque si uno está sucio, pues así con mala presentación, pues uno se va enfermando, además uno va creando miedo a la gente que nos ve y piensan que uno es ladrón o vicioso”.

Simultáneamente, los jóvenes de Red de Radios hacen referencia a algunas prácticas que no son saludables como: la alimentación por fuera de horarios establecidos, más que todo los jóvenes estudiantes de universidad, por la falta de tiempo para ir a comer a sus casas comen cualquier “bobadita” sabiendo que finalmente puede ser el inicio de una anorexia. Además, refieren que el ritmo de vida que se lleva en la actualidad, que es más estresada que antes, hace que los jóvenes vivan en un ambiente de intranquilidad y que el tiempo no alcance para cumplir lo planeado en sus vidas. De otra parte, CADELI todo el tiempo asegura que la drogadicción es una práctica no saludable, puesto que dañan sus vidas en todas las dimensiones: física, espiritual, moral y mental tanto desde el plano personal como social empezando por sus familias.

de todo, yo era un buen deportista, yo me consideraba un buen estudiante, y empecé a descuidar todo, y la buena ortografía terminó en una buena horrografía, por una parte, me descuidé de la lectura, ahora ya me da pereza hacer deporte, me da pereza leer, yo creo que cuando uno tiene también buena salud no puede tener pereza de nada, tiene que mantener uno como animado para todo”, “la mente se le vuelve una colcha ahí toda rara de, no tiene disposición muchas veces ya para nada”.

En el grupo Gran Blanco consideran prácticas que no son deseables para los jóvenes, los malos hábitos alimenticios, dados “por comer a deshoras, mucha papita, que gaseosita, que chatarra, que la televisión, el play station, la tecnología inclusive en casos tan particulares como los celulares, compañeros de la universidad que no son capaces de quedarse en clase sin mover el celular, sin jugar con el celular, sin timbrar, sin sacarlo, es que la culebrita, entonces eso genera una dependencia a eso ¡tan brava! que hay pelados amigos míos que dicen ¡uy se me quedó el celular! Y preocupados ya, ya no, todo un día no pueden vivir sin el celular o ¿si ve? crean dependencia a esas cosas, quieren más al celular que a la novia”.

Tabla No.7.19. Sentido que le dan a las prácticas que realizan los jóvenes para estar con salud

ADVENTISTA GRUPO 1 (FEMENINO)	RED DE RADIOS GRUPO 2 (MIXTO)	CADELI GRUPO 3 (MIXTO)	GRAN BLANCO GRUPO 4 (MASCULINO)	CEDECO GRUPO 5 (MIXTO)
<ul style="list-style-type: none"> - La responsabilidad. - Principios de vida. - Fundamentalmente es porque nuestro templo, como lo dice dios en la Biblia es “nuestro cuerpo es templo del espíritu santo” y pues como tal debemos honrar y respetar a dios cuidándolo, ni con alcohol, ni con todo lo que atente contra nuestra integridad física, mental y espiritual. - Somos fieles, o sea, tanto los muchachos se preocupan por su salud, como los padres, entonces no hay contradicción en cuanto a las costumbres que se tienen. - Los principios son como ya de raíz, son principios que no cambian, para ellos son muy naturales, muy normales llevar a cabo alimentarse bien, desparchar bien, el cuidarse su cuerpo, no hay contradicción. - Trato de cuidarme y trato de darme lo mejor así mismo y a los demás 	<ul style="list-style-type: none"> - Esas prácticas que uno, las hace porque uno es conciente de que si no las hace no tiene paz, es poco saludable, o también el sentido que yo le vi es como por naturaleza, que uno sabe o por lo que nos han vendido enseñado “que comer frutas, que no fumar, que no tomar, que respirar aire puro, que caminar, que ejercitar el cuerpo. - Porque son necesarias como el descasar, el bañarse. - Si lo está haciendo es porque le conviene y porque yo sé que no me va a hacer daño después, porque es algo que a mí me está evitando de que voy a ser algo, pues que de pronto no me descuide. - Algunas son por necesidad, pero es más por conciencia que “debo estar bien para realizar las diferentes actividades que se me, trazan pues en el camino”. 	<ul style="list-style-type: none"> - Yo digo que para estar con salud tenemos que empezar a limpiarnos desde el fondo de nosotros. - Porque con eso estoy adquiriendo digamos valores, que de pronto en la calle había perdido por las drogas. - Porque con las practicas estoy adquiriendo muchas cosas benéficas para mí salud, como todos sabemos acá no venimos solo a dejar de consumir sino, a cambiar nuestro interior para ser unas mejores personas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Estar con la salud. - Estar bien - Dar uno el mejor esfuerzo y superarse cada día, a ver, la capacidad que tiene uno para hacer algo. - Todo eso ayuda a autosuperarse uno. - Yo lo relaciono como con la trascendencia. Como si uno esta bien, uno hace una cosa bien y uno se siente saludable, uno procura por estar saludable para estar mejor . - Estar con salud, pues en el caso mío, manejo mucho lo que es lo místico por así decirlo, le doy mucho significado a esos momentos “vacanos” donde uno siente bienestar, le doy un significado como más, al fondo más como sentirse bien conmigo mismo, y muchas veces escuchando música, me siento bien, me siento saludable. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ponerle ánimo y además para divertirme en el juego, porque uno corre y es saludable también. - Desarrolla los músculos. - El deporte porque me sirve para desarrollarme físicamente y también practico el estudio. - Para querer uno mismo. - Darnos una buena y balanceada alimentación.

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

47 enunciados permiten poner de manifiesto el sentido que los jóvenes le dan a sus prácticas, en los cuales se resalta la responsabilidad, el amor al cuerpo, el

permitir un sano desarrollo corporal, poder estar en paz con ellos mismos y con los demás, entre otros.

Para las jóvenes del grupo Adventista, la responsabilidad y en general los principios de la iglesia son el sentido que cotidianamente guían sus prácticas. Fundamentalmente, es porque su cuerpo lo conciben de la siguiente manera “nuestro cuerpo es templo del Espíritu Santo y pues como tal debemos honrar y respetar a Dios cuidándolo” por ello manifiestan que no ingieren alcohol, pues este atenta la integridad física, mental y espiritual de los hombres.

De gran relevancia resulta el hecho de que las jóvenes dicen que en sus familias hay un discurso que en nada contradice lo que hacen. Tienen claro que es lo mejor para cuidarse, los principios son de raíz²¹, ya hay unas costumbres enraizadas aseguran, no existen estilos de vida diferentes, saber manejar la libertad es un principio orientador para llevar a cabo el objetivo de llegar algún día al cielo.

Además, sostienen que como mujeres de un grupo religioso especial han vivido múltiples experiencias y señalan al respecto: “cuando estábamos pues adolescentes, veíamos mucho que es mejor comportarnos así porque tenemos más aceptación dentro de la ciudad y dentro de los muchachos y todo el cuento, sentimos que nos ha ido bien, que somos mujeres diferentes y que a los muchachos les gusta, pues si un hombre lo valora de una forma muy diferente, y yo creo que cada una de nosotras es muy valorada porque saben quiénes somos nosotras, conocen como bueno, si esta persona cree en esto, es diferente, pero esa diferencia, la hace ver muy bonita y pues es un valor agregado de la mujer”.

Red de Radios le da un sentido particular a sus prácticas “uno las hace porque uno es consciente de que si no las hace, no tiene paz”, dicen que el descasar, el bañarse, son necesarias, les conviene, también por naturaleza y para prevenir enfermedades. El autocuidado, como sentido que orienta las prácticas, está presente en este grupo y es asumido como la responsabilidad que tiene cada uno con su cuerpo y con su mente, en los aspectos emocional y corporal.

Sin embargo, piensan que la conciencia y la responsabilidad con el cuerpo son el sentido que orientan sus prácticas.

CADELI, a diferencia de los otros grupos, dice que el sentido que le da a sus prácticas es la reeducación y poder acabar con su enfermedad, pues consideran que la droga es una enfermedad, y aseguran que “cuando no consumíamos droga, noso-

²¹ Las jóvenes del grupo Adventista consideran que el sentido que le dan a sus prácticas tiene que ver con sus principios que son de raíz, lo que se refiere a que ellas pertenecen a un grupo especial el cual cuenta con principios morales y espirituales muy claros como son el amor y el respeto al cuerpo por ser el templo del Espíritu Santo.

tros éramos unas personas, buenos estudiantes, trabajadores, *si éramos deshonestos no éramos mucho*, en cambio con la droga, se nos corrompió la mente. Esa fue la primera enfermedad que nosotros tuvimos, se nos corrompió la mente, se nos empezó a dañar la vida, empezamos a manipular, a dañar las personas, a robar, fuera de que estábamos quemando nuestras neuronas, nos estábamos robando nuestra paz interior a nosotros mismos, la paz de nuestras familias”.

Consideran que la llegada de la droga a sus vidas fue “el acabose” para sus familias. Por eso, hoy en día buscan salir de ello y por tanto con la reeducación quieren salir de eso. Piensan que la reeducación, es volver a adquirir esa autoestima, esos valores tan importantes que tenían antes, que tenían antes de caer a la droga, que en un momento sin darse cuenta se fueron de sus vidas y por tanto la vida se les volvió ingobernable, ya que la droga los manipulaba y ellos a su vez manipulaban a los demás, hasta cuando, dicen ellos, resultaron en la calle, en la indigencia. Creen ahora que lo más importante es levantarse otra vez, para no volver a caer, a ser los “chinos”²² de la calle y poder conseguir la autoestima perdida. Por lo anterior, dicen que el sentido de las prácticas, es limpiarse desde el fondo de ellos mismos.

Como se ha venido observando, las representaciones sociales dependen en gran medida de los intereses y saberes del grupo, pero también es importante el papel que juega cada actor y los sentidos que cada uno le imprime a sus actuaciones.

Gran Blanco le da otro sentido a sus prácticas como es el de poner cada uno el mejor esfuerzo en lo que hace y superarse cada día, lo relacionan con la trascendencia y por ello dicen “yo manejo mucho lo místico por así decirlo, le doy mucho significado a esos momentos vacanos, donde uno siente bienestar, le doy un significado como más, más al fondo, más como sentirse bien conmigo mismo, y muchas veces escuchando música, me siento bien, me siento saludable”.

Gran Blanco asume que el sentido que le da a sus prácticas es la prevención de la muerte juvenil y eso hace que sea diferente al sentido que le dan los demás grupos a su quehacer como grupo. Al respecto, dicen que “*el hip hop previene la muerte*” pues “el hip hop es un ambiente, es una música más que todo en los barrios populares. Entonces, en esos barrios se encuentra mucho la droga, la delincuencia, entonces todo eso lleva a la muerte, un delincuente por ejemplo está muy propenso a que lo maten ¿si me entiende? entonces la música, el hip hop a muchos amigos míos les ha servido, pues tenían pasados tristes y ya entregados a la música

²² El chino de la calle significa el joven drogadicto de la calle que finalmente todos conocen y le temen.

ca, entonces ya toman eso como una cultura y se alejan ya de los vicios, de cosas por el estilo”.

Algunos jóvenes dicen haber tenido la oportunidad de hacer talleres de hip hop en hogares de drogadictos, y afirman que es una terapia para los demás jóvenes, porque muchas de las personas que están ahí no son capaces de transmitir lo que sienten, y cuando están escribiendo una canción transmiten lo que sienten y se liberan, se pueden “desahogar” con la música porque lo que hacen es relatar la cruda realidad, consideran que su música está vetada en lo comercial, es más bien underground, lo que se representa como estar bajo cuerda, porque hablan cosas fuertes, muestran la realidad, pero la realidad son sus propias vidas. Por eso, un sentido que le dan a las prácticas *“es dar a conocer la dura realidad”*.

Para desarrollar sus bailes (el break dance) se debe tener muy buen estado físico, porque dicen ellos “tienen que fortalecer los músculos, la flexibilidad, la resistencia, para conseguir la sincronización”, lo mismo pasa con el graffiti que acompaña sus prácticas.

Además, argumentan que lo más importante es la proyección entendida como la posibilidad de darse a conocer y poder ayudar a los jóvenes de los barrios. Se resalta el hecho que los jóvenes de este grupo piensan en el autocuidado y lo definen de la siguiente manera: “ser consciente de que uno vale y que tiene que cuidarse. Es más que verme y conocerme y cuidar lo que soy, es como reflejar lo que yo quiero en mí, reflejarlo en el otro y eso lo practicamos mucho en la cultura Hip Hop, una de las filosofías es tratar al otro como un hermano”.

En CEDECO, los jóvenes manifiestan que el sentido que orienta sus prácticas es tener salud, divertirse, ponerle ánimo a lo que realizan diariamente y desarrollarse corporalmente. Lo mismo que para Red de Radios, el grupo CEDECO piensa que el autocuidado es el sentido que le dan a sus prácticas y lo asumen como “cuidarse mutuamente y quererse uno mismo, no caer en malos vicios como el sacol²³, basuco, malas compañías”.

²³ Sacol es un pegamento utilizado en la industria y que los jóvenes del barrio la usan como sustancia alucinógena, la cual es inhalada por vía respiratoria.

Tabla No.7.20. Fuentes de información que han incidido en la construcción de las representaciones sociales que tienen los jóvenes sobre salud

ADVENTISTA	RED DE RADIOS	CADELI	GRAN BLANCO	CEDECO
GRUPO 1 (FEMENINO)	GRUPO 2 (MIXTO)	GRUPO 3 (MIXTO)	GRUPO 4 (MASCULINO)	GRUPO 5 (MIXTO)
<ul style="list-style-type: none"> - Desde niño, de la experiencia. - Cuando está mal con los demás sabe que no tiene salud. - De la iglesia cuando está mal espiritualmente sabe que no tiene salud. - Que el cuerpo es el templo del Espíritu Santo, entonces para nosotros estar bien es fundamental tener el cuerpo limpio, física y mentalmente. - De la ciencia. - De lo que uno estudia. - De los conocimientos que uno recibe. 	<ul style="list-style-type: none"> - En lo que le enseñan a uno como lo básico en la casa. - Cuando va donde el médico. - Los medios de comunicación. - La publicidad. - Lo que le ofrecen en una institución educativa, como las cosas de prevención y salud. - La cruz roja. - Esto se aprende, son como pasos, empieza en la familia, se aclara de pronto en el colegio, donde el doctor, en el centro de salud, en muchas partes se puede aprender. - De la experiencia propia y también de una universidad. - Todos los medios de comunicación. - Tiene que ver mucho la educación que le estén dando a uno, que le hayan dado en el colegio, como en mi caso. 	<ul style="list-style-type: none"> - La salud física la aprendemos desde la casa, de nuestros familiares. - también del diario vivir. - En la calle, sinceramente aprendemos que la salud es felicidad. - Aprendemos físicamente en la casa. - La verdadera salud, es la del alma, de la mente y la aprendemos en la calle, con los problemas que podemos ver a diario. - Haciendo las cosas a conciencia. - A través de la vivencia y con el paso de los años, uno día a día va encontrando anécdotas, va viviendo situaciones y entiende de que se puede formar un concepto de lo que es salud. - Normalmente los adictos tenemos una visión muy errada de lo que es salud, pero cuando nosotros empezamos a despegar esa maraña que tenemos en el cerebro, comenzamos a ver las cosas de otra forma. - En la calle. - En la parte médica desde muy temprano me enteré que era salud, pero en realidad en el transcurso de mi adolescencia y mi juventud yo pude complementar esa definición que tenía. - De compañeros en el hogar. - También en lo cotidiano y todo eso, de las experiencias de muchas personas, de la gente que me rodea, a medida que pasan los años voy adquiriendo experiencias nuevas y voy aprendiendo cosas nuevas de lo que es salud 	<ul style="list-style-type: none"> - En mi familia. - De los compañeros. - Del colegio, de mi familia, del noticiero, de mis amigos y de la gente. - Del grupo hip hop. - De la calle, porque de por sí nosotros hemos sido callejeros casi todos, pues, nos gusta mucho investigar las calles, leer acerca de la ciudad y ahí es donde se ven diferentes enfermedades porque uno conoce sitios donde abundan las drogas, entonces uno pilla la diferencia de vida. - La vivencia, porque uno siente pues desde pequeño que está saludable y también siente más o menos cuando está enfermo. - En la universidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - De los profesores. - De mi mamá, los profesores. - De mis padres y mis abuelos. - En el grupo. - Mi mamá y en la vida. - De mi mamá y del doctor - Los profesores. - Uno la aprende es desde la misma casa. - Uno aprende también viendo las cosas de la casa; si yo vivo en medio del mugre, yo no aprendo que es salud, pero si yo sé que en mi casa todo es limpio y ordenado yo aprendo de mi propia casa que debo ser ordenado, limpio para poder tener buena salud. - Los amigos son importantes para mí porque con ellos también aprende muchas cosas, a valorarse también y ellos están en las buenas y en las malas con uno.

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

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. Es así como los conocimientos, creencias, prácticas que realizan los jóvenes, los valores, las referencias

históricas y culturales que conforman la memoria colectiva del grupo son configuradas por diferentes fuentes de información. De acuerdo con Jodelet (1977), existen principalmente cuatro fuentes de información para la elaboración de las representaciones sociales, que se amplían en relación con las encontradas en los grupos de jóvenes de Manizales, como son: la vivencia de las personas, lo que piensan, la comunicación social y la observación, y los conocimientos adquiridos a través de medios formales, tales como las lecturas, la profesión de las personas; y los medios de comunicación de masas.

Los hallazgos frente a las fuentes de información que les ha servido a los jóvenes de base para la configuración de las representaciones de acuerdo con sus discursos, se muestran a continuación en la siguiente tabla.

Tabla No.7.21. Número de apariciones de enunciados que contemplan algunas de las categorías que en los discursos de los jóvenes de algunos grupos de la ciudad de Manizales están relacionados con las fuentes de información

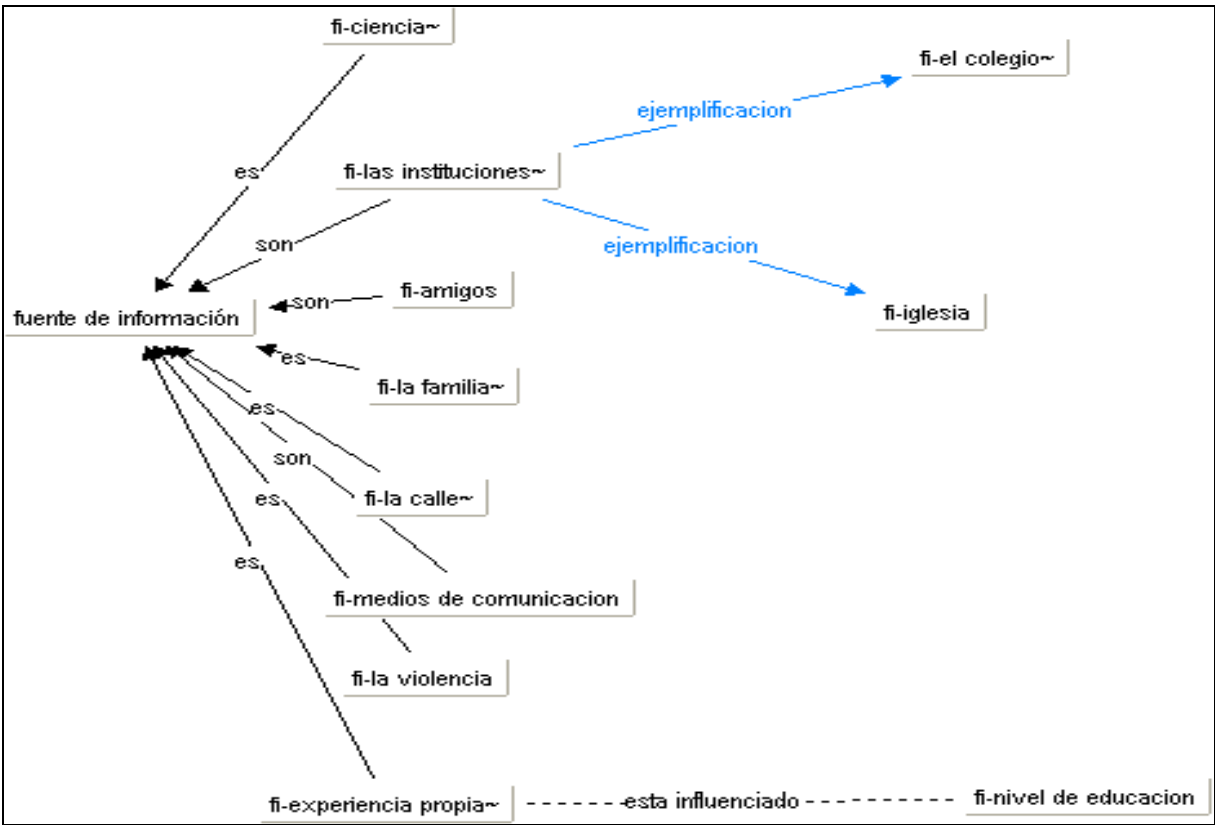
Categoría	total	Adventista		Red de Radios		CADELI		Gran Blanco		CEDECO	
		GD	EP	GD	EP	GD	EP	GD	EP	GD	EP
FI ciencia	3	1				2					
FI otras instituciones	7			1		5		1			
FI la iglesia	5	1	1			1		2			
FI la escuela	15			3		1		6		5	
FI la familia	27			3		4		6		10	4
FI los amigos	9	1				1		2		5	
FI la calle	13		1	1		2		7			2
FI medios de comunicaciones	16		2	6		4		3		1	
FI experiencia	12	1		1		4		4		2	
FI la violencia	1			1							

Fuente: Categorías emergentes en el análisis de las transcripciones en Atlas Ti de los discursos en los grupos de discusión (GD) y entrevistas en profundidad (EP).

Las fuentes de información que han incidido en la construcción de las representaciones sociales en salud se pueden clasificar en: la familia es la primera fuente que reconocen con mayor frecuencia, seguida de los medios de comunicación, 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.

Los jóvenes de los grupos CADELI y Adventista manifiestan que la ciencia ha contribuido en la medida en que los médicos les han enseñado que es salud desde que eran niños y lo aprendieron con un lema “*mente sana en cuerpo sano*”.

Gráfico No. 1. Fuentes de información que los jóvenes consideran son importantes en la configuración de sus representaciones sociales en salud.



7.2.1.1. *La ciencia*

El grupo Adventista refiere que de la ciencia ha aprendido qué es salud. CADELI, por su parte, dice que aprendieron desde que eran pequeños dado que como eran tan hiperactivos tuvieron demasiados accidentes que requirieron consultar al médico y este les enseñó que se debían proteger, de allí que reconozcan el saber médico como parte de la ciencia que contribuyó a configurar su representación sobre salud y recuerdan siempre “*mente sana en cuerpo sano*”.

7.2.1.2. *Las instituciones*

CADELI reconoce como *el gobierno y los que mandan* invierten hoy en salud preventiva, como las recomendaciones para el uso del condón con el fin de evitar atenciones médicas por SIDA o por enfermedades de transmisión sexual *venéreas*. Para ratificar lo anterior dicen: “los gobiernos y las entidades gubernamentales se han esforzado más últimamente por brindar mayor información a la gente de bajos recursos económicos y de poca capacidad educativa para que puedan entender, o sea, cada vez las propagandas y los anuncios son mucho más sencillos y fáciles de comprender, como ejemplos están *el tabaco es nocivo para la salud, sin condón ni pio*²⁴, así como la erradicación de enfermedades infantiles desde antes del nacimiento, desde que las mujeres están en embarazo ya las organizaciones nacionales y gubernamentales de salud previenen enfermedades tanto en la madre como en los niños como es el caso de las vacunas.

La iglesia fue reconocida por las jóvenes del grupo adventista como una fuente de información que contribuye en la configuración de sus representaciones en salud, reconocen que la iglesia les ha enseñado que *el cuerpo es el templo del Espíritu Santo* y, por tanto, es fundamental tener el cuerpo limpio física y mentalmente. De igual manera, el grupo CADELI reconoce en lo místico, lo religioso un estado de bienestar total.

La escuela (la escuela, el colegio, la universidad) hace parte igualmente de las instituciones que les permite la configuración de la realidad. Por eso, dice el grupo Red de Radios que la construcción del concepto se inicia en la familia y que termina por ser mayormente aclarado en la escuela, otros del mismo grupo dicen *el concepto que yo tengo de salud, que no sé si es el verdadero, lo he aprendido es en el colegio*. Lo mismo manifiesta CEDECO, CADELI y Gran Blanco que en el colegio aprendieron lo que saben de salud²⁵.

El grupo Red de Radios reconoce en la Cruz Roja una institución que ha influido en sus concepciones sobre salud y el grupo CADELI asegura que ha aprendido de

²⁴ “Sin condón, ni pio”: campaña publicitaria utilizada en Colombia para incentivar el uso de los preservativos en todas las relaciones sexuales, con el objetivo de prevenir enfermedades de transmisión sexual como el SIDA.

²⁵ “Es que un colegio es toda una ciudad entera, viene gente de muchos barrios entonces y entonces empiezan es a probar todo eso. En los colegios deberían dar talleres así que vayan los tombos, que hagan algo bueno, que se metan a un colegio y les digan a los niños qué consecuencias traen consumir, consumir esto, esto, esto y esto, pero un joven llega y le ofrecen eso ¡ahh eso qué hace! no, eso le revuelca la cabeza y listo “va pa dentro” pero él no sabe cuáles son las consecuencias verdaderas, que es la adicción, la dependencia a una sustancia, como transforma el cuerpo de la persona, porque una persona que esté consumiendo se le desfigura totalmente la cara, entonces cosas así por el estilo, ¿sí ve? puede ser también por falta de conocimiento.

la institución de reeducación (Caminos de libertad) que salud es estar con sobriedad, tener paz interior, tranquilidad y estar bien con ellos mismos.

La familia, para la mayoría de los grupos, es una fuente de información y como se mostró anteriormente es la que con mayor frecuencia ilustran los jóvenes, los jóvenes de Red de Radios y Gran Blanco señalan que lo que saben de salud empezó en la familia. Esa fue su primera impresión y se aclaró más en el colegio, consideran que el apoyo de la familia es importante, pero al mismo tiempo si en la familia se consumen drogas se convierte en un factor de riesgo para que los jóvenes consuman. CADELI asevera que aprendió de la familia que salud era *no tener un malestar físico*, o sea que salud es física. CEDECO relaciona en la familia constantemente a sus diferentes miembros como los abuelos y en especial la figura materna, de donde refieren han aprendido la limpieza, el respeto por ellos mismos y en general del ejemplo de sus padres.

7.2.1.3. *Los amigos*

Todos los grupos reconocen en los pares de amigos una valiosa fuente de información por ejemplo el grupo de jóvenes Adventistas aseguran que los conocimientos van pasando desde las más grandes a las más jovencitas. Gran Blanco dice que los amigos son una figura de imitación, CEDECO afirma que del mismo grupo con los amigos ha aprendido mucho, por ejemplo a valorarse y saber que *“los amigos están en las buenas y en las malas”*.

7.2.1.4. *La calle*

El grupo Red de Radios, CADELI, Gran Blanco y CEDECO consideran que la calle como un escenario donde se pone de manifiesto la información de los medios de comunicación, por eso dicen *“es un lugar donde diariamente se aprenden muchas cosas de la vida, la calle es el lugar donde se hace visible la propaganda, los programas de vacunación”*, pero reconocen adicionalmente que en la calle como fuente de información directa aprenden que la salud es la del alma y la mente, y ratifican, esto sólo se aprende en la calle con los problemas que esta trae y con las posibles soluciones que se van dando allí²⁶.

Un joven de CADELI dice que en la calle todo se simplifica diciendo *“que, tal y tal cosa”* *“hombre no, yo me curo en salud”* son expresiones que se usan cuando no

²⁶ “Pero la verdadera salud, “la salud del alma”, la salud de la mente, la aprendemos en la calle, con los problemas que tenemos, cuando tenemos el problema y lo solucionamos aprendemos qué es salud, sinceramente para mí”. (Joven del grupo CADELI).

se quieren comprometer con algo malo, como por ejemplo un problema de drogas, es hacer las cosas bien hechas y esto lo aprenden en la calle.

Gran Blanco manifiesta que también en la calle se aprende que mucha gente le tiene miedo a la calle y que esta esconde muchas historias de *drogas, niñas enfermitas, es una caja de sorpresas*, por su trabajo con el Hip Hop, ven la calle como una mina para explotar, pues allí encuentran la inspiración para la construcción de sus canciones.

Sin embargo algunos integrantes del grupo CEDECO consideran que la calle es mala por los vicios que se ven y las malas compañías, porque bajan dando bala, por las amenazas, las peleas, por las basuras, la contaminación de los carros, por el relleno y por el ambiente atmosférico tan pesado. Así mismo, el grupo Adventista considera que la calle les genera desconfianza, sin embargo, piensan que también depende del uso que se haga de los lugares públicos.

7.2.1.5. *Los medios de comunicación.*

Los medios de comunicación son tenidos en cuenta por todos los grupos en especial por el grupo Red de Radios, pues son los medios de comunicación los que precisamente convocan la existencia del grupo. Consideran que lo que les ha cedido la publicidad ha incidido en las representaciones que tienen de salud, como por ejemplo que salud es estar bien tanto física como por dentro emocionalmente.

Llama la atención como los medios de comunicación se visualizan desde dos dimensiones, una que tiene que ver con las campañas de prevención y otra como factores de riesgo para la salud, es así como ponen de ejemplo la importancia de los medios de comunicación en la concientización de la bulimia y la anorexia como dos enfermedades que afectan la juventud actual, pero al mismo tiempo ponen de ejemplo que las nuevas tecnologías han vuelto esclavos a los jóvenes ya que pasan demasiado tiempo al lado de estos equipos como el celular y el computador.

Los grupos CADELI y CEDECO dicen que a través de algunos programas de televisión han aprendido algunas cosas, sienten que las campañas se hacen para sensibilizar a los jóvenes de bajos recursos.

Gran Blanco manifiesta que los noticieros, la televisión y el internet, son medios de información que han incidido en la cimentación de sus representaciones en salud pero de igual forma los consideran como la enfermedad actual de los jóve-

nes *la droga virtual moderna*²⁷, esta a su vez genera malos hábitos alimenticios porque se come a deshoras y casi siempre comida chatarra, aquí incluyen también los juegos de play station, celulares y el internet.

Cabe resaltar que en la familia de una joven del grupo Adventista tomaron la decisión de no usar la televisión en su casa hace año y medio y asegura que se han vuelto más cultos ya que dedican el tiempo a la lectura.

7.2.1.6. *La experiencia*

La propia experiencia, la vivencia cotidiana, la vida propia es una fuente muy importante para la configuración de las representaciones sociales y que está determinada por el nivel educativo entre otras características. Las jóvenes Adventistas, por ejemplo, dicen que cuando se esta enfermo sabe que no tiene salud. CADELI, Gran Blanco, dicen que el propio vivir le va mostrando a uno lo que se debe y no hacer, este último introduce algo importante y es que la falta de conocimiento y de dinero permiten que muchas personas no tengan acceso a medidas preventivas como la planificación.

7.2.1.7. *Violencia*

Los jóvenes en general afirman que la violencia que vive el país hace parte de las fuentes de información que han incidido en la conceptualización que sobre salud tienen, dado porque en Colombia no se respetan los derechos humanos. La salud y la vida son derechos que en Colombia se vulneran todo el tiempo, ponen de ejemplo cuando la policía pasa por sus barrios “dando bala”, “cuando vemos un muerto y entonces ahí nos damos cuenta de que todos tenemos derecho a vivir”.

El grupo Red de Radios dice que los medios de comunicación deben ser más responsables en la información que registran, dado que sólo se muestra la violencia del país, y no las cosas buenas que esta tiene.

²⁷ “nosotros en le barrio nos los gozamos es como el bazuco virtual porque crea tanta adicción que dejan de comer, comen a deshoras, no duermen, consiguen novia por internet eso ni salen de la casa” “eso genera una dependencia a eso ¡tan brava! Que hay pelados que dicen ¡uy se me quedó el celular! y preocupados, todo un día no pueden vivir sin el celular, quieren más al celular que a la novia”.

Tabla No.7.22. Representaciones que tiene el grupo GIPA sobre salud y las fuentes de información que han incidido en su construcción

SALUD	SITUACIONES DE LA VIDA QUE SON SALUDABLES	CUANDO SE SIENTEN SALUDABLES	CUANDO CONSIDERAN QUE LOS OTROS TIENEN SALUD	DIMENSIONES QUE TIENEN QUE VER CON SALUD	FUENTES DE INFORMACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> - Es un estado de bienestar, personal y de armonía con el entorno, entendido como familia, grupo de amigos, trabajo. - Es la capacidad y posibilidad de desarrollarnos en todas las esferas, en todas las dimensiones como seres humanos - Es un buen desarrollo personal 	<ul style="list-style-type: none"> - El autocuidado, dormir en una cama cómoda poderse levantar, poderse bañar, poder tener un desayuno acorde con sus necesidades, pero me parece que lo más importante es que también vivamos en un ambiente general sano no solamente en la casa, sino en la vida, el trabajo, dormir. - Disfrutar del aire libre. - De lo ecológico, hacer una caminata. - Compartir con el grupo - Tener una familia 	<ul style="list-style-type: none"> - Cuando tengo la sensación de bienestar, de alegría, de fortaleza, cuando siento como la energía de poder hacer las cosas, para poder trabajar, para poder hacer las acciones que deba hacer normalmente, - cuando tengo la posibilidad de estar tranquila, estar saludable, poder disfrutar de cada una de esas cosas y poder hacerlas - Cuando puedo disfrutar. - Cuando duermo bien y me siento descansada, contento. - Que no tenga dolencias físicas, y que no tenga nada que me haga sentir mal, como sentirme recargada de trabajo porque me siento presionada. - Cuando voy donde el medico y me dice que estoy muy bien de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cuando sus condiciones para estar feliz y para estar bien en armonía con su medio y con el, se cumplen. - Cuando no tiene problemas orgánicos. - Cuando puede trabajar y puede tener las condiciones mínimas para subsistir, para recrearse, para criar sus hijos o para el mantenimiento de su familia. - Cuando se siente bien - Cuando siente que su vida fluye al ritmo que quiere y que el puede fluir con el mundo y con las otras personas. - Cuando no hay nada que lo incomode. - Cuando su desarrollo está adecuado, es bueno. - Cuando tiene buen desarrollo desde todas las dimensiones sexual psicosocial, emocional, laboral, biológico madurativa, de pensamiento. - Cuando tenemos un medio ambiente adecuado para poder lograr desarrollarnos. - Cuando su proceso evolutivo vaya pasando como por las etapas que debe pasar y vaya haciendo las cosas que debe hacer. - Cuando se preocupa por si mismo, cuando pone en practica sus valores. 	<ul style="list-style-type: none"> - El descanso, la recreación, la actividad sexual - El trabajo, el estudio, la vida social. - El trabajo tienen que ver con uno mismo desde donde miramos, abordamos el desarrollo - Dimensión socio emocional. - La erótica sexual - Lo laboral - Lo ético - La moral 	<ul style="list-style-type: none"> - Haciendo recorrido por todo, estos años de vida he aprendido lo que es salud. - De los patrones de crianza, cuando le decían a uno “cuídese, tal cosa, báñese así, coma bien, haga esto, haga lo otro” - La familia, las figuras importantes como mi papá, mi mamá eran personas que tenían hábitos muy saludables, no fumaban, no tomaban, dormían bien, cuidaban su organismo, si se enfermaban acudían al médico - Experiencias de vida, primero inmediatas en el hogar, luego también en la relación con los otros - Los profesores - De la formación profesional - El espacio donde uno labora y las áreas que uno ha desempeñado en el en el trabajo - Los medios de comunicación han incidido muy poco realmente

Fuente: Algunos enunciados de los discursos en el grupo de discusión (GD) y entrevista en profundidad (EP) del grupo GIPA.

Para el grupo GIPA, *la salud* está asociada a un estado de bienestar tanto personal como de armonía con el entorno, entendido éste como familia, grupo de amigos 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. Aclaran que con la legislación actual en salud, concretamente la ley 100, la salud se ha ido centrando en la atención y poco en la prevención.

El bienestar es asumido como una condición del ser humano, que tiene que ver 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 palabra *bien ser*, a la palabra *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 involucra simultáneamente esas cuatro dimensiones: el estar, el hacer, el tener y por supuesto el ser.

Para el abordaje de la salud en los 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, una sana salud sexual y reproductiva, en el marco de la perspectiva de los derechos, que pretende enseñar a los jóvenes que *todos tenemos derecho*.

El grupo GIPA asume que la salud es un derecho y que los jóvenes deben acceder a él, de manera que las instituciones deben ofrecerles las posibilidades para que ese derecho les sea garantizado. Por otra parte, se preguntan ¿cuál es el ejercicio de ese derecho? ¿Cuáles son las herramientas que tiene la gente para ejercer de ese derecho? Cuando se trabaja con grupos de la comunidad bien sea escolarizados o no escolarizados, se encuentra casi en igual porcentaje la poca conciencia que la gente tiene realmente de ejercerlo.

Para el grupo GIPA, la salud está en íntima relación con la vida y considera que los derechos a la vida son derechos de primera generación, o derechos “obvios”, pero dicen que últimamente se ha venido reconociendo la complejidad humana. Por eso, entienden que ese derecho es necesario para lograr un estado de bienestar óptimo que en relación con la salud personal es aparentemente privado. Sin embargo, consideran el factor social de la salud como un derecho colectivo, relacionado con un bien estar, un buen hacer y un buen ser y no sólo a un buen tener. Por lo tanto, la salud abarca toda la gama de los derechos humanos, desde

los de primera generación o derechos básicos, los de segunda generación o derechos económicos, sociales y culturales –DESC–, y los de tercera generación o derechos colectivos y del ambiente.

Para este grupo, la salud, vista como armonía, le da posibilidades a las personas en tres aspectos: uno, poder hacer aquello que quieren valorar; en segundo lugar, la posibilidad del diálogo, de tomar decisiones, de comunicarse y de resolver los conflictos del entorno (los conflictos con la familia, los conflictos en la escuela, los conflictos en el trabajo); y en tercer lugar que las personas sientan confianza y seguridad en el Estado, que sientan que no les va a faltar el agua, ni los otros servicios públicos... ni la salud. De lo anterior, concluyen que tanto el factor cognitivo emocional, el factor social comunicativo y el factor de confianza, son los tres factores claves para la salud. Pero en nuestro medio hay muchas dificultades para la armonía de esos factores. Las personas no sienten confianza, por ejemplo en el tema de la seguridad, en la posibilidad de dialogar, en las condiciones del trabajo y del empleo, pues son volátiles, entonces vivimos en un medio en el que esa armonía es muy frágil y muy vulnerada.

Para este grupo, el hecho de que la salud se refiera a un estado óptimo integral de los seres humanos tiene que ver con lo que el grupo ha trabajado con los jóvenes en “sentidos o proyectos de vida”. Es decir, el sentido de sus proyectos es entender que hay posibilidades de construcción de fantasías y de sueños, que es, sin embargo, paradójica, porque es entender que ese estado óptimo al que muchos llaman felicidad, es construido en unas condiciones de dificultad., Entonces, a la vida le es inherente el conflicto, el problema y la dificultad. Y un estado óptimo sería aquel en el cual es posible seguir fantaseando, seguir luchando, seguir soñando en el contexto de la dificultad.

De esta manera, el grupo asimila la salud al *estar bien* en el sentido que tiene que ver con las diferentes esferas del desarrollo humano. En un primer momento, con el desarrollo del potencial afectivo, donde se forma la capacidad de amar de las personas, la posibilidad ética, como dice Amartya Sen (¿?), “de hacer aquellas cosas que tenemos razones para valorar”. En un segundo momento, con el desarrollo axiológico, que tiene que ver igualmente con con la posibilidad “de hacer aquellas cosas que tenemos razones para valorar”, pero desde una dimensión intelectual, con la posibilidad de tener una buena información para tomar decisiones. Y, finalmente, creen que la salud es buscar una congruencia entre los conocimientos y creencias, las actitudes y las prácticas²⁸.

²⁸ y quiero poner un caso concreto en juventud, por ejemplo el embarazo adolescente, una adolescente puede conocer de la importancia de la prevención del embarazo a su edad, puede también conocer acerca de las

El grupo GIPA fue el único que introdujo el concepto evolutivo de desarrollo, y se pregunta por las formas como éste es concebido, cuáles han sido sus indicadores y sus postulados, y desde allí se pueden encontrar, probablemente, razones para que la salud haya sido sectorizada y separada del desarrollo humano. Consideran que se debe construir una concepción de desarrollo que tenga en cuenta lo que hasta ahora se ha concebido como salud, en un proceso mucho más amplio de conceptualización del ser humano: en una concepción que reconozca la cultura, la antropología y la psicología.

Las situaciones de la vida cotidiana que el grupo GIPA considera tienen que ver con la salud son un poco diferentes a las enunciadas por los grupos de jóvenes: el grupo considera que el autocuidado es clave, cree que es saludable desde poder dormir en una cama cómoda con todas las comodidades, poder levantarse, poder bañarse, poder tener un desayuno acorde con las necesidades y, en general, considera importante vivir en un ambiente sano.

La alimentación balanceada es un factor clave para ellos, porque creen que sin ella se perdería el equilibrio corporal. De igual forma, las buenas relaciones en la casa y en el trabajo son cruciales y, en general, los múltiples factores afines a la salud como los aspectos biológico, psicológico y social. Bailar cada ocho días es igualmente una situación saludable, porque de esa manera se pueden compartir otras cosas con los amigos. Y como estos ejemplos, habría para ellos una larga lista como el ejercicio, el horario establecido para las comidas, montarse en una buseta a tiempo y que no esté llena de gente. El ser asertivo lo consideran como una situación saludable porque evita el estrés.

Finalmente, el grupo GIPA señaló las situaciones que los jóvenes considerarían saludables:

Para los muchachos, es saludable dormir hasta tarde, comer todo lo que ellos quieren, comer toda la comida chatarra que quieren, por ejemplo una hamburguesa, un perro, estar llenos, no importa con qué, pero estar llenos, sin importar si son unas

consecuencias de un embarazo a esa edad, puede tener una actitud favorable para consultar en un puesto de salud o a su médico en la EPS, frente a la prevención de ese embarazo; pero su pareja pudiera decirle que él se sentiría mal o que dudaría de la fidelidad de ella si usaran un preservativo, y entonces ella, frente a la información que maneja, y ante la actitud de su novio, finalmente decide tener una práctica de riesgo porque hay una disonancia entre su conocimiento y las actitudes y las prácticas. Entonces, hay personas que sostienen que un estado óptimo de bienestar es aquel en el que la persona disminuye la brecha de la disonancia cognitiva. Este es un terreno psicológico porque esa teoría está bien desde el punto de vista de la persona, pero podría olvidar las variables estructurales y las variables medias del desarrollo, como por ejemplo en las estructurales: el agua potable, el saneamiento básico, o, en las variables medias, pues el bienestar no sólo depende de nuestras actitudes, sino de las actitudes de otro, hay amigos en el barrio que están armados, que intimidan, hay grupos armados a su alrededor, si los maestros somos autoritarios, pues, esas son variables medias, que a la persona le es difícil controlarlas como persona.

papitas, no sentirse enfermos, tener espacio, mucho espacio para compartir con el grupo de amigos, tener mucho tiempo para la música, no pelear con la familia, no tener problemas con la familia, ya que la familia para los chicos, para gran parte de los chicos con los que trabajamos nosotros, sería saludable tener una familia pero no la tienen.

Se puede observar en su discurso una mirada un tanto diferente a la que los jóvenes consideran situaciones saludables. Recordemos que para los jóvenes es muy clara la integración de varios campos de la vida: lo moral, lo psicológico, lo físico, lo espiritual y lo mental y no sólo desde el ámbito individual sino desde una dimensión social, y se puede agregar la importancia que le dan al trabajo como posibilidad de ser y de sentirse productivos.

El trabajo, consideran, no es tan prioritario para los jóvenes, aunque ven que cuando se acercan a los 18 años, sienten que la comida se les va acabar y se vuelve una prioridad.

El grupo expresa que *se siente saludable* cuando tiene la sensación de bienestar, de alegría, de fortaleza, cuando sienten la energía para hacer las cosas, para trabajar, cuando tienen la posibilidad de estar tranquilos, de disfrutar de cada una de las cosas que hacen. Agregan que se sienten saludables cuando no les duela nada, cuando pueden dormir bien y se levantan descansadas y cuando pueden dialogar y recibir la retroalimentación de los otros. También, cuando los exámenes de rutina médica salen en perfectas condiciones.

La enumeración de las cosas que les hace sentir *que el otro tiene salud* tiene que ver con las condiciones para estar feliz y para estar en armonía con su medio y con él mismo. Estas condiciones se cumplen, cuando no tiene problemas orgánicos, cuando puede trabajar, cuando puede tener las condiciones mínimas para subsistir, para recrearse, para criar a sus hijos o para el mantenimiento de su familia, cuando tiene estudio, cuando tiene la posibilidad de movilizarse, cuando siente que su vida fluye al ritmo que él quiere, cuando no hay nada que lo incomode, cuando su desarrollo es adecuado, cuando se da el desarrollo de todas las dimensiones: sexual, psicosocial, emocional, laboral, biológica madurativa, de pensamiento. Todo esto sumado a que su proceso evolutivo (visión del desarrollo a través del ciclo vital) pase por las etapas que debe pasar y vaya haciendo las cosas que debe hacer.

Los integrantes del grupo GIPA argumentan que las *categorías o dimensiones de la vida cotidiana que tienen que ver con salud* son: el descanso, la recreación, la nutrición, la actividad sexual, el trabajo, el estar contento en el trabajo, la vida social, tomarse

unos traguitos²⁹, concluyen que las dimensiones socioemocionales, la erótica sexual, la laboral y ético moral son las dimensiones articuladoras que tienen que ver con la salud.

Las *fuentes de información* que han servido al grupo GIPA para la configuración de sus concepciones sobre salud son principalmente la familia que la consideran lo más importante por dos razones: primera, porque los patrones de crianza, las enseñanzas, las normas que ayudan a delimitar algunos comportamientos se van consolidando en hábitos en primer término en la casa; y segunda, porque las figuras importantes como el padre y la madre, producen recuerdos que marcan a las personas: si se recuerdan como personas con hábitos saludables, que no fumaban, que no tomaban, que dormían bien y comían bien, que cuidaban su organismo y si se enfermaban acudían al médico, se tiene una predisposición favorable a estas cosas.

Para el grupo, las experiencias de la vida se ordenan de acuerdo con su evolución: primero, las inmediatas en el hogar; después, la relación con los profesores y los compañeros; y posteriormente la formación que reciba cada uno y su desempeño en el trabajo.

Los medios de comunicación no son relevantes para el grupo GIPA y lo argumentan diciendo que sólo los medios escritos como las revistas dejan verdadera huella “porque lo lee, porque lo aprende, porque lo repite y lo vuelve a hacer”, pero consideran que en los jóvenes la televisión es de lo más importante, de este medio dicen aprenden el consumo de alcohol, de tabaco, los patrones sociales que se viven en las novelas y en general los hábitos no saludables.

En términos generales, el grupo GIPA no consideró la ciencia como fuente de información debido probablemente a que son profesionales de la salud. Es curioso igualmente que la calle no es mencionada por este grupo con la fuerza que lo hicieron los jóvenes.

²⁹ Tiene que ver como con la salud y aprender a tomarse los traguitos, porque sería muy grave que nosotros satanicemos el tema del consumo del alcohol cuando en nuestro espacio social es una competencia que hay que desarrollar.

8. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

¡Salud!

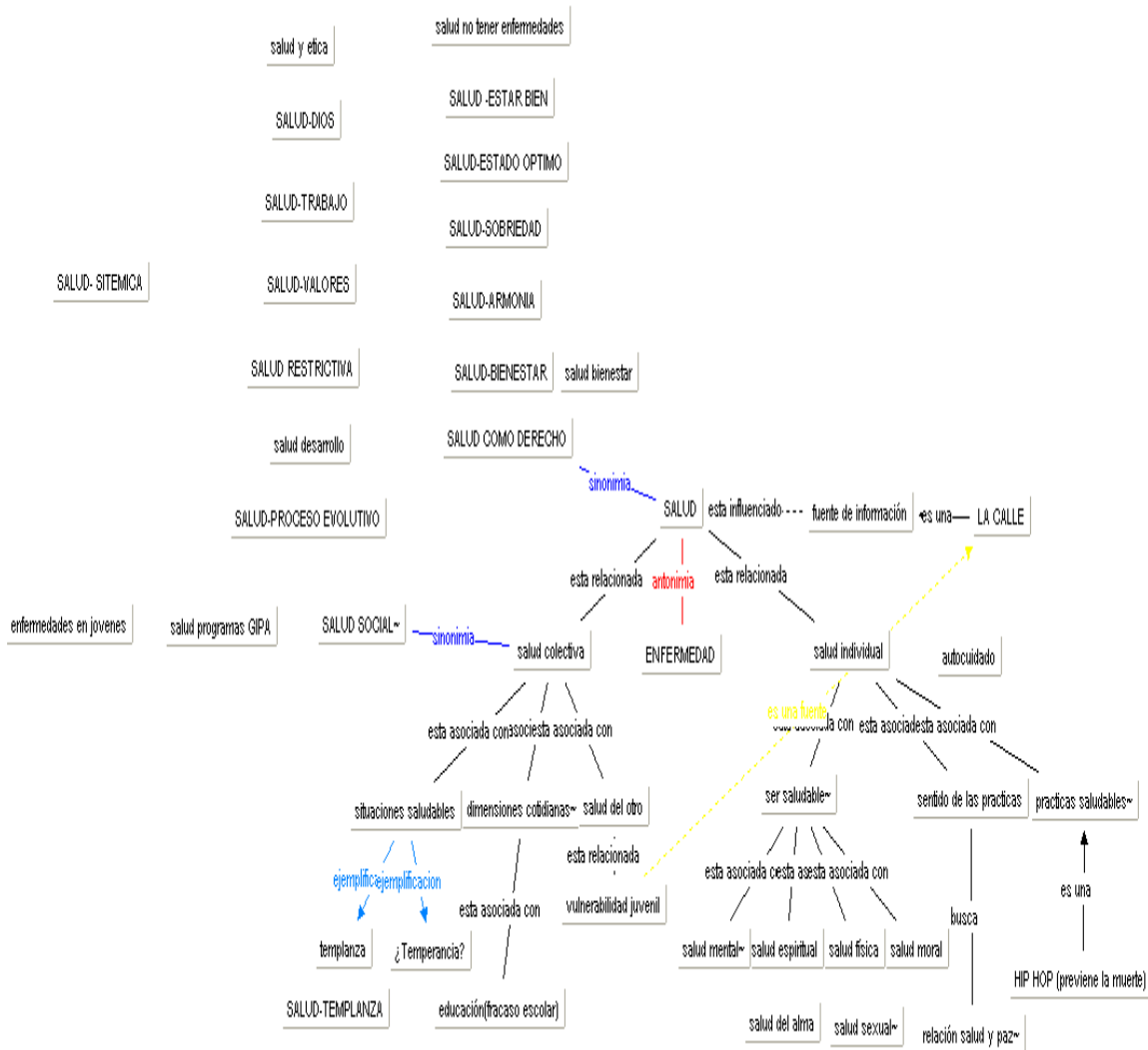
Al enfrentarnos con las representaciones de salud que orientan la experiencia de la vida de los jóvenes participantes en el proyecto en la ciudad de Manizales, encontramos que en muchas de sus representaciones hay un saber que discrepa con el saber experto de los especialistas y las organizaciones de la salud. Se hace necesario por lo tanto facilitar un diálogo de saberes que pueda iluminar el diseño de políticas, proyectos y programas. Saberes del sentido común, que orientan la acción, la comunicación y la comprensión de la salud en los jóvenes de la ciudad de Manizales

Se dan cita en este espacio, a las representaciones sociales identificadas en los jóvenes de los diferentes grupos de la ciudad de Manizales, con las teorías que permiten pensar la vida social, la salud, la libertad, el miedo y los demás aspectos que emergen en el análisis del discurso de los grupos entrevistados.

A continuación, se presenta un cuadro donde se encuentran las principales conca-tenaciones que hacen posible el análisis.³⁰

³⁰ Este cuadro es la reproducción del mapa obtenido en Atlas.ti.

Gráfico. No.8.1. Categorías relacionales con el tema salud vista desde jóvenes de Manizales



En el cuadro anterior se puede observar cómo los jóvenes utilizan una gran cantidad de adjetivos para referirse a la salud. Ven el concepto desde dos niveles: uno individual y otro social. De igual forma, hablan de salud como integración entre lo espiritual, lo mental, lo emocional y lo moral, en complemento con lo físico (material o biológico). Vinculan la salud con la ética, los valores, la armonía, la sobriedad, y el bienestar. También la relacionan con los derechos humanos, con Dios, con ética, con desarrollo y especialmente con el trabajo. El bienestar lo asimilan al *estar bien*, en equilibrio o con un estado óptimo.

Hablan de enfermedades individuales como el alcoholismo y la drogadicción, y también de enfermedades sociales como la violencia y la corrupción. La salud individual depende del autocuidado, de las prácticas saludables que cada uno realiza

y del sentido que le da a su vida cotidiana. Asimismo, la salud colectiva depende en gran medida de lo que las instituciones, como el caso de la institución educativa, aportan al bienestar colectivo, las reglas de juego y la confianza que se puede depositar en los otros.

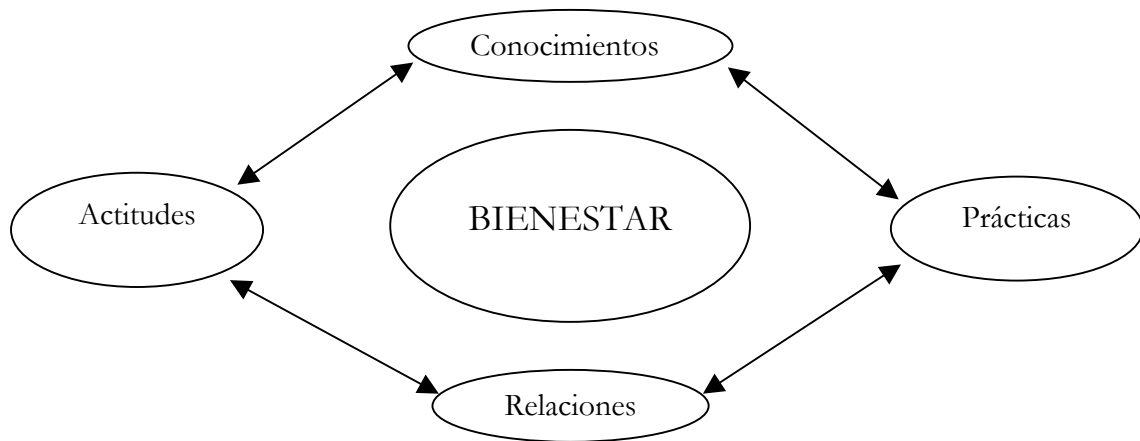
Los jóvenes creen que las fuentes de información que han incidido en la configuración de sus representaciones en salud son: la familia, instituciones como la escuela y las iglesias, los grupos de amigos y los medios de comunicación. La calle es el escenario que algunos grupos reportan como escenario de aprendizaje pues la consideran como el lugar de encuentro y desencuentro con el otro, el lugar de mayor acogida para los programas de prevención en salud, un lugar donde todo se hace visible, y lo más importante no discrimina porque hasta el más drogadicto puede estar en ella y aprender de ella.

Cuando los jóvenes vinculan la salud con Dios no sólo lo hace el grupo de los jóvenes Adventistas sino en general todos los grupos cuando hacen alusión a que existe un ser supremo en quién se confía y en quién siempre se está teniendo como parámetro para la salud espiritual.

8.1. Salud como expansión del bienestar real

El beneficio de una buena salud no se puede circunscribir únicamente al estado de bienestar que disfrutan los que 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. No.8.2. La salud expansión del bienestar real



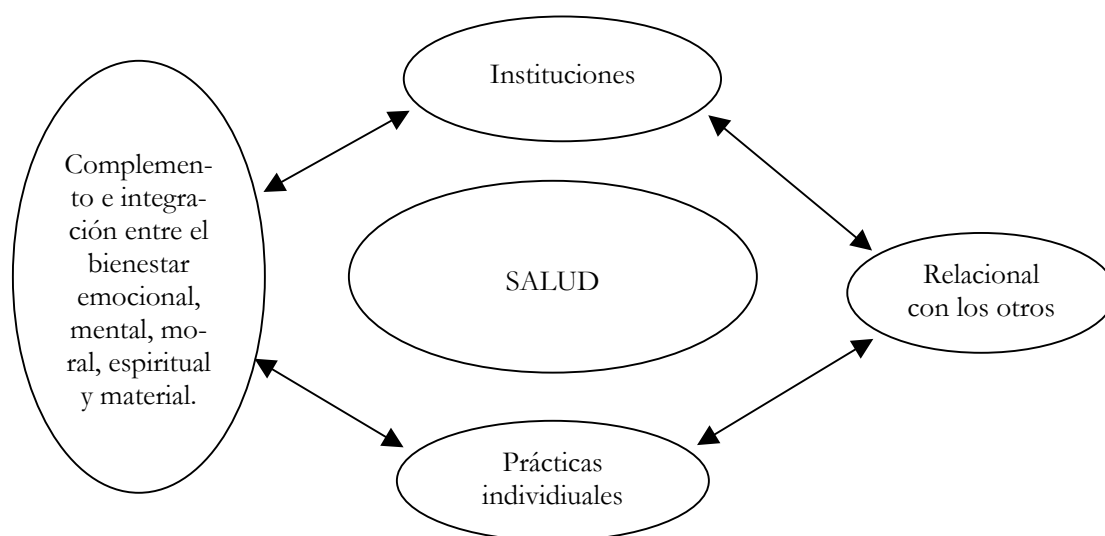
Los jóvenes de la ciudad de Manizales conciben la salud como un proceso de expansión del bienestar real que disfrutan los individuos. El hecho de que los jóvenes presten una atención especial al bienestar se debe a que la salud ha estado ligada a factores medioambientales, de estilo de vida, acceso a los servicios de salud y comportamentales.

Para los jóvenes, el bienestar es un estado óptimo, en los aspectos físico, mental, espiritual, moral y emocional, no sólo desde lo individual sino en 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”, los jóvenes superan la diferenciación entre lo mental y lo físico, contemplan nuevas dimensiones que no han sido tenidas en cuenta por ser consideradas parte de la salud mental como son: la dimensión espiritual, moral y emocional.

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. Este concepto de bienestar se acerca más al concepto de bienestar de Amartya Sen (1996: 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.

Los jóvenes consideran que el trabajo da libertad, en la medida que les permite liberarse de la relación con el estado, con la familia y pueden desde ellos mismos contribuir a su propio bienestar y al de los demás.

Gráfico. No.8.3. Salud: relación entre los factores genético, prácticas personales, instituciones y relacional con otros



Para estar saludables los jóvenes piensan que es importante la conciliación de cuatro factores: las instituciones; las prácticas individuales; la integración entre lo espiritual, mental, emocional, mental y material o físico; y la relación que se establece con el mundo social (la relación con los demás), a diferencia de Blum, Bersh, citados en el referente teórico, quienes tratando de superar la definición de la OMS, plantean la salud como un continuo de variaciones ininterrumpidas que depende de factores tales como el genético, el acceso a los servicios de salud, los factores medioambientales y los estilos de vida.

Los jóvenes dicen que la salud depende de las instituciones, dado que las personas viven y actúan en un mundo donde las oportunidades y perspectivas dependen sobre todo de las instituciones y de cómo funcionan, un ejemplo es la escuela. Las instituciones no sólo contribuyen a aumentar la libertad, sino que su papel puede evaluarse de manera razonable a la luz de su contribución al fortalecimiento de la libertad (Sen, 2000: 178).

El papel que juegan instituciones como la familia, la escuela, las iglesias, los mercados y las organizaciones relacionadas con los gobiernos y las autoridades loca-

les, instituciones ciudadanas, y las oportunidades de diálogo y debate público, incluidos los medios de comunicación, son de gran relevancia para los jóvenes porque la institucionalidad social se orienta a favorecer el bienestar de las personas, o no tiene sentido.

Para los jóvenes la relación de la salud individual y social va más allá de una conexión constitutiva, por importante que esta sea. Lo que pueden conseguir los individuos depende de las oportunidades que se abren cuando están en relación con los otros, como es el fomento de iniciativas, la participación, el consejo y el ejemplo. Por eso, para los jóvenes una de las fuentes de información clave en la configuración de sus representaciones sociales en salud son los amigos en tanto que de ellos aprenden y con ellos construyen.

Sin embargo, los jóvenes también reconocen que en sus actuaciones, hábitos y creencias, pueden causar enfermedades sociales como son la drogadicción y al respecto consideran que “la droga es una enfermedad y la causa esta en nosotros mismos”.

Vista desde este enfoque, la salud permite reconocer el papel de los valores sociales, las costumbres vigentes que pueden influir en las prácticas que realizan los individuos y las razones que tienen para valorarlas. Las normas compartidas pueden influir en algunos aspectos sociales, tanto como los tipos de autocuidado, la relación con los grupos de amigos, la violencia, la convivencia, los valores y las costumbres sociales vigentes, que también afectan la salud.

Amartya Sen (1996: 54) dice que el bienestar es una expresión para representar las combinaciones alternativas que una persona puede hacer o ser: los distintos funcionamientos que puede lograr.

Afirma también (: 62) que el logro del bienestar de una persona puede considerarse como una evaluación de bienestar del estado de ser de una persona (en vez de su contribución al país o de su éxito para lograr sus metas). Sin embargo, no significa esto que en el bienestar de las personas no esté incluida la preocupación por los otros, dado que ésta opera mediante algún rasgo propio de la persona en función de su bienestar. Obrar bien puede permitir que una persona se sienta contenta o realizada, y estos son logros importantes de funcionamiento, y los funcionamientos son centrales en la naturaleza del bienestar, aunque las fuentes del bienestar pueden ser de origen externo o interno a la persona.

De forma similar a lo planteado por Sen, para los jóvenes, los funcionamientos relevantes para el bienestar varían desde los más elementales como estar adecuadamente nutrido y libre de enfermedades hasta los más complejos como ser feliz, lograr el autorespeto, participar en la vida de la comunidad, aparecer en público

sin timidez, y esto es lo que los jóvenes manifiestan. Como condiciones del aspecto físico encontramos: no tener dolencias, el buen estado del cuerpo y la armonía consigo mismo.

En los aspectos espirituales, mentales y emocionales, muestran como condiciones importantes para estar con salud la armonía con el entorno, el bienestar como futuro, prepararse para el futuro, estar protegido por alguien, estar satisfechos por ciertos hechos o acontecimientos que les sucede en la vida y estar en armonía con los demás. Una joven del grupo CADELI define bienestar así: “el bienestar tiene que ver con todo lo que el ser humano busca para vivir en condiciones óptimas, digamos, como lo es una buena alimentación, la vivienda, salud, tiene que ver con todo, como con lo bueno, buscar la satisfacción propia y de su propio entorno”.

Para los jóvenes, la salud es una búsqueda permanente individual y colectiva de condiciones de bienestar crecientes. Sin embargo, admiten la existencia de diferentes factores como el género, la edad, la clase social y las fuentes de información posibles, que producen cambios en las condiciones de bienestar en un momento determinado.

Franco, S. (1992,160) manifiesta que existen diferentes categorías que tratan de asumir la salud desde un concepto más práctico para la vida, como proceso de salud-enfermedad, hecho que no contemplan los jóvenes desde sus representaciones donde sólo en muy pocos comentarios hacen alusión a la enfermedad y ni siquiera como proceso salud-enfermedad sino como enfermedades que tienen que ver con los jóvenes y con menos frecuencia la salud como la ausencia de enfermedades.

Otro concepto que ha servido para hablar de salud es el del proceso vital humano, que ha priorizado la historicidad, la dinámica y las interacciones de los eventos, tendiendo a superar las aparentes dualidades bio-social e individual-colectivo. Allí, se puede ver cómo los jóvenes asumen la salud como un todo y no como la suma de los factores bio-psico-sociales, por el contrario es sorprendente ver cómo hay consenso en representar la salud como el equilibrio e integración entre lo espiritual, mental, emocional, físico y moral de cada persona.

Asimismo, se resalta la visión que ve la salud como la polaridad entre la vida-muerte como verdades más totalizadoras y comprensivas. En relación con esta visión, los jóvenes no hacen dicha relación. Sólo los jóvenes del grupo Gran Blanco afirman que previenen la muerte juvenil con su trabajo comunitario, la

muerte es un elemento central de este grupo, puesto que en Colombia la mayor cantidad de muertes violentas es de jóvenes³¹.

8.2. El trabajo como capacidad humana de los 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 puedan tener dinero para poderlos ayudar. El trabajo ayuda 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 aprecian cada hora que queda libre y se organiza mejor el día, porque el trabajo es la mejor oportunidad de aprovechar el tiempo.

Como ejemplo de esta percepción, los jóvenes del grupo CADELI consideran el trabajo como parte esencial de la salud, en la medida en que abre puertas. Sienten que los saca de una especie de estado de *pérdida de tiempo*, del *desperdicio de sus vidas*, del *no hacer nada*, el trabajo sirve como terapia para la salud mental y espiritual. El trabajo abre oportunidades para vivir en comunidad ya que asigna funciones para lograr un fin social. Manifiestan, además, que el trabajo les da la oportunidad de sobrevivir y de cada día estar mejor. Dicen ellos que “una persona que no trabaja vive es de lo que le de el exterior, consideran que el trabajo permite recibir algo a cambio, nosotros le damos trabajo a alguien para recibir dinero que nos sirve para el diario vivir, la salud, la vivienda, la alimentación y todo lo necesario para vivir”(joven del grupo CADELI).

Red de Radios considera parte esencial para la salud el trabajo. Manifiestan que estar trabajando es muy saludable porque no tenerlo genera muchas preocupaciones a las personas y segundo creen que es necesario estar activo. Asimismo, el grupo Gran Blanco considera esencial el trabajo para la salud en la medida en que ayuda a la satisfacción de las necesidades, y por otro lado brinda satisfacción personal. Por lo tanto, ven su trabajo con la comunidad como algo muy importante y reclaman se les reconozca como un grupo que apoya a la comunidad.

³¹ La violencia ha alterado la estructura de mortalidad en Caldas, sobre todo en los más jóvenes, pero con mayor intensidad en los hombres entre los 15 y los 45 años, siendo los más afectados los jóvenes entre los 20 y los 29 años, con una sobremortalidad masculina que supera en 8 veces la femenina (para el grupo entre 20 y 24 años) y 11.8 veces más para el grupo de 25 a 29 años, en el año 2002. La primera causa de mortalidad del departamento es por ataques con armas de fuego y explosivos, seguido del infarto de miocardio (Análisis demográfico y diagnóstico social de Caldas, 2005).

Los hallazgos de diferentes estudios han mostrado que el trabajo es siempre objetivado, al menos en los países europeos, alrededor de una actividad manual y dolorosa que proporciona una recompensa financiera como lo manifiestan Salmaso y Pombeni (1986); Grize, Vergés, y Silem (1987) (citados por Clémence, A., 2001). No obstante, la figura de un profesional intelectual y autónomo, como el abogado o el arquitecto, ha expandido el significado del trabajo. El trabajo es definido no sólo como una actividad concreta hecha para ganarse la vida, sino también como una ocupación hecha para el auto logro (Flament, 1994).

Otros tipos de significados figurativos comienzan a emerger en el debate alrededor de actividades como las ocupaciones artísticas o deportivas vistas durante mucho tiempo como opuestas al trabajo. Estas diferentes figuras conforman una red de significados compartidos del trabajo en las sociedades occidentales. La definición que las personas le endosan, de acuerdo con sus experiencias laborales, como por ejemplo el autologro, es más significativo para el intelectual que para los obreros manuales. No obstante, el proceso de anclaje depende también de la difusión del conocimiento y creencias de diferentes grupos en el mundo social. Por ejemplo, la definición instrumental de trabajo ha sido consolidada en años pasados, por el retorno de las virtudes morales relacionadas al trabajo y apoyadas por diferentes movimientos políticos y religiosos (Clémence, A. 2001).

De acuerdo con Amartya Sen (2000), el trabajo es una de las condiciones necesarias para lograr una total expansión de capacidades. Los jóvenes de Manizales consideran que el trabajo es una situación saludable en tanto que da bienestar, se es 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 pueden sostener la familia.

Los jóvenes consideran que el desempleo es una situación que vulnera su salud, porque el desempleo no permite obtener el bien primario más importante a los jóvenes que, según Rawls, J. (citado por Sen, A. 2000, 171), es el amor por uno mismo.

La falta de libertad económica puede alimentar la falta de libertad social (Sen, 2000: 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, W.1996: 95).

Este cambio tiene dos aspectos en términos de Sen, su vector de funcionamiento se altera y simultáneamente se reduce su capacidad, es decir, su habilidad para lo-

grar *combinaciones alternativas de quehaceres y seres*. Este hecho no se manifiesta directamente en las estadísticas oficiales, y jamás se le tiene en cuenta en las discusiones sobre el desempleo, cuando se citan las tasas de crecimiento e inflación, los cambios en la productividad y otros indicadores económicos.

Con mucha frecuencia, los países en desarrollo sólo son comparados en términos del PIB per cápita, pero en realidad este tipo de análisis está muy distante de las capacidades básicas de sobrevivencia y educación, como la “habilidad para vivir más, la de evitar la mortalidad durante la niñez y la juventud, la de leer y la de escribir y la habilidad para beneficiarse de una educación escolar sostenida” (Gaertner, W.1996).

La libertad tiene que ver con los procesos que hacen posible la libertad de acción y de decisión como las oportunidades reales de las personas, dadas las circunstancias personales y sociales. La falta de libertad puede deberse a procesos inadecuados (como la violación de los derechos de voto o de otros derechos políticos o humanos como el caso de la falta de libertad en el mercado laboral) o a las insuficientes oportunidades de algunas personas para conseguir lo que mínimamente les gustaría conseguir (incluida la falta de oportunidades tan elementales como la capacidad para escapar de una muerte prematura, de la morbilidad evitable o de la inanición involuntaria) Amartya Sen (2000: 33).

Este tipo de enfoque (de libertades humanas) también permite reconocer el papel de los valores sociales y de las costumbres vigentes que pueden influir en las libertades de los individuos y que tienen razones para valorar. Las normas compartidas pueden influir en algunos aspectos sociales como la equidad de sexos, los tipos de cuidado de los hijos, el tamaño de la familia y las pautas de fecundidad, el tratamiento del medio ambiente y muchas otras instituciones y resultados.

Los valores y las costumbres sociales vigentes también afectan la presencia o ausencia de corrupción y el papel que desempeñan la confianza en las relaciones económicas, sociales o políticas. En el ejercicio de la libertad, influyen los valores, pero en los valores influyen, a su vez, los debates públicos y las interrelaciones sociales, en los cuales influyen las libertades de participación (Amartya Sen, 2000: 26).

Una capacidad es la habilidad o potencial para hacer o ser algo, es decir, para lograr un cierto funcionamiento. Los funcionamientos se evalúan en cuatro aspectos: en el ámbito intraindividual, de acuerdo con el logro de bienestar y con la libertad para el bienestar, y en el ámbito interpersonal con el logro de agencia y con la libertad de agencia (Amartya Sen, 1996: 78).

Las libertades fundamentales no sólo se basan en la evaluación del éxito o del fracaso sino también en relación con la iniciativa individual y con la eficacia social. La pobreza es, por tanto, la privación de las capacidades básicas y no solamente una renta baja.

Amartya Sen (2000, 94) demuestra cómo las rentas y los bienes son la base del bienestar, pero el uso de los bienes, dependiendo de su nivel de renta, depende de múltiples factores personales y sociales, como son: heterogeneidad personal, diversidad relacionada con el medio ambiente, diferencias de clima social, diferencias entre las perspectivas relacionales y la distribución dentro de la familia. De allí que se hable de bienestar y libertad no solamente asociado al nivel de renta.

La falta de renta predispone a llevar una vida pobre, por lo cual la pobreza puede identificarse de forma razonable con la privación de capacidades, pero no es el único factor para la disminución de capacidades, e incluso esta relación varía de comunidad en comunidad.

El desarrollo de los mercados libres, en general, y de la libertad para buscar empleo, en particular, es un hecho muy apreciado en los estudios históricos. Incluso, el gran crítico del capitalismo, Karl Marx vio en la aparición de la libertad de empleo un avance trascendental, que aún hoy es bien percibido (Amartya Sen, 2000: 144).

Las oportunidades sociales están determinadas por la capacidad de renta y la capacidad de los individuos de convertir esa renta en nuevas capacidades y en una vida satisfactoria. Las diferencias de género, raza, edad, escolaridad, vida familiar, vida social, entre otros, hacen que existan al mismo tiempo muchas diferencias entre la relación para ganar dinero y la capacidad para utilizarlo. De allí que exista un problema elemental y es que la desigualdad interpersonal de la renta en los resultados del mercado puede tender a agravarse debido a la anterior combinación (Amartya Sen, 2000: 152).

Amartya Sen (2000: 166) señala cómo es más fácil que la gente acepte subsidios a las necesidades y desventajas de educación, servicios hospitalarios, ayudas alimentarias ya que la desventaja de una renta baja, suele ser fácil de ocultar, pero difícil de tratar sobre todo en los países en vías de desarrollo, esto debido a que los individuos se muestran más reacios a rechazar la educación, a fomentar las enfermedades o a cultivar la desnutrición, por razones meramente tácticas. Los factores que subyacen en algunas privaciones funcionales pueden ser mucho más profundos que la falta de renta. Los propios beneficiarios tienden a prestar mayor

atención a las funciones y a las capacidades logradas (y a la calidad de vida que los acompaña) que a la mera obtención de mayor renta.

Lo anterior implica que la evaluación de la política económica y social basada en variables más cercanas a lo que interesa a los individuos a la hora de tomar decisiones puede ser capaz de utilizar las decisiones personales como mecanismos de selección, y la sustitución como base de información de las rentas personales bajas, por la privación de capacidades, también indica la razón por la que debe ponerse más énfasis en la provisión pública directa de algunos servicios como la asistencia sanitaria y los programas educativos.

Algunos estudios muestran altos índices de desempleo, falta de oportunidades laborales y prolongados períodos de búsqueda de trabajo que afectan a la población juvenil en general y a la de sectores populares en particular (Gómez et Al., 1999; Martínez, 1997; Viera, 1994b), y que va de la mano de la concentración en estos mismos sectores de múltiples formas de violencia. Conviene, pues, indagar por las relaciones establecidas entre ambas situaciones.

Lo mismo podría argumentarse al observar que, si bien en el contexto socioeconómico del país en los últimos años se ha generado una creciente preocupación social por los altos niveles de desempleo juvenil, la atención se centra en el ámbito de la educación (otro frente con muchos problemas también) mediante políticas públicas dirigidas a la generación de programas de vinculación y capacitación que no son sostenibles ni cuentan, la mayoría de las veces, con una perspectiva de largo plazo. Además, los proyectos de intervención parecieran preocuparse más por *ocupar* a los jóvenes que por abrir ofertas de trabajo que garanticen una vinculación laboral adecuada.

Para los y las jóvenes participantes en este proyecto es clara la relación entre el trabajo y la salud, lo que invita a los formuladores de políticas y programas a realizar nuevas lecturas frente al Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, en tanto no basta el mejorar el acceso al mismo sino fortalecer nuevas redes con otros sistemas como el laboral.

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

A nuestros hijos, los ciudadanos más vulnerables de cualquier sociedad, les debemos una vida sin violencia ni temor. Para garantizarla hemos de ser incansables en nuestros esfuerzos por lograr la paz, la justicia y la prosperidad no sólo para los países, sino también para las comunidades y los miembros de una misma familia. Debemos hacer frente a las raíces de la violencia. Sólo entonces transformaremos el legado del siglo pasado de lastre oneroso en experiencia aleccionadora.

Nelson Mandela

Los jóvenes relacionan la salud individual y social con aspectos tales como la paz cuando hablan que la salud social es la paz y la enfermedad social es la violencia y en el entorno individual la salud tiene que ver con la tranquilidad, el bienestar espiritual, mental, emocional y moral, además de considerar la salud como un derecho al que todas las personas independiente de su condición social, económica y cultural tienen derecho.

Lo anterior también es manifestado por Abric (2001), cuando afirma que aspectos tales como la paz, el amor, la violencia, la corrupción, la mentira y la posibilidad de vivir entre otros hacen parte de las representaciones sociales relacionadas con la salud.

De hecho, el *vivir* está hecho de valores morales, evaluados por los términos comunes como bueno, amar, lindo, vida, ser, vivir, idea, disfrutar, juicio, belleza, alma, moral, social, Dios, etc., términos que permiten a los estudios etnográficos mostrar qué tanto está vinculada la práctica de salud con la cohesión social. De esta manera, es posible evidenciar cómo la identidad social incluye hábitos saludables y la salud, como elemento social, ha sido integrada en la estructura misma de la representación social de vivir.

Igualmente si se parte de la concepción de Amartya Sen (2000: 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”, se hace notorio entonces que la falta de libertad está permeada por las consecuencias de los contextos violentos, y en Colombia, y específicamente en los jóvenes de los diferentes grupos de Manizales, se relaciona la salud con la paz.

En síntesis, la libertad es un derecho propio que determina la iniciativa individual y la eficacia social. El aumento de la libertad mejora la capacidad de los indivi-

duos de ayudarse a sí mismos y de influir en el mundo. En este sentido, es necesario abordar el tema de los derechos.

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 es lo que los 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. Por razones históricas, económicas, políticas, militares, religiosas y también científicas, las sociedades occidentales fueron llevadas a organizar sus relaciones no sólo dentro de los límites nacionales y culturales, sino también más allá de tales límites. Los prototipos resultantes de los contratos sociales, considerados válidos a través de los límites nacionales y culturales, son realmente complejos aún cuando han sido elaborados por instituciones oficiales como fue el caso de la Declaración Universal de los Derechos Humanos adoptada por la Asamblea General de la ONU en 1948.

De acuerdo con René Cassin, (citado por Doise, 2001: 97) que codirigió la comisión de redacción con Eleanor Roosevelt, la Declaración está constituida de seis grupos de artículos. El primer grupo enuncia los principios básicos, tales como igualdad, libertad y dignidad. El segundo grupo, se enfoca en los derechos del individuo (tales como seguridad de las personas, protección igual por la ley). El tercer grupo concierne a los derechos referidos a las relaciones interindividuales (entre ellas la libertad de movimiento, el derecho a iniciar una familia). El cuarto grupo incluye los derechos públicos (como la libertad de expresión y el acceso a los servicios públicos). El quinto grupo trata sobre los derechos económicos y sociales (como la seguridad social, el derecho al descanso y al ocio). Y el sexto grupo se refiere a los derechos relativos a la ley y el orden internacional, también mencionando deberes para la comunidad.

En 1948, no era obvio que todos los grupos de derechos contenidos en la Declaración Universal lograrían el acuerdo de la Asamblea General (ver Agi, 1980; Lauren, 1999; Humphrey, 1984; Renteln, 1990), dada la oposición entre los miembros que favorecían una declaración exclusiva de los derechos judiciales in-

dividuales y los miembros que promovían una visión más socioeconómica. Tales oposiciones aún existen hoy, incluso entre no especialistas, como se muestra en el estudio de Doise y Herrera (1994), quienes encontraron que las personas que invocan los derechos judiciales usualmente no son las mismas que invocan los derechos socioeconómicos en sus respuestas a las preguntas abiertas acerca de los derechos humanos.

La declaración de los derechos humanos por parte de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y la conceptualización de salud por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se expidieron casi en la misma época. Y, sin embargo, hay entre ellas un inocultable parentesco conceptual e ideológico. Definir la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y concebir los derechos humanos como como valores igualitarios y universales es, sin duda, presentar a la sociedad *utopías estimulantes* según Franco, S. (1992).

Como estado de completo bienestar, la salud es una irrealidad, pues ¿quién ha gozado jamás de un estado de completo bienestar? Y es en este contexto donde se hace importante analizar lo que significa la salud en términos de bienestar para los jóvenes de los grupos de la ciudad de Manizales. Entre ellos, el bienestar es asumido como una condición, que se manifiesta de diferentes maneras, como la capacidad de estar en armonía con el entorno, como una capacidad de poder desarrollarse en todas las dimensiones de la vida, estar bajo la protección de alguien, tener apoyo para el cumplimiento de las metas, capacidad de búsqueda de estrategias de superación, de satisfacción, capacidad de poderse relacionar con los demás, de poder compartir sin sentir la presión de ser rechazado y no como un estado.

Ahora bien, en relación con los derechos humanos, afirman los jóvenes que la salud es uno de ellos. Al respecto, Franco (1992) asegura que los derechos humanos son una propuesta de “ideal común por el que todos los pueblos y naciones deben esforzarse”, ideal que contrasta con una realidad diversa y generalmente contraria a los enunciados contenidos en los treinta artículos de la declaración.

Desde el postulado inicial de la libertad e igualdad universales en dignidad y derechos, y el derecho a la vida, pasando por todos los derechos como el trabajo, la vivienda, la alimentación, la salud, la justicia, la nacionalidad, la participación social y política, las libertades de pensamiento, movilización, asociación y expresión, la declaración es eso: una declaración universal con aplicación segmentada, es una proyección de los que pueden ser los mejores deseos de buena parte de la humanidad.

Los derechos humanos han sido una bandera de lucha para muy diferentes grupos, intereses y propósitos, y en los países que viven enfrentamientos internos armados, como Colombia, han sido un espacio de convergencia y convocatoria hacia soluciones negociadas. La esencia es que ni la sociedad es una suma estática de individuos libres e iguales de buena o mala voluntad, ni existe en la realidad un territorio neutral en el cual puedan tener validez universal y abstracta. Todos los territorios sociales están penetrados por el poder, por los órdenes, valores, y representaciones compartidas e impuestas.

Los derechos humanos, por tanto, también hacen parte de las representaciones sociales de los jóvenes de Manizales y por tanto hacen parte de la realidad sociohistórica. Se ganan o se pierden, dependiendo de los intereses de clase, de países e incluso de individuos. Hay que resaltar que la lucha por los derechos humanos es una lucha por la salud y, por supuesto, por la vida.

En sus argumentos, los jóvenes dicen que la salud está asociada a los derechos en tanto que se vulnera el más mínimo de los derechos, el derecho a la vida. Un joven del grupo Red de Radios pone de ejemplo la violencia: “por ejemplo veamos un muerto en la calle y entonces ahí nos damos cuenta de que todos tenemos derecho a vivir”. Además, los jóvenes evidencian las diferencias que existen en el ejercicio de los derechos en los diferentes países: “por ejemplo Estados Unidos es uno de los mejores países y la salud es importante, o sea, allá nadie se enferma y se maneja mucho la prevención, no estoy diciendo que admiro a Estados Unidos sino que aquí en Colombia se debería respetar eso y apreciar la salud como un derecho, como lo que es, un derecho” (joven del grupo Adventista).

En sus representaciones sociales sobre la salud, incluyen los derechos, y afirman que la salud es un derecho manifiesto en la constitución colombiana, un joven del grupo CADELI dice: “yo creo que la salud hace parte de los derechos humanos y todo lo que tenga que ver con nosotros como hombres; está implícito en la humanidad, eso es milenario, el buscar cómo aliviar a sus congéneres, a sus compañeros; de pronto, anteriormente se hacía con plantas, de manera más bien como experimental o hasta alquimista, pero finalmente se hace es por responder a un derecho, no es por buscar la supervivencia de la especie, por nuestra propia protección, la protección humana”.

Además, reconocen que si se asume la salud como un derecho, también el hombre tiene que comprometerse a hacer que ese derecho se cumpla, pero lo que se ve, dicen, es que “en la situación que se encuentran los centros de salud y todo, ya no sería como un derecho y muchas veces la gente va a los puestos de salud y parece mendigando ahí a que los atiendan, pienso que la salud como un derecho

sería como una igualdad de oportunidades, cosa que en Colombia está difícil de alcanzar”.

El grupo GIPA considera que la salud está en íntima relación con la vida, y por tanto tiene que ver con los derechos de la primera generación (a la vida). Sin embargo, al reconocer la complejidad humana, piensan que se relaciona igualmente con los derechos de segunda generación (económicos, sociales y culturales), y los de tercera generación (colectivos y del ambiente).

Los jóvenes consideran que la violencia es la negación o limitación forzosa de alguno o algunos de los derechos individuales o colectivos. Y, por tanto, es una amenaza, un riesgo o una destrucción de las condiciones esenciales de la vida humana y de la vida misma. Son múltiples las formas y tipos de violencia, y los son por supuesto sus consecuencias: las formas de violación de los derechos humanos, así algunas produzcan mayores reacciones o presionen más en la vida social. Viola los derechos humanos la violencia generada por la pobreza estructural, que determina la falta de una renta para una vida digna, y la falta de condiciones para convertir esa misma renta en capacidades.

Los jóvenes también representan su salud con la búsqueda de la paz (la no violencia). Asumen que cuando se pierden los valores, la salud se pierde, y los relacionan con el aspecto moral. De allí que crean que “salud es primero que todo valorarse uno como ser humano, para poder respetar y asumir las diferencias con el otro. Aseguran que si no se quiere uno a sí mismo, no se es capaz de respetar a los demás, dicen los jóvenes de CADELI: “nosotros somos adictos porque estamos llenos de antivalores, hemos perdido muchos valores personales y que son los que nos hacen recaer en conductas como el alcoholismo, la drogadicción, la delincuencia y demás”. Para ellos, la salud es paz, en tanto con la droga afirman que perdieron la paz, la tranquilidad y por tanto la violencia se apoderó de ellos. Creen que la salud es vivir en paz, es una forma de estar bien, no sólo en lo físico, sino también en lo espiritual (como la paz), tanto a nivel individual como colectivo.

Podemos entender la violencia como “el ejercicio humano del poder por la vía de la fuerza al servicio del mantenimiento, la destrucción o la construcción de un determinado orden de derechos y apropiaciones, y produciendo la restricción o negación de la integridad y derechos del otro de forma individual o social” (Franco, 1990). Esta definición pone de manifiesto que la violencia es una realidad que limita o niega algunos de los derechos humanos y que, inclusive, los puede negar socialmente como en el caso de la guerra, o suprimirlos totalmente en un indivi-

duo, al privarlo del derecho primario y base de todos los demás, como es el derecho a la vida.

Los jóvenes de Manizales, consideran que la salud tiene que ver con lo físico, pero también con lo psicológico y, en la situación actual de Colombia, donde se vive tanta violencia, es normal que la integridad psicológica esté afectada por el temor. Ponen de ejemplo la situación trivial del barrio “¿Y, allá en tu barrio cómo se vive?, no, pues, allá ya se ha acabado mucho la gente, así, los han matado, los han acabado” (joven del grupo Gran Blanco).

Será que de pronto en Colombia pasa lo que Hector Abad Gómez escribió en 1987 (citado por Franco, S. 1992): “hay condiciones de opresión, de injusticias, de enormes desigualdades económicas, en las cuales la violencia no es una enfermedad, sino una necesidad del organismo social; un poco como de la respuesta del organismo biológico a la infección. Sería, en este caso, como la fiebre, que es uno de los mecanismos de combatir la infección, que es la verdadera enfermedad”.

La violencia y el sufrimiento tienen significados semejantes, en diferentes ámbitos: la violencia es por el sufrimiento en la vida social, y el sufrimiento se evalúa desde lo individual. De allí que los jóvenes relacionen la salud con la violencia y la paz, pues ellos hacen alusión a la salud desde el punto de vista individual, referida siempre a la experiencia social. Como lo afirman Kleinman, A. y Kleinman, J. (1997: 1), la experiencia del abatimiento de imágenes permite la apropiación cultural de padecimientos en nuestro tiempo, como es el caso de la violencia en Colombia.

El padecimiento, por ser uno de los acontecimientos existenciales de la experiencia, se define como una cualidad de la condición humana. Las víctimas de desastres naturales, los conflictos políticos, la migración forzada, el hambre, el abuso substancial, el VIH pandémico, decenas de especies de enfermedades crónicas, los crímenes y los abusos domésticos pueblan el imaginario del sufrimiento y sus imágenes son utilizadas para interpelar emocionalmente y moralmente a los públicos globales y locales. De hecho, estas imágenes se han vuelto parte importante de los medios de comunicación. En las noticias de la noche, se presentan como “informaciones” las imágenes de víctimas que suben los puntos de rating en los procesos de marketing global. La apelación existencial de las experiencias humanas dolorosas, su potencial para movilizar el sentimiento popular y la acción colectiva, e incluso su capacidad para dar testimonio de la oferta está ahora a disposición de la publicidad para ganar nichos de mercado.

El sufrimiento es mudo en el sentido metafórico, el silencio se vuelve una señal de algo finalmente desconocido. Implica una experiencia que simplemente perturba o no, repugnante pero inaccesible al entendimiento. En este sentido, sufrimiento abarca una dimensión de lo no verbal irreducible que nosotros no podemos conocer- porque pasa en una esfera más allá del idioma. La calidad de tales restos de sufrimiento se ven como un espacio en blanco al pensamiento como algo nulo abierto por un grito.

Paradójicamente, el grito podría servir como una imagen potente para el silencio metafórico al corazón del sufrimiento. Un grito no es el discurso pero es la más intensa posible negación de idioma: el sonido y terror que se acercan a los límites de mudez absoluta. Como gemidos ceremoniales de pesar, parece venir de una región donde faltan palabras (Morris, D., 1997)

Es importante evitar esencializar, naturalizar, o sentimentalizar el sufrimiento. No hay una sola manera de sufrir, no hay menos tiempo o menos forma en el espacio universal para sufrir. Hay comunidades en las cuales el sufrimiento es devaluado y otras en las cuales está dotado de suma importancia. Él significando y los modos de la experiencia del sufrimiento han sido mostrados por historiadores y antropólogos por su diversidad. El dolor es percibido y expresado de maneras distintas, incluso en la misma comunidad.

Las representaciones culturales, autorizadas por una comunidad moral e instituciones elaboran diferentes modos de percibir y valorar el sufrimiento. Incluso, hay diferencias locales sobre la percepción del sufrimiento, relacionadas con el género, la edad, la clase, la etnia, y la subjetividad, y también por la penetración de los procesos globales dentro de los mundos locales, lo que hace de esta influencia social algo parcial y complejo.

Morris, B. (1997) dice que las voces nunca son simplemente el medio del discurso individual. Con la ayuda de teóricos como Wittgenstein, Austin, Foucault y Bakhtin, se han defendido las voces de quienes siempre han estado comprometidos y que, a menudo, han pasado inadvertidos. Foucault muestra como, paradójicamente, la aflicción moderna es promovida por las mismas instituciones que el Estado ha establecido para prevenir el sufrimiento, tales como las prisiones, las clínicas y los manicomios, y eso hace que cotidianamente se sienta la violencia como experiencia de sufrimiento social.

Dado que las representaciones sociales se componen de una información conceptual o verbal y de un aspecto icónico o gráfico, las imágenes de violencia, que en el país son tan comunes a través de los medios masivos de comunicación, se vuelvan parte de las representaciones sociales cotidianas, pues la imagen juega en la comunicación, en el conocimiento científico, y en el lenguaje figurativo un pa-

pel importante, e incluso es ciertamente posible alejarse de la imagen y privilegiar la palabra, pero eso no significa que la imagen desaparece.

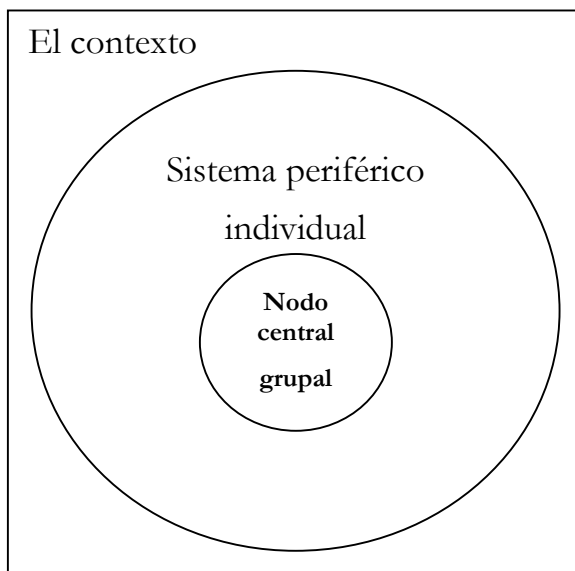
Lo que hace este aspecto dual de la representación es hacer posible que todos puedan tener acceso a la representación, con independencia de la clase social o de las inequidades expresadas por un amplio principio: las clases inferiores, las masas, tienen acceso al aspecto icónico, y las clases superiores, las elites, al más poderoso aspecto conceptual de la representación (Moscovici, S.2001).

De allí que el papa Gregorio el Grande, Citado por Moscovici (2001), afirme que “Pintar puede ser para los iletrados lo que escribir es para aquellos que pueden leer”. Así, en Francia y en Italia, las magníficas pinturas y frescos que dibujan escenas de las Sagradas Escrituras fueron ordenadas por la Iglesia para mostrar su poder y conformar la conciencia religiosa de los iletrados. Los medios contemporáneos siguen el mismo principio: la retórica figurativa es para las masas, la retórica lingüística es para la minoría ilustrada. Para estar seguros, puede asumirse que cuanto más amplia es una representación, más ha penetrado los intersticios de la sociedad, y más sus rasgos icónicos llegan a ser más patentes en el lenguaje figurativo, y viceversa.

8.4. Sistema periférico y nodo central construido por los jóvenes en relación con la salud

Como se mencionó en el capítulo 2, las representaciones sociales tienen dos componentes básicos: el núcleo central y el sistema periférico. Para dar cumplimiento a uno de los objetivos propuestos en este proyecto en adelante se muestran estos dos aspectos por grupos y a su vez los grupos juntos relacionándolos con el grupo GIPA.

Gráfico. No.8.4. Sistema periférico y nodo central construido por lo jóvenes de los diferentes grupos alrededor de la salud



El siguiente cuadro tiene como propósito mostrar los enunciados que hacen parte de las representaciones sociales que orientan la vida de los jóvenes de la ciudad de Manizales, a través de encontrar en qué aspectos los jóvenes se sienten identificados con el grupo (nodo central) o en que no, frente a lo cual se expresan desde sus conocimientos y experiencias individuales (sistema periférico). Para lograr esta información, se trianguló la información recolectada en los grupos de discusión, en las entrevistas en profundidad y posteriormente en la devolución de los resultados que se le hizo a los diferentes grupos de la primera interpretación.

Tabla. No. 8.1. Enunciados manifiestos en los grupos de discusión y entrevistas donde los jóvenes dejan evidenciar cuando hablan desde el sistema periférico (individual) o cuando se expresan desde el nodo central (lo grupal).

SISTEMA PERIFERICO-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.

SISTEMA PERIFERICO-INDIVIDUAL	NODO CENTRAL-GRUPAL
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, 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 mí 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	
Para mí , más que 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 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

SISTEMA PERIFERICO-INDIVIDUAL	NODO CENTRAL-GRUPAL
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 que es salud, pero:: cuando nosotros empezamos a despejar 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 manifestos por los jóvenes de los diferentes grupos de la ciudad de Manizales.

De acuerdo con la anterior información se puede observar que los 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 y solo algunos grupos lo hacen desde el nodo central. Sin embargo, se ve una gran diferencia con los jóvenes de los grupos más consolidados que 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 los jóvenes que hace poco habían iniciado el grupo o donde la rotación de los 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 arraigado con creencias más sólidas y que hacen posible un mayor referente para la acción tanto a nivel individual, como social.

Se resalta en el grupo Adventista un núcleo central muy sólido, producto de sus acuerdos basados en la religión que profesan y en la que tienen el referente en sa-

lud acordado por Elena G. de White³² considerada como el modelo para las jóvenes de este grupo. Aunque las jóvenes hablan desde ellas y no mencionan el nosotros, en el sistema periférico se puede evidenciar una similitud entre lo que dicen desde lo individual con los acuerdos grupales, lo que permite afirmar que quien crea el nodo central es la conversación que hace posible la negociación de acuerdos en relación con un tema, además de influir continuamente de adentro hacia afuera y viceversa. Tanto el núcleo central como el sistema periférico de este grupo tiene que ver con la integralidad, el equilibrio entre el cuerpo, la mente, lo emocional, lo espiritual y por supuesto lo moral, le dan gran importancia a la relación con los otros y sienten una fuerte responsabilidad con el bienestar del otro.

Gran Blanco, por su parte, tiene un gran nodo central, lo que concuerda con su larga experiencia como grupo, lo que permite considerarlos como un grupo de carácter reflexivo, en tanto saben lo que les gusta, sus afinidades y saben reconocer cuándo alguien no pertenece al grupo y si puede o no participar en sus actividades. El tema de salud, dicen ellos, no lo tocan directamente pero sus acuerdos son tan estables que lo que hacen tiene que ver con salud. De forma similar, ocurre con el grupo CADELI, cuyos miembros tienen una gran afinidad y sentido de pertenencia con el grupo, en la medida en que desean la reeducación y la superación de un proceso de drogadicción.

Red de Radios no tiene un gran núcleo central debido a que es un grupo de jóvenes de bachillerato, interesados por los medios de comunicación y esto hace que sea más flotante. Por esto, no dejan percibir un acuerdo mínimo sobre salud. Cada uno de los jóvenes habla desde su experiencia y en pocas ocasiones se refieren a lo colectivo. Lo que dicen permite comprender la salud desde el *estar bien* tanto física como psicológicamente, de manera similar a lo que ocurre con el grupo CEDECO, donde igualmente no se evidencia un núcleo central fuerte, por su poca afinidad por el grupo. Lo que les interesa es ocupar su tiempo libre y lo que los une es la vecindad.

Al evaluar el nodo central, compuesto por el saber que entre todos los grupos de jóvenes se comparte, se puede decir que no existe un núcleo central determinado, en forma de pensamiento compartido que les confiera identidad. Por el contrario, se observa una coincidencia en el interior de los grupos desde donde su experiencia grupal los convoca. Es decir, el saber es muy particular dependiendo de las afinidades de los grupos, por lo que pudiéramos decir que en las representaciones

³² Elena G. de White dio los postulados de vida para la iglesia Adventista del Séptimo Día, expuestos en su libro El ministerio de curación de 1965, y consejos sobre la salud de 1989.

el valor de lo contextual juega un papel importante en la medida que los aproxima a la realidad de diferentes formas y en diferentes circunstancias.

Tabla. No. 8.2. Enunciados manifiestos en los grupos de discusión y entrevistas donde el grupo GIPA deja evidenciar cuando hablan desde el sistema periférico (individual) o cuando se expresan desde el nodo central (lo grupal).

SISTEMA PERIFERICO-INDIVIDUAL	NODO CENTRAL-GRUPAL
GIPA	
para mí es::: un estado de bienestar, de bienestar personal y de armonía con el entorno, entorno entendido como familia, grupo de amigos, trabajo	aunque nosotros como agentes de salud
Yo, concibo que salud también es un estado de bienestar pero también concebido desde el desarrollo, es la capacidad, la posibilidad de desarrollarnos en todas las esferas, en todas las dimensiones como seres humanos	hemos tratado como de hacer mucho énfasis desde los programas que trabajamos con adolescentes, y es en el tema del auto cuidado, y el auto cuidado ligado a un proceso de independencia creciente.
yo pienso que ese es un concepto que está como muy relacionado de las políticas de OPS	cuando nosotros hablamos con los adolescentes y les hablamos de la importancia de estar sanos y de qué significa estar sanos, también hablamos de cómo cada uno cada vez más responsable de eso
yo particularmente trato de hacer todo lo posible por trabajar desde el punto de vista mío en lo posible estos conceptos e::: que los pongan en práctica y trato de implantar estas materias para que los jóvenes ^si^ piensen en eso y que así sea de una forma mínima porque lo que uno puede muchas veces trabajar es mínimo con respecto a lo que el sistema de salud en general debería y podría ofrecer para que esto fuera una cosa más grande y de más impacto y uno podría estar haciendo cosas que no generan mucho impacto pero lo que pueda trabajar con grupos así sea pequeños yo creo que también es ganancia	lo otro es que hemos visto la diferencia tan grande que hay en la concepción que tiene de salud los muchachos a la que tenemos los del grupo inter-institucional o las personas que trabajan con adolescentes, y hemos hecho inclusive investigaciones hablando de eso ¿si? Lo que para los muchachos, lo que para nosotros es una preocupación en salud, para ellos no lo es ¿cierto?
a ver, en el trabajo que yo práctico con los jóvenes ahí nosotros hemos ido como construyendo varias cosas, cuando hablo de nosotros es en la fundación, nos encontramos primero como mirando que desde la fundación se hacen algunas acciones de promoción, prevención y atención, pero la atención en salud es más desde la parte psicosocial de lo que se hace directamente en Fesco con los grupos de jóvenes que tenemos actualmente la parte de salud desde la dimensión biológica madurativa, es intentar gestionar cómo los jóvenes se pueden inscribir, cómo pueden hacer parte del sistema de salud, cómo entran a	Para nosotros un problema de salud gigante es que ellos estén consumiendo droga, para ellos eso no. Es un problema de salud (eso es moda) exacto, para ellos eso no es un problema de salud, entonces estamos como hablando dos lenguajes muy distintos

SISTEMA PERIFERICO-INDIVIDUAL	NODO CENTRAL-GRUPAL
ser parte realmente del sistema de salud y estar muy pendientes de que efectivamente realicen controles	
yo también siento que eso lo hemos ido aprendiendo es porque::: mucha parte de nuestro trabajo con jóvenes se inició básicamente con bienestar familiar, y bienestar familiar tiene un trabajo desde, con un sentido desde la protección pero con un énfasis muy grande en las áreas de derecho y una de las grandes áreas de derecho es el derecho a la vida y salud	eso si lo hemos estado, lo hemos ido como incorporando en el grupo interinstitucional, es decir pilas con usted, que usted ya cada vez tiene menos quien lo cuide! Si, la responsabilidad es suya ligado a su proceso de maduración o de desarrollo, o evolutivo, está también la adquisición como de, de la responsabilidad de su propio cuidado, a mi me parece que eso es interesante
Entonces pienso que a partir de estar todos estos años trabajando en eso hemos ido tomando una mayor conciencia de que aunque nosotros directamente no desarrollemos la parte de atención en salud desde el aspecto biológico madurativo, si debemos velar por eso, nuestro trabajo es mucho más social, mucho más del desarrollo personal, mucho más desde lo psico emocional, mucho más desde lo comunicativo	
cuidarse a si mismo, a mi me parece que eso es un proceso, que va como mucho en el sentido del desarrollo, o sea, no solamente ese concepto tan concreto de salud, sino de la auto gestión más bien que me parece que tiene mucho que ver con el desarrollo.	

En relación con el *nodo central* y el *sistema periférico* encontrado 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. Recordemos que el GIPA está integrado por representantes de diversas instituciones que trabajan con jóvenes, por lo cual 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. Además, ven 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 que ha sido 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 creen y lo que los jóvenes piensan.

GIPA considera que la salud en los jóvenes 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.

8.5. Fuentes de información en la configuración de las representaciones sociales en salud de los jóvenes

La calle como fuente de información es algo evidente como ya lo ha demostrado Silva, A. (1997), y que para los autores clásicos de las representaciones sociales no está tan claro. Algunos autores como Jodelet, afirman que existen cuatro fuentes, que ya se han anunciado, y cuando hablan de la población juvenil es de gran valor para ellos el sentido y el sentimiento que les produce la calle. Ella es lugar de encuentro y desencuentro, es espacio donde se evidencia la ciudad entendida esta desde el punto de vista de la construcción imaginaria de lo que representa. “esta 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: 22), esto es lo que los jóvenes en su cotidianidad tratan de crear: una mentalidad urbana que les es propia a los Manizaleños.

Los jóvenes ven la calle como el escenario donde se lleva la mayor parte de su vida cotidiana. En ella, la salud tiene una gran expresión en tanto la reconocen como fuente de información, afirman los jóvenes que las campañas de salud las ven en la calle de la vacunación por ejemplo, los letreros de los programas de salud los recuerdan más en la calle que en general en los medios de comunicación.

La calle para los jóvenes es incluso más importante que los medios de comunicación. Aunque para muchos autores contemporáneos esto suene a *mentira*, la verdad es que los jóvenes cada vez ven menos televisión y se han volcado al encuentro con los amigos en la calle, en los sitios de extramuros y en los sitios simbólicos de la ciudad. Esto lo ha demostrado Silva, A. (1997), cuando muestra cómo las casas editoriales en la actualidad prefieren publicar la vida privada de los personajes que literatura o ensayo, y si observamos los noticieros hoy, encontramos que dedican gran cantidad de espacio a los chismes de la vida cotidiana. Se trata de invadir lo privado con lo público.

La experiencia propia se revela en este trabajo como una fuente de información que da cabida a dos escenarios: uno desde donde casi todos los participantes narran lo que hacen, lo que viven y cómo lo entienden, y otra como el espacio que

permite exponer un conocimiento respecto a la salud. Es así como se apoyan en la propiedad narrativa: y de esta forma dejan evidenciar que los enunciados que se expresan sobre la vida se cuentan desde su seno. El mundo gira en torno suyo y, digamos, es cada uno de los jóvenes el centro del mundo, a diferencia de cuando emiten sus enunciados desde lo colectivo donde se habla de la construcción colectiva que reconoce un saber compartido.

Los amigos, como era de esperarse, son una fuente de información valiosa para la construcción de las representaciones en salud de los jóvenes de Manizales. Ellos encuentran un saber compartido, sin críticas, sin prejuicios y con un grado de similitud en lo que se expresa, en lo que se hace y en el sentido que le dan a lo hecho.

La familia es un escenario que constituye en la vida juvenil un referente para la construcción de sus saberes y para la proyección de sus actuaciones, de manera semejante a lo que ocurre en otras investigaciones en las que he participado (2005-2006), donde los jóvenes manifiestan que la familia juega un papel importante por ser un factor protector o de riesgo en sus vidas. Y en ese sentido piden a las políticas de juventud en Caldas trabajar por la familia para fomentar la formación en resolución de conflictos y en convivencia, estimular la comunicación intrafamiliar y potenciar la alianza familia y escuela, a fin de lograr una formación de calidad y contextualizada.

Tanto las relaciones con los amigos como con la familia y con el entorno son más complejas de lo que surge a primera vista. En un análisis de efectos puramente empíricos, pudiera pensarse no es posible reducir a un dato las concepciones que tienen los jóvenes sobre la salud. La dotación de la personalidad con su identidad, evidenciada en sus relaciones con el otro, instaura el mundo de las relaciones con los demás, tejiendo de esta manera el mundo social.

Estas relaciones se establecen como armadura que, en un tiempo y en un espacio, está cargada de varios estilos y formas de vida que dan piso a las relaciones interpersonales, sobre el cual el individuo, la familia y los grupos de amigos dejan de ser naturales para convertirse en seres sociales vitales, con sus propias visiones del mundo en un contexto histórico.

El proceso de interacción y mutua influencia entre los amigos y sus familias en la construcción de sus representaciones en salud, obedece a una metodología. Es decir, cada persona se une al conjunto de las relaciones interhumanas mediante un proceso gradual donde se forman y se transforman y arman la red cultural cargada de creencias, normas, valores, símbolos, prácticas, vivencias e ideologías.

Toda persona cruza, desde su nacimiento, en su desarrollo y en su muerte, por instancias estructuradas y transformadoras de su propia existencia, por *medios* o influencias que ejercen esas funciones de estructurar y transformar (las consideraciones de tipo religioso, político, ético y estético), como la familia, la escuela, el trabajo, la comunidad, la calle y el entorno ambiental. Estas instancias de tránsito obligado, en el proceso vital de cada persona, estimula la capacidad, como ser viviente, de su posibilidad para transformarse por medio del intercambio de experiencias. A esta posibilidad asisten también, en su acción transformadora, tanto la genética, la conciencia, lo espiritual, lo moral y lo mental de acuerdo con los jóvenes de Manizales. Y, simultáneamente el pasado, el presente y el futuro como formas de tramitar el tiempo.

8.6. Género y representaciones sociales

En las representaciones sociales que orientan la acción y la conversación de los jóvenes en la ciudad de Manizales, se pueden encontrar algunas diferencias marcadas posiblemente por el género, y como ya se han manifestado en un apartado anterior posiblemente se den diferencias que dependan no sólo del género sino también de otros factores como la religión, en el caso específico de las jóvenes del grupo Adventista. 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 que, pese a su orientación al otro, se paran más en una perspectiva individual.

En relación con el género, encontramos diferencias entre lo que refiere el grupo de hombres Gran Blanco y lo que se encontró en el grupo Adventista conformado solo por mujeres, pues las mujeres tienden a definir la salud más desde la integración entre el cuerpo, la mente, el espíritu, el cuerpo y lo emocional, mientras que los jóvenes del grupo Gran Blanco la sumen desde una integración pero hacen mayor relevancia en lo corporal. En relación con el género, vemos cómo las jóvenes asumen la salud en proyección con la sociedad, lo que equivale a pensar que ven la salud ligada al otro, al grupo y a la sociedad, y no se limita al ámbito individual.

Cabe aclarar que ésta es una diferencia sutil puesto que todos los jóvenes de los grupos participan de un fuerte reconocimiento del otro y del mundo de afuera que va acrecentando y estrechando la necesidad vital de entrar en relación con los demás, entretejiendo de modo permanente el universo personal, al universo social o colectivo. Es decir, los jóvenes tienen en cuenta a la sociedad, contradi-

ciendo la opinión de algunos autores que manifiestan que los jóvenes son apáticos a la realidad social.

Una diferencia más entre las opiniones de los jóvenes relacionada con el género se refiere al sentido que tiene la calle. Para las mujeres, la calle es peligrosa, es fuente de vicio y amenazas, es arriesgado andar en ella y no es considerada como lugar de acción. Para los hombres, en cambio, es fuente de conocimiento, es lugar de acción, es lugar de encuentro y desencuentro, es lugar de trabajo y de proyección al otro. El grupo Gran Blanco, por ejemplo, se refiere a que no tendrían problema en ingresar mujeres al colectivo, pero afirman que no se han incorporado por los prejuicios de las mamás respecto a los peligros de la calle, puesto que las acciones que ejecuta el grupo se realizan en la calle. Los hombres, en este sentido, echan de menos la presencia de mujeres en sus actividades.

9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Quando falta la salud
La sabiduría no puede revelarse,
El arte no puede ponerse de manifiesto,
La fuerza no sirve para la lucha,
La riqueza es inútil,
Y la inteligencia no puede aplicarse

*Herophilus, 325. Fachada de la escuela Rollins de
salud pública, Atlanta USA*

9.1. Las representaciones

Después del camino recorrido, de haber trasegado con los jóvenes en sus mundos y por sus propias vías, de haber conversado con ellos para encontrar caminos de acceso y puertos de llegada, las representaciones se revelan como un mundo especialmente fecundo para establecer un diálogo de saberes, capaz de nutrir con abundancia las políticas institucionales, los proyectos de las organizaciones de la sociedad civil, los estudios sobre el fenómeno juvenil por parte de la academia y, en general, el pensamiento y la acción de la sociedad en relación con la juventud.

Las representaciones sociales de los jóvenes tienen que ver con el conocimiento elaborado y compartido por ellos, en el que se evidencia un objetivo práctico, que es la construcción de una realidad común para mejorar su nivel comunicativo. Son el producto y el proceso de su experiencia, a través de la cual los jóvenes reconstruyen lo real, que es confrontado colectivamente y cargado de sentido para la acción.

Así, las representaciones sobre salud de los jóvenes no son simple reflejo de la realidad. Son una organización significativa que depende de factores contingentes como la naturaleza, el contexto inmediato y la finalidad de la situación, y en factores más generales que trascienden las situaciones inmediatas, tales como el contexto social, económico, político, e ideológico, el lugar del individuo en el grupo, la historia del grupo, las afinidades de encuentro y, por supuesto, de los sistemas de valores construidos colectivamente.

Las representaciones dicen más de los jóvenes respecto a la salud que cualquier estudio cuantitativo sobre morbilidad o mortalidad, o cualquier campaña de prevención construida desde el mundo adulto con una visión difusionista de un pensamiento que se cree infalible, sin haberse puesto a prueba en un diálogo honrado con quienes tienen el derecho de pensarse a sí mismos, como parte de la construcción del conocimiento social sobre la realidad juvenil.

En este sentido, los estudios sobre los jóvenes deben tomar en cuenta sus sistemas de representaciones si los investigadores desean aproximarse de una manera compleja a un mundo en sí mismo rico y complejo. Las representaciones juveniles en salud, en particular, están ricamente dotadas de sugerencias hacia el conjunto de la sociedad.

Las representaciones sobre la salud en los jóvenes dependen, sin embargo 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 en el mundo 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 desde la cultura, es decir, desde las representaciones sociales.

9.2. Fuentes de información

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

La calle es una fuente de información, más potente que los mismos medios de comunicación. La calle es sitio de focalización visual y puesta en escena de una realidad que cada día se muestra más compleja.

Se puede analizar como los medios de comunicación y la calle son espacios sociales de contraste de opiniones y sobre todo de deliberación social, una de las dimensiones centrales de la vida pública, los jóvenes dicen que la calle juega un papel importante en la configuración de sus representaciones en tanto hace que aparezca o desaparezcan temas de interés social, pero al mismo tiempo puede mostrar o ocultar ciertas realidades sociales, al mismo tiempo la calle permite re-

lacionar jóvenes de diferentes comunas y de lugares tan distantes, lo que evidencia, además, como las afinidades son los vínculos para que los jóvenes se agrupen más que los lugares físicos.

La familia se convierte en un escenario de conformación de representaciones que en algunos casos puede ser de alto riesgo, pero que tanto el grupo GIPA como los jóvenes la reconocen en tanto en ella se aprenden los primeros conceptos que con ella se relacionan.

Es importante tener en cuenta en la formulación de políticas y programas para jóvenes que ellos piden una educación que les forme para comprender la información que reciben, consideran que las campañas son hechas para consumo masivo y que muchos jóvenes no tienen *cómo digerirla, y esto se presta para malas interpretaciones*, piden además se les prepare para manejar el disenso, dicen los jóvenes que es importante que las personas tengan información para tomar decisiones de calidad.

9.3. Salud y complejidad

Podemos ver que la salud se describe como “un estado de equilibrio entre la mente, el cuerpo y el espíritu que obedece a una relación con Dios y al cumplimiento de las leyes sobre la salud que él nos ha dado”. Es este un concepto utópico idealista, que no sustenta quién determina el tal estado de equilibrio, y quién lo define, o bien dónde se encuentran las leyes divinas que lo determinan. Sin embargo, lo curioso es que esta concepción es cercana a la definición de salud de la OMS.

Los jóvenes adjudican varias dimensiones a su concepción de la salud, como la emocional, espiritual, moral, mental y 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 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 estas tienen una dimensión social, ética y de proyección al otro.

Al preguntarle a los jóvenes sobre este aspecto, realzan la importancia de separar los conceptos porque lo emocional tiene que ver con el estado de ánimo, lo moral tiene que ver con los valores que hacen que se pueda vivir en sociedad y lo espiritual tiene que ver con esa relación que cada individuo establece con el más allá, y que depende de sus creencias religiosas. Lo mental tiene que ver con el proceso cognitivo de raciocinio y comprensión.

Otra representación común asume la salud como bienestar, y no sólo como un *estado*, en tanto la salud no se da en un momento determinado sino que es una sucesión de hechos marcados por el bienestar, y este bienestar se relaciona para algunos con el tener y para otros con el poder hacer, lo que se aprecia como un gran núcleo central en tanto el poder trabajar, compartir, ser reconocido por la sociedad, ser útil a la sociedad, son las cosas que los jóvenes consideran como aspectos centrales para ser tenidos en cuenta en la sociedad.

Adosado al concepto de bienestar, surge el de salud como paz, frente a lo cual los 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 el mayor padecimiento es la violencia.

De esta manera, cuando los jóvenes definen la salud como un estado de equilibrio no lo asumen como un estado estático sino en función de la dinámica de la vida. Por eso, dicen que el estado óptimo está ligado al bienestar, ligado a las condiciones que cada ser humano requiere para vivir bien. Para los jóvenes, se trata de un equilibrio con el estudio, con el trabajo y con la vida personal y las cosas que se pueden hacer. La salud es por tanto un complemento e integración entre el bienestar mental, físico, espiritual, moral y emocional que relacionado con las instituciones, las prácticas individuales y las relaciones con los otros logran la proyección social.

De otro lado, los jóvenes son conscientes de que ese equilibrio es paradójico, porque entienden que el estado óptimo al que muchos llaman felicidad, es construido en condiciones de dificultad, mediante una ardua lucha, de manera que es posible seguir soñando en el contexto de la dificultad. El referido estado óptimo también tiene que ver con la posibilidad ética de lograr lo que se quiere sin perjudicar al otro.

Se puede concluir que los jóvenes manejan un pensamiento holístico y complejo, que trasciende la mirada tradicional que se ha tenido de la salud en tanto desde una mirada compleja muestran la relación individuo-sociedad pero al mismo tiempo un sujeto integrado por múltiples dimensiones, que en forma articulada dan sensación de bienestar.

9.4. Salud y trabajo

Entre las situaciones que los jóvenes consideran son saludables, está el trabajo, el deporte, tener buenas relaciones con los demás, el estudio, el descanso, el ocio, lo que permite evidenciar que para los jóvenes, aunque en ocasiones se consideran solos e independientes y asociables, dado que no les preocupa la sociedad, cuando se autoevalúan se evidencia como característica de los jóvenes su sentido social. Dicen que se sienten saludables cuando pueden hacer cosas por los demás, de allí que sientan que el otro tiene salud cuando esta bien con los demás.

Uno de los temas centrales es la relación entre la salud y el trabajo que se puede explicar a partir de la grave situación estructural de desempleo, pobreza, marginalidad e inequidad en la distribución del ingreso que vive el país. De allí que la salud en los jóvenes es preciso mirarla desde el desarrollo humano visto como la expansión de capacidades y no asociado al crecimiento económico. Los jóvenes señalan que el éxito de la salud debe evaluarse con respecto a las libertades individuales de las que disfruta cada uno, piden libertad para hacer las cosas que tienen razones para valorar.

Para los jóvenes, el trabajo significa independencia porque otorga los medios para vivir sin el amparo de la familia, de manera que esta 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 él 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.

Y si el trabajo genera libertad lo que los jóvenes piden, cuando reclaman su derecho al trabajo, es su derecho a la libertad, derecho propio que determina la iniciativa individual y la eficacia social. El aumento de la libertad mejora la capacidad de las personas de ayudarse a sí mismos y de influir en el mundo.

Para el logro del bienestar se requiere proveer a los individuos de oportunidades laborales para acceder a un conocimiento y a unos espacios en los que pueda desarrollar las capacidades, lo que no necesariamente está determinada por una buena renta, sino por la posibilidad de sentirse útil en la sociedad y potenciar nuevas capacidades, evitar la restricción de libertades, de baja iniciativa y de pobre cuali-

ficación, exclusión social y lo más importante les mejora la confianza en sí mismo.

Es por lo anterior que las políticas y programas deben fortalecer la relación salud y trabajo en tanto para los jóvenes el desempleo juvenil, como fenómeno social, genera no sólo baja renta sino, sobre todo, restricción de libertades, baja iniciativa y cualificación, exclusión social, falta de confianza en sí mismo, afecciones en la salud mental, emocional, moral, espiritual y física como consecuencia del desempleo. De allí que las políticas deben garantizar que los jóvenes tengan las suficientes oportunidades de formarse para actuar de manera libre, es decir, de recibir elementos y oportunidades de optar por un estilo de vida. Optar libremente por un tipo de trabajo, por hacer uso de la libertad, así como participar e influir en que los mecanismos sociales sean más efectivos.

9.5. El método

Este proyecto nos permitió diseñar y poner en práctica una metodología innovadora en la construcción de un saber juvenil con respecto a la salud, las representaciones sociales ya tienen una larga tradición, pero la metódica de este proyecto, para encontrar acuerdos y desacuerdos en la conformación de núcleos centrales y periferias de defensa de las representaciones, lo convierte en una propuesta metodológica que puede nutrir otros estudios.

En este sentido, nuestra propuesta no se limita a una discusión en el campo de las teorías de las representaciones, sino que pretende aportar una metodología de estudio de las representaciones en el mundo práctico que puede servir tanto para los estudios sobre el tema, como para la formulación de políticas y proyectos de desarrollo para la población juvenil en salud.

10. REFERENCIAS

- Abric, J. C. (2001). A structural approach to social representations. In: Deaux, K; Philogène, G. *Representations of the social*. USA. Blackwell Publishers Ltda.
- Alcaldía de Manizales, Secretaria de Salud y Seguridad Social. (2002). *Situación de salud en Manizales. Indicadores básicos*.
- Alpizar, L, Bernal, M. (2003). "La construcción social de las juventudes". *Ultima década*. N°19, CIDPA. Viña del Mar.
- Alvarez, M. J.; Jaramillo, S. J. (2005). *Análisis demográfico y diagnóstico social de Caldas*. Gobernación de Caldas. Segunda edición.
- Aristóteles (1984). Traducción. *Ética a Nicomaco*. Ediciones Orbis. Barcelona.
- Baeza, M. A. (2000). *Ensayo de sociología profunda sobre los imaginarios sociales. Los caminos invisibles de la realidad social*. Chile: Sociedad hoy.
- Bagby, M. (1998). *Rational Exuberance: The influence of generation X on the new American economy*. New York: Penguin Group.
- Banchs, M.A. (1990). "Las representaciones sociales: sugerencia sobre una alternativa teórica y rol posible para los psicólogos sociales en Latinoamérica". En Jiménez-Domínguez Bernardo. *Aportes críticos a la psicología en Latinoamérica*. Guadalajara: U. de Guadalajara.
- Banchs, M.A. (1998). "Aproximaciones procesuales y estructural al estudio de las representaciones sociales". *IV Conferencia Internacional de representaciones sociales*. México.
- Banchs, M.A. (2000). "Aproximaciones procesuales y estructurales al estudio de las representaciones sociales". *Paper on social representations*. Textes sur les representations sociales. Vol. 9
- Berger, P; Luckmann, T (1966, 1991). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Bernard, H. (1988). *Research methods in cultural anthropology*. Newbury Park, Sage Publications.
- Bersh, E. D.(S.f). *El fenómeno de la salud*. OPS. OMS. ICFES. ASCOFAME. Bogotá.
- Bonder, G. (1999). *La construcción de las mujeres jóvenes en la investigación social*. VI Anuario de Investigaciones. Buenos Aires: Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Bourdieu, P. (1980). *Le sens pratique*. París, editorial de Minuit.
- Brehil, J. (1994). *Nuevos conceptos y técnicas de investigación*. Quito: Centro de Estudios y Asesoría en Salud
- Canguilhem, G. (1978). *Lo normal y lo patológico*. México: Siglo Veintiuno Editores.
- Cardona, D; Nieto, E y otros (2001). "Concepto de salud de diferentes cabezas médicas en la ciudad de Manizales: de una racionalidad instrumental a una racionalidad compleja". *Acta Estomatológica Autónoma*. Manizales.
- Castoriadis, Cornelius. (1989). *La institución imaginaria de la sociedad*. Barcelona: Tuquets.
- Castorina, J. A. (2003). *Problemas teóricos y conocimientos infantiles*. Barcelona: Gedisa.

- Cátedra, M. (1989). *La vida y el mundo de los vaqueiros de Alzada*. Madrid. Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Clémence, A. (2001). Social positioning and social representations. In: Deaux, K., Philogène, G. *Representations of the Social*. USA. Blackwell Publishers Ltda.
- Comelles J.M. y Martínez A.(1993). *Enfermedad, cultura y sociedad*. Madrid, Eudema :85- 87.
- Conrad, P.(1987). "The experience of illness: recent and new directions". En: Conrad Peter, Roth Julius. *The experience and management of chronic illness. Research in the Sociology of Health Care* Vol. 6. Connecticut: Jai Press Inc.:1-31
- Crespi, F. (1996). *Manuale di sociologia della cultura*. Bari: Laterza
- Di Giacomo J.P. (1980). "Intergroup alliances and rejections within protest movement of analysis of the social representations". *European Journal of Social Psychology*, 10.
- Doise, W. (2001). Human rights studied as normative social representations.In: Deaux, K., Philogène, G. *Representations of the Social*. USA. Blackwell Publishers Ltda.
- Einsberg, L. (1977). "Disease and illness. Distinctions between professional and popular ideas of sickness". *Culture Medicine and Psychiatry*, 1:9-23.
- Erikson, E. (1974). *Identidad, juventud y crisis*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Feixa, Carles (2005). Generación XX. Teorías sobre la juventud en la era contemporánea *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. Manizales, Colombia. Vol. 3, No. 2.
- Feixa, Carles. (1995). *El reloj de arena*. México: Causa Joven.
- Flores, F. (2002). "La función simbólica de la virginidad como prescriptor de género" En: Rouquette, M.L.; Jiménez, G y otros. Filosofía y cultura contemporánea. *Senderos del pensamiento social*. Facultad de Psicología, UAM. Ediciones Coyoacán, S.A. de C.V.
- Ford, A.B.(1978). "Epidemiological Priorities as a Basis for Health Policy". *Bulletin of the New York Academy of Medicine* 54 (1): 10-22.
- Foucault, Michel (1978). *El nacimiento de la clínica*. México: Siglo veintiuno editores.
- Foucault, Michel (1979). *Arqueología del saber*. México: Siglo veintiuno editores.
- Foucault, Michel (1979). *Las palabras y las cosas: una arqueología de las ciencias humanas*.11.edición. Madrid. siglo XXI editores. cáp. 10.
- Foucault, Michel (2000). *Historia de la locura en la época clásica*. Santafé de Bogotá: Fondo de Cultura Económica Ltda. Tomo I-II
- Franco, F. (1981). *Consideraciones generales de la juventud como problema social*. CREA-Seminario Internacional de Investigación sobre Problemas de la Juventud. México: Memoria.
- Franco, S. (1990). Violencia y/o salud. *Elementos preliminares para pensarlas y actuar*. Revista Universidad de Antioquia, Volumen LIX. Numero 220, abril-junio. Medellín, Colombia.
- Franco, S. (1992). Violencia, derechos humanos y salud. En Cardona, A. *Salud y Sociedad*. Editor Zeus Asesores Ltda. Primera edición. Bogotá, Colombia.
- Gaertner, W. (1996). Comentario a "Capacidad y bienestar". En: Nussbaum, M., Sen, A. *La calidad de vida*. Fondo de cultura económica. México.

- Gaskell, G. (2001). Attitudes, social representations, and beyond. In: Deaux, K; Philogène, G. *Representations of the social*. USA. Blackwell Publishers Ltda.
- Good, B. (1977). "The heart of what's the matter. The semantics of illness in Iran". *Culture, Medicine and Psychiatry*.1:25-58.
- Gordis, L. (1980). "Challenges to epidemiology in the coming decade". *American Journal of Epidemiology*. 112 (2): 319.
- Grupo interinstitucional de programas para adolescente. (2000). *Balance Social Juventud* Manizales.
- Helman, C.G. (1990). *Culture, health and illness*. London: Wriqth: 86-94.
- Herzlich, C. (1969). *Santé et maladie: analyse d'une représentation sociale*, Paris, Mounon.
- Herzlich, C. (1984). "Médecine moderne et quete de sens: la maladie comme signifiant social". En Marc Augé et Claudine Herzlich (eds.), *Le sens du mal, anthopologie, histoire, sociologie, de la maladie*, Paris, Archives Contemporaines.
- Herzlich, C. (1991). "A problemática da representação sociale sua utilidade do campo da Doença". *Hysis*, 1(2):23-36.
- Herzlich, C. y Pierret, J. (1988). "De ayer a hoy: construcción social del enfermo". *Cuadernos Médico Sociales* (43): 21-30.
- Hicks, R. y Hicks, K.(1999). *Boomers, Xers and Other Strangers: understanding the generational differences that divide us*. Wheaton: Tyndale House Publishers.
- Ibañez, J. (1979). "Como se realiza una investigación mediante grupos de discusión. Apéndice 1" en: Padua, J. *Técnicas de investigación aplicada a las ciencias sociales, sociología. Fondo de cultura economica*. Chile. S.A. 489-501
- Ibañez, J. (1994). *Psicología Social Construcionista*. Guadalajara, Universidad de Guadalajara:153-216.
- Jodelet, Denise (1986). « La representación social: fenómenos, concepto y teoría ». En Moscovici Serge. *Psicología Social II*. Barcelona: Paidós:469-494.
- Jodelet, Denise (1997). *Seminario de Representaciones sociales*. Centro Universitario de Ciencias de la salud. Universidad de Guadalajara, mes de julio.
- Jodelet, Denise. (1983). « Réflexions sur le traitement de la notion de repréntation sociale en psychologie sociale », Actes de la table ronde internationale sur les Représentations, Communication-Information, número especial de octubre.
- Jovchelovitch, S. (2001). Social representations, public life, and social construction. In: Deaux, K; Philogène, G. *Representations of the social*. USA. Blackwell Publishers Ltda.
- Kleinman, A, Kleinman, J. (1997). The appeal of experience; the dismay of images: cultural appropriations of suffering in our times. In: Kleinman, A; Das, V; Lock, M. *Social Suffering*. United Status of America.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: California University Press.
- Krippendorff, K. (1997). *Metodología de análisis de contenido*. Teoría y práctica. Barcelona: Paidos.
- Laframboise, H.L.(1973). "Health Police: Breaking the problem down in more manegeable segments". *Canadian Medical Association Journal*, 108, 1973, 388-393. En: Dever A. GE 1991: Epidemiología y Administración de servicios de salud. OMS/OPS. Mayland: Ashen Publishers.

- Lahlou, S. (2001). Functional aspects of social representation. In: Deaux, K; Philogène, G. *Representations of the social*. USA. Blackwell Publishers Ltda.
- Luhmann, N. A. (1998). *Lineamientos para una teoría general. Sistemas sociales*. Barcelona: Anthropolos.
- Luna, María Teresa y González, Diana María (2004). *Evaluación de impacto del modelo DIL en la comuna 13 de Medellín*. Fundación Social. Evaluación realizada por CINDE
- Mariano, H; Ramos, M; Fernández, A. (2001). *Salud y juventud*. Escuela Andaluza de Salud Pública. Edita: consejo de la juventud de España, pág. 1-21. Extraído en el 2003 desde <http://www.cje.org>.
- Markus, H. y Plaut, V. (2001). Social representations: catching a good idea. In: Deaux, K; Philogène, G. *Representations of the social*. USA. Blackwell Publishers Ltda.
- Menéndez, E.L. (1997). *El punto de vista del actor*. Relaciones, 69:237-270.
- Minayo, C. (1995). *El desafío del conocimiento*. Investigación cualitativa en salud. Buenos Aires: Lugar Editorial S.A.165-207.
- Molina G. (Sf). *Conceptos y definiciones salud y enfermedad*. Introducción a la Salud Pública. Cáp. 1. fotocopiado.
- Morris, D. (1997). About suffering: Voice, genre, and moral community. In: Kleinman, A; Das, V; Lock, M. *Social Suffering*. United Status of America.
- Moscovici, S. (1984). *Influencia y cambio de actitudes individuos y grupo*. Psicología Social I. Barcelona: Paidós.
- Moscovici, S. (1986). *Pensamiento y vida social Psicología social y problemas sociales*. Psicología social II. Barcelona: Paidós.
- Moscovici, S. (1988). *Notes toward a description of social representations*. European Journal of Social Psychology, 18, 211-250.
- Moscovici, S. (2001). *Why a theory of social representations?* In: Deaux, K; Philogène, G.(2001). *Representations of the social*. USA. Blackwell Publishers Ltda.
- Moscovici, S. y Hewstone, M. (1986). “De la ciencia al sentido común”. En Moscovici S. *Psicología Social II*. Barcelona: Paidós: 679-710.
- Muñoz, Germán. (2003). *Juventud o juventudes*. Trabajo presentado en el marco del seminario de doctorado en ciencias sociales niñez y juventud. Cinde, Universidad de Manizales. Noviembre. Manizales.
- Naciones Unidas Distrito General. Consejo Económico y Social. (2003). *Comisión de Derecho Especial. Informe sobre la juventud mundial*. pág. 3-9
- Navarro, P; Diaz, C. (2000). *Técnicas de investigación social y cultural*. España.
- Organización Mundial de la Salud -Organización Panamericana de la Salud. (2001). *La juventud colombiana en el naciente milenio. Demografía*. Extraído de <http://www.col.opsoms.org/juventudes/situacion/demografia.html>.
- Palacio, M; Valencia, AJ. (1997). *Diagnóstico del mundo juvenil de Manizales para la formulación de la política local de juventud*. Manizales.
- Philogène, G. (2001). *A theory of methods*. In: Deaux, K., Philogène, G. *Representations of the Social*. USA. Blackwell Publishers Ltda.

- Philogène, G., Deaux, K.(2001). Framing the issues. In: Deaux, K., Philogène, G. *Representations of the Social*. USA. Blackwell Publishers Ltda.
- Pierret, J. (1993). "Constructing discourses about health and their social determinants". In: *Radley Alan. World of illness*. London and New York: Routledge.
- Piñuel, J.L. (s.f). Epistemología, metodología y técnicas del análisis de contenido. Universidad Complutense de Madrid.
- Potter, J. (1998). *La representación de la realidad. Discurso, retórica y construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Putnam, H. (1995). *Un balance crítico del funcionalismo. Representación y realidad*. Barcelona: Gedisa.
- Quevedo, E. (1992). "La cultura desde la medicina social". En: *Cultura y Salud en la Construcción de las Américas*. Santafé de Bogotá: ICAN-Colcultura.
- Quevedo, E. (1993). *Historia social de la ciencia en Colombia*. Tomo VII. Medicina (1). Colciencias.
- Quintero, M; Ruiz, A. (2004). ¿Qué significa investigar en educación? Universidad Distrital Francisco José de Caldas. 1ra. Edición. Bogotá.
- Reguillo, Rossana. (2003). *Ciudadanías juveniles*. Última década n°19, cidpa viña del mar.
- República de Colombia (1997) *Ley de la Juventud en Colombia. Ley número 375 del 4 de julio de 1997*.
- Restrepo, L. C; Espinel, M. (1996). *Semiología de las prácticas de salud*. Santa fe de Bogotá: Centro Editorial Javeriana.
- Rodríguez, E. (2001). *Documento de trabajo presentado en el taller sobre las políticas públicas de juventud: su formulación e implementación*. Organizado por el programa presidencial Colombia joven de la presidencia de la república. Bogotá.
- Rodríguez, E; Flores, J.y García, E. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga. Ediciones Aljibe.
- Ruiz, J.I. (2001). "Representaciones sociales teoría y métodos de investigación". En Ruiz, J, Ponce, E. y otros. *Avances en medición y evaluación en psicología y educación: cinco lecturas selectas, serie aula de psicología, 3*. Bogotá. Editorial Kimpres.
- Ruiz, J. (2001). *Avances en medición y evaluación en psicología y educación*. Aula pedagógica. Universidad del Bosque.
- Schneider, B. y D. Stevenson (1999): *The Ambitious Generation: America's Teenagers, Motivated but Directionless*. New Haven: Yale University Press.
- Sen, Amartya. (2000). *Desarrollo y libertad*. Colombia, editorial planeta colombiana, S.A. Tercera edición.
- Serrano, J. F. (2002). *Saber Joven: Miradas a la Juventud Bogotana, 1990-2000*. Estado del Arte, Bogotá. Volumen 2.
- Silva, A. (1997). *Imaginario urbano. Cultura y comunicación urbana*. Tercer mundo editores. Tercera edición. Colombia.
- Sommer, C.M. (1998). Social representations and media communication. In: U. Flick. (1998). *The psychology of the social*. Cambridge University Press.

- Suárez, R. (2001). "Salud-enfermedad: una categoría a repensar desde la antropología". Santa Fé de Bogotá. Ediciones Uniandes. pág. 1-19. Extraído en el 2001.
<http://www.uiowa.edu/~grpproc/>
- Taylor, S. J. y Bogdam, R. (1996). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Torres, B. L. (2001). Ciencias Sociales. *Sociedad y cultura contemporáneas*. Editorial, México.
- Torres, T.M. (1999). *Sangre y azúcar: representaciones sociales sobre la diabetes de los enfermos crónicos en un barrio de Guadalajara*. Tesis de doctorado no publicada, México.
- Vélez, A. A. (1990). *Conceptos básicos del proceso salud enfermedad*. Vicerrectoría Académica. Facultad de Enfermería. Universidad de Caldas. Manizales. Fondo Editorial monografías Universitarias
- Vergara, M.C., Agamez, J., Vidarte, A. y otros.(2005). *Representaciones sociales con relación al riesgo y estrategias de promoción y protección de la salud que construyen los jóvenes de la ciudad de Manizales*. Investigación en proceso de publicación.
- Vergara, M.C., Pinilla, M.V. (2006). *Evaluación del plan de acción juvenil y revalidación de la política pública de juventud de Caldas a través de un plan decenal*. Investigación en proceso de publicación.
- Viveros, M. (1993). "La noción de representación social y su utilización en los estudios sobre salud y enfermedad". *Revista Colombiana de Antropología*.

11. ANEXOS

11.1. Anexo 1. Encuesta

Salud y comunicación: representaciones sociales que orientan la experiencia de vida de los jóvenes frente a la salud. Proyecto de tesis doctoral. María del Carmen Vergara Quintero.

OBJETIVO: Recolectar información sobre los aspectos socio – demográficos y condiciones de vida que caracterizan los jóvenes de los diferentes grupos de la ciudad de Manizales y describir la afinidad por el grupo al que pertenece..

1. IDENTIFICACIÓN

1.1 Edad _____

1.2 Género: M ____ F ____ I ____

1.3 Barrio: _____ Comuna: _____

1.4 Grupo: _____

1.5 Cual es su afinidad con el grupo _____

1.6 Estado civil: Soltero ____ Casado ____ Separado ____ Unión libre ____

Viudo _____

CONDICIONES DE VIDA

2.1 Con quién vive actualmente? Padre ____ Madre ____ Hermanos ____ Esposo ____ Hijos ____

Otros ____ cual _____

2.2 Ocupación: Estudiante ____ Empleado ____ Trabajador Independiente ____ Trabajador Informal ____ Sin ocupación ____

2.3 Acceso a educación

• Actualmente está estudiando: Si ____ No ____

• Si su respuesta es negativa diga por que? _____

•Cuál fue el ultimo grado completado _____

2.4 Condiciones de salud

• Tiene seguridad social en salud? Si ____ No ____ Cual _____

- Tiene alguna enfermedad? Si _____ No _____Cuál _____

3. REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE LA SALUD

3.1 Describa que es salud para usted y que medios cree usted que incidieron en la construcción de sus creencias o en su definición.

Firma de la persona encuestada. _____

11.2. Anexo 2. Protocolo para los grupos de discusión

Salud y comunicación: representaciones sociales que orientan la experiencia de vida de los jóvenes frente a la salud. Proyecto de tesis doctoral. María del Carmen Vergara Quintero.

OBJETIVO: Recoger información sobre las concepciones, prácticas, representaciones, el contenido temático y las fuentes de procedencia de la información que tiene los jóvenes sobre la salud.

POBLACION: Grupos de jóvenes de las diferentes comunas de la ciudad de Manizales.

TECNICA: GRUPOS DE DISCUSION (Jesús Ibáñez 1979)

El proceso de investigación basado en grupos de discusión obedece a una estrategia de un sujeto en proceso, de un sujeto que cambia.

FASES:

1. DISEÑO: INDIVIDUOS/PREGUNTAS/RESPUESTAS

Se harán grupos entre 5-10 personas como máximo, debido a los canales de comunicación ya que el crecimiento es geométrico con 10 se darían 45 canales de comunicación. La discusión tendrá un límite de tiempo de 90 minutos, el cual será fijado desde el inicio de la sesión para evitar que alguien imponga el consenso.

2. FORMACION DEL GRUPO: PRODUCCION DEL CONTEXTO

Los grupos serán citados en un lugar previamente definido conjuntamente.

Se buscará un ambiente para dialogar, conversar, comunicarse, establecer disensos y consensos. En ellos se muestra cómo los juegos del lenguaje, en la realidad, pueden ser reproducidos en diferentes situaciones con técnicas correspondientes y, sobre todo, en qué momentos se pasa del orden del decir al del hacer.

El grupo de discusión representará una imagen HOLOGRAMÁTICA en la cual la luz es coherente y los rayos están en fase. Cada punto de la imagen-objeto contiene información de todo el objeto. Si se partiera la imagen-objeto por la mitad, se tendría la mitad de la información de toda la imagen-objeto.

El observador estará inmerso dentro del grupo de discusión.

3. CONTEXTO SITUACIONAL O EXISTENCIAL.

Al grupo se le presentaran los objetivos que se pretenden alcanzar, se iniciara con la presentación de los participantes y con la definición de un moderador y un relator; igualmente se le hace entrega de la guía de las preguntas orientadoras de la discusión las cuales son:

- _ ¿Qué es salud?
- _ ¿Qué situaciones de la vida cotidiana son saludables?
- _ ¿Cuándo usted se siente saludable?
- _ ¿Cuándo el otro tiene salud?
- _ ¿De donde ha aprendido que es salud?
- _ ¿Qué dimensiones o categorías de la vida cotidiana tienen que ver con la salud?
- _ ¿Qué practicas saludables realiza?
- _ ¿Cuál es el sentido que le da a las practicas que realiza para estar con salud?

La discusión con el grupo permitirá examinar la complementariedad, divergencias y particularidades en las concepciones, orientaciones, formas de razonamiento y tipo de deliberaciones acerca de la salud.

4. ANALISIS E INTERPRETACION DEL CONTENIDO DEL DISCURSO DEL GRUPO:

La investigadora estará haciendo observación participante de lo ocurrido en el grupo de discusión y haciendo la grabación, además estaré atenta a la discusión y ayudar en algún momento en el desenvolvimiento de algún nudo tematico.

OBSERVACION PARTICIPANTE

La realizaré desde “adentro” de la realidad del grupo, en contraste con la mirada externalista de las otras formas de observación.

Recogeré la información solamente sosteniendo una intensa interacción con los/as jóvenes en este mismo contexto de los grupos de discusión.

La observación se centra en los huecos formados por los silencios o límites espaciales y por las fronteras o límites temporales. Solo hay comunicación si las relaciones son de intersección.

Se analizara:

-¿Qué decisiones se hacen al respecto en el momento, el lugar y las condiciones en que estas decisiones ocurren?

-¿Cómo se organiza el grupo? Se puede hacer un gráfico.

-¿Cómo funciona el grupo?

-¿Cómo se comporta el grupo?

-¿Se dan relaciones de inclusión?

-¿Qué tipo de redes se establecen en el grupo?

-Otras observaciones.

-Se pretende formular hipótesis tentativas acerca de lo sucedido en la sesión.

- Se construirá una o dos categorías, subcategorías y tendencias que manifiesten lo sucedido en la sesión:

Categorías:

Sub-categorías:

5. DEVOLUCION DE LOS RESULTADOS PARA LA RETROALIMENTACION:

Se fijará una nueva reunión para entregar la sistematización de la primera discusión, donde ellos podrán hacer correcciones o manifestaciones frente al texto.

11.3. Anexo 3. Protocolo de entrevista semiestructurada a profundidad

Salud y comunicación: representaciones sociales que orientan la experiencia de vida de los jóvenes frente a la salud. Proyecto de tesis doctoral. María del Carmen Vergara Quintero.

OBJETIVO: Recoger información sobre las concepciones, prácticas, representaciones, el contenido temático y las fuentes de procedencia de la información que tiene los jóvenes sobre la salud.

POBLACION: Jóvenes de las diferentes comunas de la ciudad de Manizales que participaron en los grupos de discusión.

METODOLOGIA: Se determinarán los elementos que han estado más influenciados por el contexto social inmediato en el que los sujetos se desenvuelven. Estas se aplicarán a informantes claves que se logren rastrear de los grupos de discusión o de la observación sistemática, los criterios de selección serán:

a-Demostrar interés por el proyecto.

b-Tener capacidad de comunicación e interacción con el grupo y con la investigadora.

c-Tener conocimiento del grupo.

ESTRATEGIA: Se utilizará un formato de preguntas abiertas donde el entrevistado tenga la oportunidad de dialogar y profundizar en la discusión con el investigador en áreas no agotadas en el grupo de discusión.

PREGUNTAS A RESPONDER: ESTARAN DETERMINADAS POR LAS CATEGORIAS QUE NO LOGREN SATURARSE EN LOS GRUPOS DE DISCUSIÓN.

_ ¿Qué es bienestar?

_ ¿Qué situaciones de la vida cotidiana producen bienestar?

_ ¿Cuándo usted se siente en estado óptimo?

_ ¿cuándo ustedes se refieren que salud es estar bien como se pudiera traducir estar bien ?

_ ¿De dónde el grupo o usted han aprendido que es salud?

_ ¿Cómo dimensión que tiene que ver con la salud ustedes han manifestado el trabajo, cómo y porqué lo consideran como parte esencial para la salud?

_ ¿porqué concebir la salud como un derecho?