

Rrepresentaciones sociales de la salud de una comunidad rural de Colombia¹

Social Representations of Health of a Colombian Rural Community

Jhony Alberto Moreno².

Recibido: 04- Mayo - 2015 • Revisado: 15- Septiembre - 2015 • Aprobado: 13- Octubre-2015

Resumen

La salud es una representación social. Se han construido creencias y prácticas en torno a la salud. Este artículo describe las representaciones sociales que se han configurado alrededor de la salud de un grupo de 23 personas de género femenino con edades entre los 18 y 62 años de una comunidad rural del municipio de Zaragoza Colombia, Se utilizó la teoría del núcleo central y sistema periférico. Los datos fueron obtenidos mediante un cuestionario jerarquizado de palabras para identificar el núcleo central y sistema periférico. La sistematización de datos se realizó utilizando el SPSS-20. Los resultados muestran que la organización del núcleo central de la representación social de la salud para el grupo investigado se estructura así: vida, bienestar y espiritualidad.

Palabras clave autores: Psicología Social, Representaciones sociales de la salud, Núcleo Central, Bienestar, Comunidad rural.

Palabras clave Descriptores: Psicología, Bienestar del adulto, Desigualdades sociales, Inequidad en salud, creencias sobre la salud y la enfermedad.

Abstract

Health is a social representation. They have built beliefs and practices around health. This article mentions the social representations that are configured around the health of a group of 23 female persons aged between 18 and 62 years of remote community in the municipality of Zaragoza in Colombia, using the theory of central core and peripheral system. Data were collected using a hierarchical word to identify the core and peripheral system questionnaire. The systematization of data was performed using the SPSS-20. The results indicate that the organization of the central core of the social representation of health for the investigated group is structured as follows: life, welfare and spirituality.

Keywords: *Social Psychology, Social representations of health, Central Core, Welfare, Remote villages.*

Keywords plus: Psychology Adult Welfare, Social Inequality, Inequity in health, beliefs about health and illness.

Moreno, J. A. (2015). Representaciones sociales de la salud de una comunidad rural de Colombia. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 7(2), 47-62.

1. Este artículo hace parte de los requisitos de grado para optar al título de Magister en Educación, Fundación Centro Internacional de Educación y Desarrollo Humano CINDE y Universidad de Manizales, realizado entre agosto de 2014 y Febrero de 2015.
2. Psicólogo, Esp. Salud Pública, candidato a Magister en Educación Universidad de Manizales-CINDE. Correo electrónico: jhon25@outlook.com.

Introducción

La teoría de las representaciones sociales cuando se incorporan a la comprensión de las dimensiones culturales de los procesos salud-enfermedad, pueden contribuir a la reflexión sobre la complejidad del encuentro ciencia y sentido común.

En Colombia y en Latinoamérica se observa un interés por el tema de la salud. Se identifican algunas investigaciones en Colombia sobre la salud en relación con las representaciones sociales: representaciones sociales sobre la salud y enfermedad oral de grupos en Colombia (González, Puello y Díaz, 2010; González, Hernández y Correa, 2013) representaciones sociales de la medicina tradicional y enfermedades foráneas en indígenas (Cardona y Rivera, 2012), representaciones sociales de pacientes hospitalizados (Herrera, et al., 2010; Álvarez, Acevedo y Duran, 2008; Cardona, 2010). En el entorno latinoamericano, Rodríguez (2009), Rodríguez y Echemendía (2011) identifican una actitud favorable en el ámbito de la investigación social para saber mucho más sobre las representaciones sociales y su importancia en el contexto de la salud. En este sentido, las ciencias sociales tienen aportes que podrían incorporarse cada vez más en el tema de la salud y la prevención de la enfermedad. Se reconocen los trabajos de Knapp, León y Mesa (2003); Herrera (2008) acerca de las representaciones sociales como marco conceptual apropiado para abordar la salud. (Torres, Munguía, Pozos y Aguilera, 2010; Herrera y Torres, 2012) describen experiencias recientes sobre las representaciones sociales de la salud con enfoque estructural.

Es aceptable pensar que todavía existe una insuficiente identificación y descripción de las

La teoría de las representaciones sociales cuando se incorporan a la comprensión de las dimensiones culturales de los procesos salud-enfermedad, pueden contribuir a la reflexión sobre la complejidad del encuentro ciencia y sentido común

representaciones sociales en torno a la salud de la población en Colombia. Es importante conocer las representaciones sociales sobre la salud de una comunidad rural de Antioquia. El contexto actual muestra a la salud en Colombia con diversos problemas que afectan la calidad de vida de la población. Estos problemas pasan por la cobertura, la financiación y la prestación de los servicios de salud. Se indagará y describirá cómo la comunidad ha representado prejuicios, nociones, creencias, actitudes respecto a la salud y la enfermedad.

El propósito de esta indagación es incorporar al análisis de la salud de una comunidad rural de Antioquia desde la perspectiva de la representación social. Tratar de responder la pregunta: ¿Cuáles son las representaciones sociales sobre la salud de una comunidad rural de Antioquia, Colombia?

Según el ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2013), El sistema de salud colombiano se organiza en un componente de seguridad social, financiado con recursos públicos y poco por los recursos provenientes del sector privado. El eje principal del sistema de salud se conoce como Sistema General de

Seguridad Social en Salud (SGSSS). La afiliación al sistema es obligatoria y se realiza a través de las entidades Promotoras de Salud (EPS) públicas o privadas que reciben las cotizaciones y contratan a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) también de orientación pública y privada que ofrecen a sus afiliados un Plan Obligatorio de Salud (POS). Una parte importante de la población recibe los servicios de salud a través de las IPS públicas o Empresas Sociales del Estado (ESE-hospitales públicos). Son estos hospitales públicos, los que tienen que cubrir un gran porcentaje de la población en los lugares distantes de las grandes ciudades, incluyendo los sectores rurales.

El concepto de salud, tiene su origen en la Organización Mundial de la Salud OMS (1948). “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Definió la OMS un concepto de salud de alcance global, que se incorporó en casi todos los países, incluido Colombia. En la cumbre de Rio de Janeiro (1992) se plantea que la salud depende de la capacidad de controlar la interacción entre el medio físico, espiritual, el biológico, el económico y social. La salud según esto, es un fenómeno social complejo donde interactúan muchas variables. En algún punto en Colombia se desvió de esta directriz y se puede observar un nivel paradójico en la salud, por ejemplo, en que, mientras se aumenta la cobertura, es decir se brindan más servicios de atención, la calidad disminuye y se encuentran cada vez más insatisfacciones en la población, relacionadas con su salud percibida y su bienestar (Espinosa, 2013).

La salud es una representación social y cultural de toda la comunidad, se han construido concepciones acerca de la salud, y se realizan

prácticas en torno a ella. Las representaciones y las prácticas de la salud han tenido un desarrollo en relación con elementos de índole social, político, cultural y económico de un grupo o una comunidad. El problema de la salud involucra al individuo y también a la sociedad de la que hace parte. Una forma de conocer, interpretar y comprender la salud es a través de las representaciones sociales (Vergara, 2009).

Como soporte conceptual, este trabajo se apoya en pilares clásicos de las Representaciones Sociales como Moscovici (1979, 1991), Jodelet (1984), Abric (1994). Así mismo se tendrán en cuenta aportes recientes de Banchs (2000), Araya (2002), Rodríguez (2007, 2011). Se vinculará o relacionará los procesos de representaciones sociales con la representación social de la salud de individuos o grupos.

Moscovici (1979) define las Representaciones Sociales como:

Una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos (...) La representación es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación. (Moscovici, 1979, pp.17-18).

Jodelet (1984) define las representaciones sociales como: la manera en que nosotros sujetos sociales, aprehendemos los acontecimientos de la vida diaria, las características de nuestro medio ambiente, las informaciones que en él circulan, a las personas de nuestro entorno próximo o lejano:

En pocas palabras, el conocimiento espontáneo, ingenuo (...) que habitualmente se llama

conocimiento de sentido común o bien pensamiento natural por oposición al pensamiento científico. Este conocimiento se constituye a partir de nuestras experiencias, pero también de las informaciones, conocimientos y modelos de pensamiento que recibimos y transmitimos a través de la tradición, la educación y la comunicación social. De este modo, ese conocimiento es muchos aspectos un conocimiento socialmente elaborado y compartido. Bajo sus múltiples aspectos intenta dominar esencialmente nuestro entorno, comprender y explicar los hechos e ideas que pueblan nuestro universo de vida o que surgen en él, actuar con otras personas, situarnos 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 la conducta de nuestra vida. (Jodelet, 1984, p. 473).

Según Jodelet (1984) las personas representan un equivalente de los objetos. Las personas explican el mundo que les rodea mediante procesos cognitivos. Las representaciones sociales sintetizan estas explicaciones y producen inferencias o conocimientos del sentido común. Este conocimiento del sentido común es conocimiento social porque está socialmente elaborado. Incluye contenidos cognitivos, afectivos y simbólicos que tienen una función en las orientaciones de las conductas individuales y sociales. Las representaciones sociales constituyen un sistema cognitivo en lo que se puede reconocer opiniones, creencias, valores y normas que orientan las actitudes en las personas o grupos.

Abric (1994), propone un enfoque teórico y metodológico dentro del campo de las representaciones sociales, conocido como enfoque estructural o teoría del núcleo central (Araya, 2002). La teoría de Abric (1994), además de

concebir las representaciones sociales como un conjunto de creencias, informaciones, opiniones y actitudes sobre un objeto social, organiza el conjunto de elementos del sistema socio-cognitivo en una estructura. Distingue en las representaciones sociales dos componentes: los del núcleo central y los de la periferia. El núcleo central es el elemento fundamental de la representación, es su componente más estable y delimita su organización y su significado. El sistema o elementos periféricos se organizan alrededor del núcleo central y en relación con éste. El sistema periférico se caracteriza por su flexibilidad y su sensibilidad al contexto. Los elementos dentro de este núcleo son una representación característica del objeto representado, del tipo de relaciones que el grupo mantiene con el objeto y el sistema de valores y modelos que son parte del ambiente de la vida, dentro de su dimensión objetiva o subjetiva, puede ser individual o colectiva (Abric, como se citó en Tosoli, Oliveira y Pereira de Sa, 2008).

Para identificar y describir las representaciones sociales en los grupos o comunidades es importante recurrir a la creatividad que promueve Abric (1994, 2001) cuando dice que el investigador debe poner en escena una serie de condiciones que posibiliten que el grupo o muestra, elabore un producto nuevo u original adaptado a la finalidad de la situación. Invita a los investigadores a desarrollar instrumentos para identificar las representaciones sociales. Todas las técnicas del enfoque estructural se orientan por el principio de solicitar a la persona que efectuó un proceso cognitivo de análisis, comparación y jerarquización de propia producción (Abric, como se citó en Banchs, 2000 y Araya, 2002). Esto permite disminuir la interpretación por parte del investigador y posibilita el análisis de los resultados.

Hace poco Rodríguez (2007, 2011) ante las discusiones y polémicas metodológicas que suscita la teoría de las representaciones sociales, señala de que esta teoría es abierta y tolerante tanto a las investigaciones cuantitativas y cualitativas. En el campo cuantitativo, pueden realizarse experimentos, encuestas, asociaciones de palabras y presentaciones de resultados con métodos numéricos, tablas de cifras o esquemas de gráficos de dispersión. En el campo de lo cualitativo promueve el análisis del discurso, lecturas etnográficas o análisis hermenéuticos. Para Rodríguez (2007) lo que une a estos métodos es una teoría general que bien se puede descomponer y fragmentar en elementos pequeños para hacer más prácticos los estudios. Con respecto al enfoque estructural esta autora reconoce que esta aproximación teórica y metodológica ha mostrado ser eficientes para producir hipótesis y observaciones sólidas y consistentes. En este sentido se valora lo que señalo Abric (1994) cuando se refiere a las técnicas de identificación del núcleo central como idóneas, porque cuantifican y estandarizan lo social, y evitan la subjetividad de los investigadores e informantes. Rodríguez (2007) recuerda que en los estudios de Moliner (2005) existen unos aportes nuevos a considerar en la teoría de las representaciones sociales en cuanto a los cambios de la naturaleza polisémica del núcleo central y la significación dada por los elementos periféricos, además de la importancia del contexto. Es este contexto el que llama la atención a Rodríguez (2007, 2011) y lo propone como objeto de investigación. Con esta idea se abre el abanico de posibilidades de indagación dentro de la teoría de las representaciones sociales con enfoque estructural, donde se adiciona el contexto de los individuos o grupos como objeto de análisis a través de los distintos métodos y técnica de investigación tanto cualitativa como cuantitativa.

En cuanto a las metodologías, este trabajo se ajusta dentro de orientaciones clásicas de la teoría del núcleo central de Abric (1994), pero también en aporte y experiencias recientes. Escalante y Caro (2002) y Escalante (2009, 2011) considera que, en cualquier metodología de análisis del núcleo central, ya bien sea semántico asociado a un término inductor, o el otro que estudia las relaciones o conexiones entre el término inductor y los contenidos semánticos, se debe considerar finalmente un factor cuantitativo que es primordial y otro cualitativo que es esencial. En los análisis se considera que la frecuencia de un elemento y el poder de significación de éste, así como el número de relaciones del elemento con otros elementos, pueden ayudar a comprender la fuerza de los elementos en la significación (Escalante, 2009).

Podría decirse que hay una tendencia en el campo de la investigación en conocer el punto de vista de la gente común sobre sus ideas, significaciones, experiencias y representaciones en el área de la salud (Vergara, 2009; Rateau y Lo Monaco, 2013; Torres et al; 2010).

1. Método

El enfoque del estudio es descriptivo. Fundamento teórico de las Representaciones Sociales utilizando el enfoque estructural.

Las representaciones sociales como un conjunto de creencias, informaciones, opiniones y actitudes sobre un objeto social. Los elementos en conjunto se organizan en sistema socio-cognitivo a manera de estructura. Este enfoque estructural considera que la organización de una representación social, tiene una característica específica, debiendo ser organizada alrededor de un núcleo central, construyéndose en uno

La población participante de la investigación corresponde a un grupo de 23 personas de género femenino de edades entre los 18 y 62 años de una comunidad rural, ubicada en el municipio de Zaragoza, departamento Antioquia, Colombia

más elementos que dan significado a la representación (Tosoli et al; 2008). Los elementos presentes en este núcleo son representaciones características del objeto representado, del tipo de relaciones que el grupo mantiene con el objeto y el sistema de valores y modelos que son parte del ambiente de la vida, dentro de su dimensión objetiva o subjetiva, puede ser individual o colectiva.

1.1 Participantes

La población participante de la investigación corresponde a un grupo de 23 personas de género femenino de edades entre los 18 y 62 años de una comunidad rural, ubicada en el municipio de Zaragoza, departamento Antioquia, Colombia.

La actividad ocupacional es de madres

comunitarias y agentes educativas al servicio del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Registran un estado civil de solteras, unión libre y casadas. Nivel socioeconómico bajo. El nivel de estudio más común es el bachillerato completo.

1.2 Instrumentos

1.2.1 Cuestionario de caracterización de datos sociodemográficos

Con este instrumento se obtuvo datos de las participantes como: nombres, edad, sexo, lugar de residencia, ocupación, nivel socioeconómico, estado civil, nivel de estudios, lugar donde se le brindan servicio de salud, entre otros datos.

1.2.2 Escala Likert de actitudes y creencias sobre la salud y la enfermedad

La escala de Likert para la investigación identificó actitudes y creencias individuales en el contexto social particular del grupo participante. Los elementos estructurados fueron: ¿Para usted salud es? ¿Usted realiza actividades saludables, cómo? ¿Para usted enfermedad es? ¿Cuándo se enferma piensa en? ¿Sobre su salud en este año

puede decir qué? ¿Sobre creencias y prácticas sobre la salud usted puede decir qué? Las respuestas a los elementos tenían opciones abiertas. La puntuación de cada unidad de análisis se obtuvo mediante la suma de las respuestas obtenidas en cada elemento.

1.2.3 Cuestionario jerarquizado de palabras para identificar el núcleo central y sistema periférico

La obtención de datos se realizó mediante la técnica de evocaciones libres que busca estimular la percepción de la realidad. Inicialmente se generó estímulos semánticos y visuales sobre algunos elementos simbólicos simples sobre la salud. Los estímulos semánticos utilizados fueron: ¿Qué es salud? ¿Qué situaciones de la vida cotidiana son saludables? ¿Cuándo usted se siente saludable? ¿Cuándo el otro tiene salud? ¿De dónde ha aprendido que es salud? ¿Qué situaciones o actividades de la vida cotidiana tienen que ver con la salud? ¿Qué actividades saludables realiza? ¿Cuál es el sentido que le da a las prácticas que realiza para estar con salud? El estímulo visual consistió en la emisión de un video corto sobre la salud en Colombia. Luego a cada participante se le solicitó que asociaran de manera libre y rápida cinco (5) palabras o expresiones relacionadas con las palabras estímulos o inductoras en una hoja de papel con un dibujo impreso de cinco (5) círculos concéntricos, cuyo diámetro externo tenía una medida 14 centímetros. Las instrucciones a las participantes señalaron que la ubicación de la palabra de mayor importancia acerca de la salud estaría en el círculo número uno (1), estableciéndose un orden a partir de éste. Cada participante respondió el cuestionario de jerarquización de sus producciones, organizando las

La elección de los participantes de la investigación se debió a condiciones de inequidad social existente en las regiones rurales y semi-rurales de las comunidades de Antioquia

palabras evocadas en un orden 1 a 5 en función de su importancia. En el análisis se identificaron las palabras jerarquizadas para revelar la estructura de las representaciones sociales núcleo central y elementos periféricos.

1.2.4 Análisis de datos

Los datos fueron analizados con el software SPSS-20, utilizándose análisis descriptivos de los datos. Se analizó sólo la frecuencia de evocación.

1.2.5 Procedimiento

La elección de los participantes de la investigación se debió a condiciones de inequidad social existente en las regiones rurales y semi-rurales de las comunidades de Antioquia. Las participantes tenían una historia larga de interacción entre ellas. Existieron condiciones de fácil acceso a las participantes, debido a que los fines de semana se reunían para recibir clases de formación educativa en una institución técnica urbana del municipio de Zaragoza, Antioquia. Se realizaron los contactos apropiados con el grupo y se les invitó a participar en el estudio. El trabajo de campo tuvo una duración de cerca de dos meses, iniciando con los acercamientos a

las participantes para culminar con la aplicación de los instrumentos. El trabajo en el terreno se dividió en tres fases. Cada fase se desarrolló en intervalos de dos semanas y cada una duraba 3 horas. En la primera fase se socializó el protocolo del consentimiento informado, explicando los objetivos de la investigación al grupo de participantes. Se informó por parte del investigador responsable de que los datos de la investigación serían, utilizados con fines estrictamente confidenciales. Para eso se firmó un consentimiento escrito. En la primera fase las participantes diligenciaron el cuestionario de caracterización de datos sociodemográficos. En la segunda fase respondieron el cuestionario de actitudes y creencias sobre la salud y la enfermedad. En la tercera fase se desarrolló el cuestionario jerarquizado de palabras para identificar el núcleo central y sistema periférico. Cada instrumento impreso tenía las instrucciones claras al inicio. El investigador leyó en voz alta las instrucciones y aclaraba dudas antes de ser diligenciados. El investigador se aseguró de recibir cada instrumento cumplimentado por las participantes. Los datos se sistematizaron en el paquete estadístico SPSS-20, se focalizó en el análisis descriptivo de los datos, en la frecuencia de evocación. La investigación se realizó entre agosto de 2014 y febrero de 2015.

1.2.6 Consideraciones éticas

Se socializó suficientemente con el grupo de participantes los alcances de la investigación de las representaciones sociales sobre la salud. Por tratarse de una investigación no experimental, sin riesgo para la salud o integridad física de las participantes, se optó por el consentimiento informado escrito donde quedó formalizado el manejo confidencial de los datos obtenidos de la investigación.

2. Resultados

Los datos del cuestionario de caracterización sociodemográfica realizada, identificó que el grupo de población investigada es del género femenino, pertenecientes al Municipio de Zaragoza, Antioquia Colombia. Se desempeñan laboralmente, en una gran proporción, como madres comunitarias del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Las edades del grupo investigado estuvieron desde los 18 hasta los 62 años. Como indicador de desarrollo humano se encuentra que el nivel de estudio más común es el bachillerato completo. Estrato socioeconómico de acuerdo al nivel de Sisben es 1 y 2. Tienen acceso a la salud en un hospital de primer nivel de la red pública hospitalaria colombiana; el hospital se denomina E.S.E. Hospital San Rafael Municipio de Zaragoza. La EPS o seguridad social en salud del grupo corresponde al régimen contributivo.

Las creencias y actitudes sobre la enfermedad la sitúan como opuestas a la salud en un 52.2%; creen que la enfermedad se manifiesta con síntomas agotamiento y dolor, tienen la percepción de que se enferma más fácilmente que otras personas. La frecuencia de ir al médico una vez cada año de manera preventiva es de un 52.2%. La creencia más asociada con la enfermedad es la angustia, la incapacidad y la muerte. (Ver tablas 1, 2 y 3).

Tabla 1. Creencias y actitudes acerca de la Enfermedad (1)

| Palabras evocadas | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------|------------|------------|
| Opuesto a salud | 1 | 4,3 |
| Agotamiento | 1 | 4,3 |
| Decaimiento | 2 | 8,7 |
| Desganado(a) | 3 | 13,0 |
| Dolor | 4 | 17,4 |
| Malestar | 4 | 17,4 |
| Total | 23 | 100,0 |

Tabla 2. Creencias y actitudes acerca de la Enfermedad (2)

| Palabras evocadas | Frecuencia | Porcentaje |
|--|------------|------------|
| Va al médico de forma preventiva por lo menos una vez al año | 12 | 52,2 |
| Cuando se enferma recurre a remedios caseros o se automedica | 4 | 17,4 |
| Se enferma por cosas de la suerte o el destino | 2 | 8,7 |
| Su salud y bienestar dependen de otras personas | 5 | 21,7 |
| Total | 23 | 100,0 |

Tabla 3. Creencias y actitudes acerca de la Enfermedad (3)

| Palabras evocadas | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------|------------|------------|
| Angustia | 8 | 34,8 |
| Desesperación | 1 | 4,3 |
| Enojo | 1 | 4,3 |
| Tristeza | 2 | 8,7 |
| Sufrimiento | 3 | 13,0 |
| Incapacidad | 4 | 17,4 |
| Muertel | 4 | 17,4 |
| Total | 23 | 100,0 |

La organización del núcleo central de la representación social de la salud para el grupo investigado se estructura así: Vida, y Bienestar. (Ver tablas 4).

Tabla 4. Núcleo central de la representación social de la salud

| Palabras evocadas | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Bienestar | 6 | 26,1 | 26,1 | 26,1 |
| Vida | 16 | 69,6 | 69,6 | 95,7 |
| Alimentación | 1 | 4,3 | 4,3 | 100,0 |
| Total | 23 | 100,0 | 100,0 | |

El análisis de la organización del núcleo central rescata las 5 primeras palabras que parecen con mayor frecuencia, siendo el número uno (1) la mayor frecuencia evocada, la evocación número dos (2) también es considerada como del núcleo central. De acuerdo a la teoría del núcleo central de Abric (1994) las palabras con mayor repetición o frecuencia y más rápidamente evocadas construyen en núcleo central de la representación. Sería la parte estructural de la misma, estable, poco cambiante y la que más refleja el contexto de las personas que la evocan, es la representación de la salud que tienen las personas participantes en el estudio.

Vida y bienestar son los elementos más sólidos y estables en la estructura de representación. Salud como vida, señala a la salud como un derecho humano, como asunto de

máxima prioridad para las personas. Bienestar se evoca como un estado, una condición de vida. Concebir la salud en términos de vida en primer lugar y de bienestar en segundo lugar, indican una posición integradora, qué concibe la salud no sólo desde lo biológico, sino también psicosocial. Representar a la salud en términos de vida y bienestar, indica que la mayoría de las personas investigadas conocen y diferencian de forma concreta las prácticas que dañan o favorecen la salud y las que no son dirigidas solamente a la salud física. (Ver tabla 4).

El sistema periférico cercano al núcleo central se organiza así: alimentación, bienestar, alegría. (Ver tabla 5).

Tabla 5. Sistema Periférico cercano al Núcleo central

| Palabras evocadas | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------------------|------------|------------|
| Bienestar | 3 | 13,0 |
| Vida | 1 | 4,3 |
| Estar bien espiritualmente | 1 | 4,3 |
| Higiene | 1 | 4,3 |
| Alegría | 3 | 13,0 |
| Amor | 1 | 4,3 |
| Ejercicio | 1 | 4,3 |
| Alimentación | 4 | 17,4 |
| Medico | 2 | 8,7 |
| Obligación | 1 | 4,3 |
| Tranquilidad | 2 | 8,7 |
| Agua | 1 | 4,3 |
| Animo | 2 | 8,7 |
| Total | 23 | 100,0 |

Este grupo de evocaciones cercanas a núcleo central asocia bienestar con alimentación y alegría; aparece la alimentación como energía, motor en el existir, implica movimiento, sentirse vivo. Un ser humano alimentado o nutrido, que desborde energía, alegría, dinamismo, goce. Este sistema periférico cercano al núcleo lo fortalece. (Ver tabla 5).

El sistema periférico alejado al núcleo central se organiza así: estar bien espiritualmente, tener trabajo, bienestar, vida, amor, medico. (Ver tabla 6).

Tabla 6. Sistema Periférico lejano al Núcleo central

| Palabras evocadas | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------------------|------------|------------|
| Bienestar | 2 | 8,7 |
| Vida | 2 | 8,7 |
| Energía | 1 | 4,3 |
| Hospital | 1 | 4,3 |
| Estar bien espiritualmente | 3 | 13,0 |
| Higiene | 1 | 4,3 |
| Tener trabajo | 3 | 13,0 |
| Amor | 2 | 8,7 |
| Ejercicio físico | 1 | 4,3 |
| Alimentación | 1 | 4,3 |
| Medico | 2 | 8,7 |
| Estar bien físicamente | 1 | 4,3 |
| Derechos | 1 | 4,3 |
| Futuro | 1 | 4,3 |
| Tener una EPS | 1 | 4,3 |
| Total | 23 | 100,0 |

Este grupo de evocaciones distantes al núcleo central, de nuevo confirman la vida y el bienestar, relacionado con alegría espiritualidad y amor. Coloca a la salud como un bien supremo, que sobrepasa lo físico en una connotación mental y espiritual, la tranquilidad como un bien. Pero, la salud se asocia también con práctica cotidiana y de responsabilidad individual. El trabajo como condición que favorece la salud, tener una ocupación, una interacción con el mundo, un intercambio donde se reciban compensaciones satisfactorias. La evocación con menor frecuencia dentro del grupo investigado es el servicio de salud, qué relaciona a los servicios médicos y hospitalarios no garantes de la salud, no propor-

cionarían bienestar. Sugiere que los servicios de salud podrían ser percibidos como paliativos para las enfermedades o el dolor, pero no como un bienestar. Dicho de otra manera, las estructuras y agentes convencionales responsables de la salud son instancias que representa lo más alejado de la representación de la vida y el bienestar, es decir de la salud. (Ver tabla 6).

3. Discusión

Pretendiendo entender en su conjunto las representaciones sociales sobre la salud del grupo investigado, se integran algunos aspectos que aparecen como significativos de los datos analizados en su conjunto.

El primer aspecto es el contexto donde viven las personas participantes en la investigación, señalan condiciones poco propicias para un desarrollo humano. La percepción de la prestación de los servicios de salud recibida en la institución del estado cercana, es señalada como de baja calidad.

El segundo aspecto son las creencias y actitudes sobre la salud de las personas investigadas. La creencia más relevante sobre la salud es que la salud es bienestar. Pero la enfermedad es opuesta a la salud o al bienestar. El bienestar en esta creencia sería el bienestar físico, es decir buscar paliar el dolor y el agotamiento. Entonces la actitud y práctica frente a la enfermedad o carencia de bienestar sería asistir a los servicios de salud o automedicarse. Se identifica aparentemente una contradicción entre lo que se cree o se percibe con lo que se práctica o se hace con respecto a la salud.

Las representaciones sociales configuradas alrededor de la salud identificada por el núcleo

Se identificó que el núcleo central se estructuró alrededor de las evocaciones más frecuentes, en este caso vida, y bienestar. La salud se constituye una prioridad, un anhelo, un bien superior, sobrepasa el bienestar físico, integra lo social, lo espiritual, y lo emocional

central y sistema periférico, enriquecen esta pretensión de entender el fenómeno investigado. Se identificó que el núcleo central se estructuró alrededor de las evocaciones más frecuentes, en este caso vida, y bienestar. La salud se constituye una prioridad, un anhelo, un bien superior, sobrepasa el bienestar físico, integra lo social, lo espiritual, y lo emocional. La representación indica que la salud es abstracta, ubicada en escala bien alta de la cotidianidad del grupo de personas de esta comunidad. El sistema periférico cercano al núcleo central confirma la representación más firme. En cambio, el sistema periférico lejano al núcleo sigue conservando la estructura del núcleo, pero le agrega el estar bien espiritualmente para tener vida y bienestar. La espiritualidad de este grupo de personas pueden ser creencias individuales que están siendo representadas de manera importante en las representaciones colectivas, sugiere una representación que podría estar cobrando fuerza. Así mismo las representaciones de la salud ubicadas en el sistema periférico alejado del núcleo central evocan el tener trabajo como una representación importante para este grupo de personas. Por último, el sistema periférico evoca a los servicios de salud con la

más baja frecuencia de las representaciones alejadas del núcleo central. En el intento por explicarlo, podría decirse que obedece a particulares individuales o a experiencias del grupo sobre la salud, pero no de la salud en abstracto, sino de la salud cotidiana o de los servicios que se le prestan cuando los han requerido en el centro de salud cercano. Este elemento constitutivo del sistema periférico alejado del núcleo, no obstante, es una representación importante en el contexto de todos los datos en general.

Relacionando todos estos aspectos, se tiene que la percepción de la calidad de los servicios de salud es regular para la mayoría del grupo investigado, pero se recurre a ellos o a la automedicación, empero que la representación nuclear y abstracta de la salud sea la vida y bienestar, en la realidad la representación obedece a la necesidad de ser paliado el dolor, es decir en la enfermedad cómo malestar, cómo angustia del cuerpo físico, el temor a la muerte. En otras palabras, se identifica a la salud en oposición a la enfermedad, y se vincula la salud con la necesidad de disminuir la angustia, el sufrimiento y la incapacidad física, así como el temor a la muerte; esto de manera individual, por eso se acude a los servicios médicos asistenciales o a la automedicación; pero colectivamente se tiene una idea de Salud en más allá de la enfermedad, en un ideal de bienestar por fuera de la realidad.

4. Conclusiones

Los datos observados en el análisis estructural de la representación social sobre la salud, no permiten generalizar sobre la salud de todos los colombianos. Posibilita identificar, describir y comprender un tanto las condiciones de aten-

ción en salud y la percepción de calidad de los servicios de salud del grupo investigado.

La percepción de los servicios de salud es deficiente en cuanto a su calidad. Creen en una gran proporción que la salud depende de sí mismo y de otras personas distintas al médico o los servicios de salud. Otra proporción de las personas investigadas recurre a remedios caseros o se auto medica cuando se enferman.

La organización del núcleo central de la representación social de la salud, para el grupo investigado se identificó como Vida y Bienestar, estos son los elementos más sólidos y estables. Salud como vida, ubica a la salud como un derecho humano, como asunto de máxima prioridad para las personas. Bienestar se evoca como un estado, una condición de vida. Concebir la salud en términos de vida y de bienestar, indican una posición integradora, que contempla a la salud no sólo desde lo biológico, sino también lo psicosocial.

Cabría admitir a modo de reflexión que el sentido común de una comunidad como la investigada identifican y denotan unas ideas y significaciones de salud como derecho humano, más allá de la enfermedad, capaz de generar bienestar y vida digna. Esta representación social de la salud sugiere pensar acerca del modelo de salud en Colombia, y especialmente en su práctica que ha tenido como único objetivo la enfermedad, desconociendo la influencia social y psicológica en el estado de salud de las personas y las comunidades.

La orientación de la investigación era descriptiva. No obstante, la revisión de estudios sobre las representaciones sociales de la salud, desde diversos enfoques, reflejan hallazgos parecidos que podríamos mencionar solamente sin inten-

ción de comparar. El bienestar como evocación central y los servicios asistenciales médicos en el sistema periférico son identificados en otros estudios (Knapp, León y Mesa, 2003). La salud en el núcleo central como un derecho universal, con igualdad entre todos, son relacionados por un grupo de mujeres (Comes y Stolkiner, 2005). El bienestar físico, psicológico, espiritual, higiénico y la percepción de la salud como proceso dinámico también son hallazgos en otros estudios (Herrera y González, 2008). La salud como un estado de equilibrio entre aspectos mentales, materiales, espirituales, emocionales y el trabajo, son asociados en un grupo de jóvenes (Vergara, 2009). La salud y la enfermedad muestran una visión global de aspectos biomédicos y emocionales (Torres, T et al, 2010).

Finalmente, luego del ejercicio de investigar de esta manera en torno a las representaciones sociales que un grupo de personas concebían de algunos elementos de su contexto, se insinúan algunas reflexiones: no existe una manera ideal que pueda ponerse en práctica para conocer las creencias y actitudes de las personas sobre el mundo que los rodea. El enfoque estructural de las representaciones sociales lo intenta con algún éxito, sobre todo en disminuir la interpretación por parte del investigador y posibilitar el análisis de los resultados. Pero algunas producciones significativas como por ejemplo las vivencias y emociones de los participantes no alcanzan a ser descritas y connotadas suficientemente en una investigación con este enfoque. Cabría pensar que un enfoque procesual o un enfoque mixto (si existiera formalmente) enriquecería investigaciones como ésta. Por supuesto se debería dejar atrás los dilemas científicos sobre la orientación antigua de pensar en un enfoque procesual para las investigaciones cualitativas y el enfoque estructural para las

cuantitativas en el campo de la teoría de las representaciones sociales.

Este intento de indagación de representaciones sociales en comunidades, tiene el reto a futuro en mejorar métodos e instrumentos para identificar con mayor certeza la organización de las estructuras de las representaciones sociales.

Referencias

- Abric, J.C. (1994) Metodología de recolección de las representaciones sociales. En *Pratiques sociales et Représentations*. Traducción al español por José Dacosta y Fátima Flores (2001). *Prácticas Sociales y Representaciones Sociales*. Ediciones Coyoacán: México.
- Abric, J.C. (1994) Metodología de recolección de las representaciones sociales (Trad. J. Dacosta y F. Flores). En: J.C. Abric (Ed.). *Pratiques sociales et Représentations* (pp. 53-74). Ediciones Coyoacán: México.
- Abric, J.C. (2001). *Las representaciones sociales: aspectos teóricos*, en J. C. Abric, *Prácticas sociales y representaciones*, México, Ediciones Coyoacán.
- Álvarez, L; Acevedo A. y Duran, A. Representaciones sociales de la salud y de la enfermedad en pacientes hospitalizados de Bucaramanga y Floridablanca, Colombia. *Revista Universitas Médica*. 2008; vol. 49, núm. 3, julio-septiembre, pp. 328-343. Recuperado el día 16 mayo de 2014 de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231016421004>
- Araya, S. (2002) Las representaciones sociales. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). Sede Académica Costa Rica.
- Banchs, M. (2000), "Aproximaciones Procesuales y Estructurales al estudio de las Representaciones Sociales", en *Papers on Social Representations*, 9, 3.1- 3.15.
- Cardona J. (2010). Representaciones sociales de calidad de vida relacionada con la salud en personas con VIH/SIDA, Medellín, Colombia. *Revista*

salud pública, 12 (5): 765-776. Recuperado de <http://www.scielo.org/scielo.php>

Cardona, A. y Rivera, Y. (2012). Representaciones sociales sobre medicina tradicional y enfermedades foráneas en indígenas EmberaChamí de Colombia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(3):471-483. Recuperado de <http://scielo.sld.cu>

Comes, Y. y Stolkiner, A. (2005). Representaciones sociales del derecho a la atención de la salud de un grupo de mujeres pobres. *Facultad de psicología - uba*. 23(5): 211-219. Recuperado el día 12 Septiembre de 2015 de <http://www.scielo.org.ar/pdf>

Cumbre de Río de Janeiro (1992). *Agenda 21*. de <http://www.un.org/spanish/esa/sustdev/agenda21/riodeclaration.htm>

Escalante, E. y Caro, A. (2002). Análisis y tratamiento de datos en SPSS. Ediciones Universidad de Playa Ancha de Ciencias de la Educación. Recuperado el día 15 mayo de 2015 de <https://www.bibliotecadigital.uda.edu.ar>

Escalante, E. (2009). Una nota metodológica sobre los análisis cualitativos. El análisis de las relaciones entre los elementos: el análisis de las frecuencias y co-ocurrencias. *Rev Theoria*, Vol. 18 (1): 57-67 recuperado el día 15 mayo de 2015 de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29911857006>

Escalante, E. y Páramo, M. (2011). Aproximación al análisis de datos cualitativos: aplicación en la práctica investigativa, - 1a ed. - Mendoza : Universidad del Aconcagua. Recuperado el día 15 mayo de 2015 de <https://www.bibliotecadigital.uda.edu.ar>

Espinosa, A. (2013). La paradoja de la salud y el modelo médico hegemónico. *Rev Cubana de Salud Pública*, 39(1) 1-3. Recuperado el día 5 de mayo de <https://www.scielo.sld.cu>

González, F; Puello, E. y Díaz, A. (2010). Representaciones Sociales sobre la Salud y Enfermedad Oral en familias de La Boquilla Cartagena-Colombia. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 3(1), 27-33. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/scielo>

González, F; Hernández, L. yCorrea, K. (2013). Representaciones sociales sobre higiene bucal en madres y cuidadores de hogares infantiles.

Revista Cubana de Salud Pública, 39(1), 59-68. Recuperado de <http://scielo.sld.cu>

Herrera, L. y González, I. (2008). Representación social de la salud en estudiantes de 3er año de la carrera de mecánica y psicología. *Pedagogía Universitaria*, 13(3), 115-135. Recuperado de <http://biblioteca.unicafam.edu.co>

Herrera, JI. y Torres, T. (2012) Las representaciones sociales de la salud y enfermedad en el trabajo de jornaleros agrícolas del Municipio de Aguililla, Michoacán. *Revista Interamericana de Educación de Adultos*, Vol 34 No 2. Recuperado de <http://www.tumbi.crefal.edu.mx/rieda/imagenes/rieda>

Herrera, N; Gutiérrez, M; Ballesteros, M; Izzedin, R; Gómez, A y Sánchez, L. (2010). Representaciones sociales de la relación médico paciente en médicos y pacientes en Bogotá, Colombia. *Revista salud pública*, 12(3), 343-355. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/scielo>

Jodelet, D. (1984). La representación social: fenómenos, conceptos y teoría. En Moscovici, S. *Psicología social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*. Barcelona-Buenos Aires-México: Paidós. Recuperado de <http://www.flacso.or.cr/fileadmin/documentos/FLACSO/Cuaderno127.pdf>

Knapp, E; Suarez, M y Mesa, M. (2000) Aspectos teóricos y epistemológicos de la categoría representación social. *Revista cubana de psicología*. 20 (1), 23-34

Knapp, E; León, Y. y Mesa M. (2003). Representación social de la salud humana. *Revista cubana de psicología*, 20 (2), 153-164. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php>

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Recuperado de <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/SaludPublica.aspx>

Moliner, P. (2005). La teoría del núcleo matriz de las representaciones sociales. En Rodríguez, T. y García, M. L. (Coords.). *Representaciones sociales. Teoría e investigación* (2007). Universidad de Guadalajara Centro Universitario de Ciencias Sociales y Humanidades Editorial cucsh-udg. Recuperado de <https://taniars.files.wordpress.com>

Moscovici, S. (1979) *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires, Argentina: Huemul S.A.

- Moscovici, S. (1991). *La Psicología Social I*. Barcelona, España: Paidós.
- Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud, 1948. Recuperado de http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/s-bd46_p2.pdf
- Popovich, R. (2003 19 de abril). Denise Jodelet: Vigencia de las representaciones sociales y su incidencia en las prácticas profesionales. Recuperado de <http://po.rtal.educ.ar/noticias/entrevistas/dra-denise-jodelet>
- Rateau, P. y Lo Mónaco, G. (2013) La Teoría de las Representaciones Sociales: Orientaciones conceptuales, campos de aplicaciones y métodos. *Revista CES Psicología*, 6(1), 22-42.
- Rodríguez, M. (2009) Representación social de la prevención de enfermedades en la atención primaria de salud. *Revista cubana de Medicina General Integral*, 25(3):55-66. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/scielo.php>
- Rodríguez, M. y Echemendía, B. (2011). La prevención en salud: posibilidad y realidad *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 49(1):135-150. de 2014 de <http://scielo.sld.cu>
- Rodríguez, T. y García M. (2007). Sobre el estudio cualitativo de la estructura de las representaciones sociales. Universidad de Guadalajara Centro Universitario de Ciencias Sociales y Humanidades Editorial cucsh-udg. Recuperado de <https://taniars.files.wordpress.com>
- Rodríguez, T. (2011). Discusiones teórico-metodológicas sobre el carácter contextual de las representaciones sociales. *Revista Sinectica México*.36. Recuperado www.sinectica.iteso.mx
- Torres, T; Munguía, J; Pozos, B y Aguilera, MA. (2010) Representaciones sociales sobre la salud y la enfermedad de la población adulta de Guadalajara, México. *Revista Aten Primaria*. 42(3):154-161. Recuperado de <http://www.elsevier.es/ap>
- Tosoli, A; Oliveira, D. y Pereira de Sa, C. (2008) Representaciones sociales del sistema único de salud en el municipio de Río de Janeiro, Brasil, según el enfoque estructural. *Revista Latinoamericana de Enfermería*, 16(1). Recuperado de www.eerps-usp.br/rlae
- Vergara, M. (2009) Representaciones sociales sobre salud, de algunos grupos de jóvenes de Manizales, Colombia. *Rev.latioam.cienc.soc.niñez juv* 7(1): 105-133. Recuperado de <http://www.umanizales.edu.co/revistacinde>

