

**REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE LA SALUD DE UNA COMUNIDAD
RURAL DE UN MUNICIPIO DE ANTIOQUIA**

INFORME DE TESIS DE MAESTRIA

JHONY ALBERTO MORENO REQUENA

TUTORA:

YICEL NAYROBIS GIRALDO

**MAESTRIA EN EDUCACION Y DESARROLLO HUMANO
CENTRO DE ESTUDIOS AVANZADOS EN NIÑEZ Y JUVENTUD UNIVERSIDAD
DE MANIZALES - CINDE**

SABANETA

MAYO DE 2016

**REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE LA SALUD DE UNA COMUNIDAD
RURAL DE UN MUNICIPIO DE ANTIOQUIA**

POR

JHONY ALBERTO MORENO REQUENA

TUTORA:

YICEL NAYROBIS GIRALDO

**Trabajo de investigación para optar el título de Magíster en educación y
Desarrollo Humano**

MAESTRIA EN EDUCACION Y DESARROLLO HUMANO

**CENTRO DE ESTUDIOS AVANZADOS EN NIÑEZ Y JUVENTUD UNIVERSIDAD
DE MANIZALES - CINDE**

SABANETA

MAYO DE 2016

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS

“Este hombre que hoy está cantando para ustedes (graduándose), fue como todos en la infancia, un soñador...” (Fragmento de canción del folklor vallenato).

A mi familia, por el apoyo.

A la tutora, por el acompañamiento oportuno.

Al grupo comunitario, por su colaboración en el desarrollo de la investigación.

TABLA DE CONTENIDO

1.	PRESENTACION	4
2.	DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	5
3.	RUTA CONCEPTUAL	8
3.1.	Concepto de Desarrollo Humano y su relación con la Salud	8
3.2.	La salud como fenómeno social	11
3.3.	La teoría de las Representaciones sociales y su relación con la salud.	13
4.	OBJETIVOS	16
5.	DISEÑO METODOLOGICO	17
6.	PROCESO DE ANÁLISIS DE INFORMACIÓN	22
7.	PRINCIPALES HALLAZGOS	24
8.	DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	39
9.	PRODUCTOS GENERADOS	41
10.	BIBLIOGRAFIA	42
11.	ANEXO 1. ARTÍCULO LA TEORÍA DEL NÚCLEO CENTRAL DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES, METODOLOGIA Y TÉCNICA DE ANALISIS DE FRECUENCIA DE DATOS	49
12.	ANEXO 2. ARTÍCULO REPRESENTACIONES SOCIALES DE UNA COMUNIDAD RURAL DE COLOMBIA	64
13.	ANEXOS 3,4,5, 6, 7 y 8: INSTRUMENTOS Y EVIDENCIAS	85

REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE LA SALUD DE UNA COMUNIDAD RURAL DE UN MUNICIPIO DE ANTIOQUIA

1. PRESENTACION

Cuando se identifican o se describen, se logran comprender mejor sobre las problemáticas sociales. 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. La salud es una representación social. Se han construido creencias y prácticas en torno a la salud. Este trabajo describe las representaciones sociales que se han configurado alrededor de la salud de un grupo de 23 personas de género femenino de una comunidad rural de Colombia.

Se Identificó las representaciones sociales sobre la salud de una comunidad rural de Antioquia, Colombia. Para este estudio se usó el enfoque estructural o 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. Estudio no experimental, sin riesgo para la salud o integridad física. Todas las participantes firmaron el consentimiento informado. La representación social de la salud para el grupo investigado se estructuró así: vida, y bienestar. Vida y bienestar son los elementos más sólidos y estables en la estructura de la representación. Salud como vida, señala a la salud como un derecho humano fundamental, como asunto de máxima prioridad para las personas participantes en la investigación.

2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El contexto de esta investigación tiene directa relación con el concepto de salud promovido por la Organización Mundial de la Salud – OMS-. Particularmente, la salud se define como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, 1948). Esta definición tiene alcance global y fue ratificada por casi todos los países del mundo, incluido Colombia. En la Cumbre de Rio de Janeiro (1992), la salud se concibe, además, como la capacidad de controlar la interacción entre el medio físico, espiritual, biológico, económico y social. Ambas definiciones amplían los referentes de la salud y permiten comprenderla como un estado que supera el padecimiento de la enfermedad y el reconocimiento de la interacción de varios factores que intervienen en su control.

De acuerdo a lo anterior, la salud es un fenómeno social que solo puede ser explicado teniendo en cuenta que se trata de una estructura de alto grado de complejidad como son los hechos humanos en el que confluye una elevada cantidad de factores con fuerte interacción entre ellos. Factores reconocidos que intervienen sobre la salud son los sociales, políticos, económicos, culturales y científicos. La salud como una síntesis de una multiplicidad de procesos, de lo que acontece con la biología del cuerpo, el ambiente que nos rodea, con las relaciones sociales, con la política y también con la económica global (Alcántara 2008).

Así mismo, la salud es una representación social y cultural. Esta afirmación nos permite asumir que la salud, como representación, es construida y compartida por una comunidad, al permear sus concepciones y prácticas. Es por lo anterior, que el problema de la salud no solo involucra al individuo sino también a la sociedad de la que hace parte. Es por esto que una forma de conocer, interpretar y comprender la salud es a través de las representaciones sociales (Vergara, 2009).

Adicionalmente, la salud se ha definido como un derecho humano que, si bien es concebido formalmente a través de documentos legales, aún existen enormes brechas sociales en torno a este tema con los ciudadanos. No se observa la salud como requisito básico para una vida digna, en lo que para Nussbaum (2012) en las capacidades humanas centrales, serían la vida, la salud física y la integridad física.

Aunque la salud sea considerada un derecho humano fundamental en la constitución política colombiana, parece ser que sólo trata de cumplirse como un derecho contractual de recibir unos servicios que resulta insuficiente para el derecho a la salud, en su acepción más amplia (Hernández, 2010). El problema de salud se puede visibilizar por la calidad de los servicios de salud, denunciados y reclamados por las comunidades que hoy tienen un poco más de conocimientos que en tiempos anteriores, se sabe que la salud es un derecho humano. Se reconoce que la buena salud no depende únicamente de las intervenciones médicas, sino de un cúmulo de determinantes como: condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales, condiciones de vida y de trabajo, acceso a servicios de atención de salud, Influencias comunitarias y soporte social, factores individuales y preferencias en estilos de vida. Así mismo se identifican unos determinantes sociales de la salud que se relacionan con la salud-enfermedad en el entorno de las personas, que tienen ver con nacer, crecer, vivir, trabajar y envejecer; qué cuando pudieran ser abordadas, reducirían las inequidades sociales (OMS, 2005).

Colombia cuenta con una significativa proporción de sus habitantes en zonas rurales. Según los datos del Departamento Nacional de Estadística (DANE, 2013), la población rural en Colombia es del 32% y la pobreza en el sector rural es del 46.8% lo que representa un importante porcentaje de personas que viven en condiciones precarias y adversas, exacerbadas por la experiencia de un conflicto armado de larga duración. Según varios estudios, la pobreza como fenómeno social se acentúa en el campo. El índice GINI que mide la desigualdad fue para el año 2014 de 0.538, para el año 2013 y 2012 de 0.539 (PNUD, 2014), se mantiene sin variaciones a lo largo de los años. Implica desigualdades no solo del ingreso económico sino también desigualdades entre hombres y mujeres de acceso a educación y salud.

La población rural de Colombia está conformada por campesinos pobres, pequeños, medianos y grandes propietarios, pescadores, artesanos, mineros, indígenas y comunidades afrodescendientes (PNUD, 2014). Esta población rural, sobre todo aquella que está conformada por campesinos, pescadores, artesanos, mineros, indígenas y comunidades afrodescendientes, ha sido objeto de una exclusión social histórica en relación con la población urbana. Un indicador de necesidades básicas insatisfechas muestran que en las poblaciones rurales en promedio la pobreza es 2.3 veces mayor que en las áreas urbanas. Por ejemplo, existe mayor riesgo de enfermar y morir en áreas rurales que en las urbanas (Pineda, 2012).

Es por lo anterior, que se hace necesario comprender, de manera amplia, la equidad como dar a cada uno lo que corresponde de acuerdo a sus necesidades, sin favorecer a uno y perjudicando al otro, por lo que alude a los medios razonables sociales, económicos, políticos que se emplean para reducir las brechas entre las personas o grupos. Este debería ser una prioridad, sobre todo, para mejorar los servicios de salud hasta las condiciones de vida de los sectores rurales, en cuyo caso la prestación de servicios de salud es poco oportuna e ineficiente.

La salud en Colombia está enmarcada dentro de contradicciones, se puede observar, por ejemplo, en que mientras se aumenta la cobertura, es decir, se brinda más servicios de atención, la calidad disminuye y se registran cada vez más insatisfacciones en la población, relacionadas con su salud percibida y su bienestar (Espinosa, 2013; Menéndez, 2005).

En el modelo de salud colombiano se reconocen unos rasgos básicos como son: el biologismo, la salud y la enfermedad en el plano de la oferta y la demanda, el asistencialismo dentro de muros o edificios, las prácticas curativas basadas en la paliación del dolor, y la escasa aplicación de programas preventivos. Cuando se privilegia el modelo biomédico, la enfermedad se reduce y fragmenta por lo que se intenta aislar para su diagnóstico y tratamiento. Las personas reciben tratamientos para mejorar los síntomas de las enfermedades, pero ello no representa, necesariamente, mejoras en los niveles de calidad de vida.

Los problemas relacionados con la salud afectan la calidad de vida de las comunidades. Se identifican algunas investigaciones en Colombia sobre la salud: representaciones sociales sobre la salud y enfermedad oral de grupos poblacionales en Colombia (González, Puello y Díaz, 2010; González, Hernández y Correa, 2013), representaciones sociales sobre medicina tradicional y enfermedades foráneas en indígenas (Cardona y Rivera, 2012), representaciones sociales de pacientes hospitalizados (Herrera, Gutiérrez, Ballesteros, Izzedin, Gómez y Sánchez, 2010; Álvarez, Acevedo y Duran, 2008; Cardona, 2010).

En el contexto latinoamericano, las representaciones sociales en salud han sido abordadas de la siguiente forma: 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 y González (2008) acerca de las representaciones sociales como marco conceptual apropiado para abordar la salud. Finalmente, Torres, Munguía, Pozos y Aguilera (2010) y Herrera y Torres (2012) describen experiencias recientes sobre las representaciones sociales de la salud con enfoque estructural.

Si bien existen estudios sobre las representaciones sociales en salud, aún hay vacíos en torno al tema y, sobre todo, en lo que respecta al trabajo con poblaciones rurales, teniendo en cuenta los desafíos que un país como Colombia nos plantea. A esto se suma la necesidad de seguir indagando por los conocimientos socialmente construidos sobre el tema de salud entre las comunidades, en este caso, las poblaciones rurales, las cuales han estado expuestas a muchas de las situaciones anteriormente mencionadas.

De acuerdo a lo expresado la pregunta de investigación se formula en los siguientes términos: ¿cuáles son las representaciones sociales de salud que tienen los habitantes de una población rural ubicada en el departamento de Antioquia? Esta pregunta sugiere el desarrollo de un trabajo de investigación en el que se privilegia la comprensión de los fenómenos sociales, más allá de la descripción o la explicación. La teoría de las representaciones sociales cuando se incorpora a la comprensión de las dimensiones culturales de los procesos salud-enfermedad, puede contribuir a la reflexión sobre la complejidad del encuentro ciencia y sentido común.

3. REFERENTE CONCEPTUAL

3.1. Concepto de Desarrollo Humano y su relación con la Salud

El concepto de desarrollo es una construcción histórica de las sociedades pensando en el presente y el futuro, va cambiando a medida que va cambiando el mundo y sus necesidades. Cuando se alude al desarrollo se establecen prioridades para los colectivos sociales; algunas organizaciones gubernamentales o corporaciones globales establecen esas prioridades y las convierten en políticas a seguir. Cuando se habla de desarrollo humano se relaciona el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) que, desde los años ochenta, enfocó

inicialmente el desarrollo humano como indicadores de crecimiento económico (Muñoz, 2011).

El concepto de desarrollo humano ha ido evolucionado en el tiempo quizás por influencia de pensadores humanistas, es así que desde el PNUD para el 2012, y el PNUD para el 2014 se define el desarrollo humano como un proceso en el cual se amplían las posibilidades del ser humano dentro de los espacios democráticos y participativos. Significa crear un entorno en el que las personas puedan hacer plenamente realidad sus posibilidades y vivir en forma productiva y creadora de acuerdo con sus intereses. Las capacidades esenciales del desarrollo humano tendrían que ver con el poder disfrutar de una vida prolongada, tener acceso a los recursos necesarios para lograr un nivel de vida decente, adquirir conocimientos, y poder participar en la vida de la comunidad (PNUD, 2012). El desarrollo humano está ligado al proceso vital del ser humano para satisfacer sus necesidades, a la manera como expresa sus vivencias y su interrelación con el ambiente y con los otros y a las oportunidades que tiene para acceder a los bienes y servicios dispuestos por la sociedad (Pineda, 2014).

De acuerdo con Nussbaum (2012, citado por Monereo, 2014), las necesidades de los ciudadanos y las ciudadanas con respecto a sus propias vidas es una omisión dentro de la concepción y direccionamiento que se le ha dado al desarrollo humano. El pensamiento de desarrollo humano es una orientación humana y moral, una pretensión de justicia humana, porque sin justicia no sirve el crecimiento económico. Las entidades que lideran las políticas públicas tienen el deber de convocar la participación hacia la construcción de una sociedad donde se garanticen derechos fundamentales que posibiliten la inclusión social y la ampliación de las capacidades humanas y de garantizar la realización de los derechos humanos y transitar hacia el círculo virtuoso de equidad social, libertad y desarrollo. Es por lo anterior que la protección de la salud instrumentalizada a través del sistema de salud es condición necesaria para el desarrollo de la vida que cada individuo tiene como umbral mínimo de justicia. La meta socialmente aceptable sería que cada ciudadano percibiera la salud por encima del grupo de capacidades humanas básicas (Vélez, 2015).

El concepto de salud cambia dentro de las sociedades, depende de las estructuras de poder, técnicas, ideas, valores, costumbres, creencias y normas. La Salud

entonces es un producto o construcción social, planteamiento que proviene de Durkeheim (citado por Ritzer, 2002; Alcántara, 2008).

La salud está relacionada con la enfermedad como un binomio. Representan la unión de dos conceptos ubicados en los extremos del proceso salud-enfermedad, como dos áreas entrelazadas que se tocan y se diferencian al mismo tiempo (Alcántara, 2008). Unión que aparece evidente en el modelo biomédico, criticado por su tendencia deshumanizante y por su excesiva racionalidad técnico-instrumental, casi siempre interesada por la enfermedad, desde el que se adopta una posición contraria a la salud, de espaldas a las mediaciones culturales y sociales que acompañan el sufrimiento humano (Quevedo, 1992 citado por Vergara, 2007).

El desarrollo humano y la salud están ligados: la salud es uno de los pilares del desarrollo humano, y el desarrollo humano cuenta con indicadores, como el de salud, para afirmar que una sociedad cuenta con condiciones de vida digna y justa. La salud como proceso dinámico influye y es un factor determinante en la sociedad.

La salud se relaciona con el desarrollo humano a través de los determinantes de la salud. Existen cuatro campos de influencia sobre la salud: biología humana, estilo de vida, ambiente y organización de los servicios. La salud está determinada por las interacciones complejas entre las características individuales, los factores sociales y económicos y los entornos físicos, por lo que mejorar la salud es una responsabilidad compartida que requiere el desarrollo de políticas públicas saludables fuera del sistema tradicional de salud (Muñoz, 2011).

Los determinantes de la salud se vinculan con las políticas sociales y económicas a través del desarrollo, porque las poblaciones dependen, en gran medida, de elementos asociados a la organización social sobre todo los que tienen que ver con el aseguramiento de la equidad y al mejoramiento constante de la calidad de vida de las personas, así como la participación y la responsabilidad compartida socialmente del cuidado de la salud de todos (Muñoz, 2011).

3.2. La salud como fenómeno social

En la naturaleza, la salud y la enfermedad no existen como tal sino como un fenómeno biológico que sólo puede distinguirse porque rompe cierto equilibrio. Pero si no es observado por un humano, este fenómeno no podría registrarse o tener algún sentido. El individuo y la sociedad otorgan a un evento ciertas cualidades por ejemplo la de estar sano o enfermo. La salud y la enfermedad son condiciones sociales, culturales y económicas que toda sociedad procesa a través de sus formas de enfermar, curar y morir. La salud en tanto es nombrada en la sociedad es un fenómeno de la sociedad (Restrepo, 2011).

Plantear la salud como fenómeno social implica pensar a la salud entorno a la realidad social. La realidad social está constituida por el conjunto de todos los objetos culturales e institucionales sociales que dan lugar a la existencia cotidiana de los hombres, lo cual supone la intercomunicación y el lenguaje; en este sentido, el objetivo de las ciencias sociales es alcanzar un conocimiento organizado de dicha realidad social (Schütz, 1974, citado por Restrepo, 2011). Desde la perspectiva de las ciencias sociales, se asume la salud como un fenómeno significativo, que no es externo al hombre, a la cultura y a la sociedad, sino que es constitutivo y constituyente de lo humano, lo cultural y lo social. La salud entendida como un fenómeno social, sólo puede ser comprendida como una construcción simbólica que emerge en el conjunto de relaciones sociales entre sujetos que, en un contexto histórico particular, comparten unos valores, unos significados y una prácticas en torno al cuerpo, al bienestar, y a la enfermedad, a la vida y a la muerte (Restrepo, 2011).

Es posible pensar que la salud como fenómeno social ha tenido un curso histórico. Desde cualquier punto de partida temporal podríamos encontrar que las personas se enferman, y que esto ha debido preocupar a las propias personas cuya salud se afectaba y también a los gobernantes o grupos que ostentaran el poder. En tiempos más conocidos desde la revolución industrial la salud como fenómeno social se ha venido identificando, cuando surge la masa laboral y los accidentes propios del oficio industrial. El siglo pasado con su desarrollo tecnológico propuso una mirada biomédica de la salud, como un problema del individuo con la enfermedad que se soluciona con la atención médica, para equilibrarlo y devolverlo a las actividades productivas.

Un enfoque social distinto al biomédico surgió en un tránsito y discusión de diferentes ramas del saber cómo consecuencia de una práctica social que aborda la relación entre el desarrollo social y la salud. La salud como fenómeno social está inmersa en el análisis de factores como: pobreza, globalización, inequidad, migración deuda, privatización, entre otros factores (Gonzales, 2011). La salud debe ser considerada como un sistema social, no sólo sistemas de atención médica curativa.

Cuando hablamos de lo social de la salud, es posible pensar que puede existir un factor no social de la salud. Tal vez si proponérselo, la explosión tecnológica del siglo anterior señaló un camino a la salud desde el diagnóstico, y tratamiento de la enfermedad. Se diseñaron equipos y dispositivos para el diagnóstico, se elaboraron fármacos para los diversos malestares. A pesar de estos las enfermedades no se han podido derrotar, al contrario aparecen con mayor fuerza, se habla de enfermedades emergentes y reemergentes. Los gérmenes por ejemplo, son cada vez más resistentes a los antibióticos creados con la tecnología moderna. Se señala que existe evidencia de que el aporte de la medicina y la atención médica curativa es muy limitada y que invertir más recursos en ésta no producirá grandes mejoras en la salud de la población (Rojas, 2004).

Por otro lado no es posible pensar que pueda existir un factor no social de la salud, toda vez que cualquier práctica humana está vinculada con la sociedad. Es difícil desconocer que procedimientos médicos exitosos en algunos individuos no afecten a la sociedad, o que el financiamiento económico de organizaciones y corporaciones multinacionales sobre la biotecnología no impacten a la sociedad.

En esta perspectiva no podría hablarse de problemas de salud sociales y no sociales, sino que los problemas de la salud están inmerso en lo social, y lo social tiene muchas dimensiones, una de ellas la dimensión biomédica, otra la dimensión socio cultural.

Ubicándose desde lo social el sector salud no puede actuar solo, porque la mayoría de los factores que se han identificados como determinantes de la salud están fuera de su competencia, requiere un abordaje intersectorial e interdisciplinar. Lo social implica adoptar políticas públicas saludables con la

participación de sectores económico, laboral, educación, vivienda, deportes, recreación, cultura, y muchos otros. Un factor social que influye sobre la salud, es la pobreza. En la época actual la producción de bienes y servicios que produce la riqueza con la ayuda de la tecnología, ha aumentado paradójicamente la inequidad hasta límites incompatibles con la dignidad humana. El mundo desarrollado realiza esfuerzos mínimos o ineficientes para mejorar el acceso a la salud, educación y alimentación de millones de personas (González, 2011).

3.3. La teoría de las Representaciones sociales y su relación con la salud.

Desde los años noventa se inicia un interés en estudiar la salud desde las representaciones sociales individuales y colectivas. Se encuentra que los individuos se expresan acerca de la salud y la enfermedad en un lenguaje elaborado a partir de la relación que establecen con los contextos sociales cercanos. El análisis de la salud y la enfermedad es, entonces, el resultado de procesos sociales, de elaboraciones de individuos y grupos (Viveros, 1993 citado por Vergara, 2007).

Las representaciones sociales tienen un amplio soporte teórico que permiten la aproximación a la investigación de individuos y 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 la 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).

Por su parte, Jodelet (1984) define las representaciones sociales como la manera en que los sujetos sociales, aprehenden los acontecimientos de la vida diaria, las características del medio ambiente, las informaciones que en él circulan, a las personas del entorno próximo o lejano. En pocas palabras, se trata del conocimiento espontáneo, ingenuo que habitualmente se denomina conocimiento del sentido común o bien pensamiento natural por oposición al pensamiento científico. Para Jodelet (1984), este conocimiento se constituye a partir de la experiencia, pero también de las informaciones, conocimientos y modelos de

pensamiento que se reciben y transmiten a través de la tradición, la educación y la comunicación social. De este modo, ese conocimiento es en muchos aspectos un conocimiento socialmente elaborado y compartido. Bajo sus múltiples aspectos intenta dominar esencialmente el entorno, comprender y explicar los hechos e ideas que pueblan el universo de la vida o que surgen en él, actuar sobre y con otras personas, situarse respecto a ellas, responder a las preguntas que plantea el mundo, saber lo que significan los descubrimientos de la ciencia y el devenir histórico para la conducta de la vida (Jodelet, 1984).

El concepto de representación social se refiere a los objetos sociales que son clasificados, explicados y evaluados por las personas. Según Jodelet (1984), las personas representan un equivalente de los objetos. Las personas explican el mundo que les rodea mediante procesos cognitivos. Es por lo anterior que las representaciones sociales sintetizan estas explicaciones y producen inferencias o conocimientos de sentido común. Este conocimiento de sentido común es conocimiento social porque está socialmente elaborado, e 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. Como representaciones sociales se puede entender los movimientos de las interacciones sociales y aclarar los determinantes de las prácticas sociales, pues la representación, el discurso y la práctica se generan mutuamente (Abric, 1994, citado por Araya, 2002).

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 de los más elementos que dan significado a la representación (Abric, 1994, citado por Araya, 2002).

La realidad social y su proceso de construcción es conceptualizada en varios momentos por Durkeheim, Schütz y Husserl (Ritzer 1997, citado por Araya, 2002). Pero más específicamente, Berger y Luckmann, 1991 (citado por Araya, 2002), conceptualizan la construcción social de la realidad como la tendencia fenomenológica de las personas a considerar los procesos subjetivos como realidades objetivas. El mundo de la vida diaria se da como realidad, se impone sobre la conciencia de las personas como una realidad contundente. En el ambiente cultural en que habitan las personas, el rol social, y las experiencias concretas con las que se enfrentan a diario influyen en su forma de ser, su identidad social y la forma en que perciben la realidad social.

Según Moscovici (1989), los hechos sociales no determinan las representaciones como una fuerza externa que hace impacto sobre los individuos que la componen. La sociedad, los individuos y las representaciones son construcciones sociales. Las representaciones sociales nos afectan y se construyen constantemente en la vida cotidiana.

Con respecto al tema de la investigación, la representación social de la salud se transforma en conocimientos y estos conocimientos en comportamientos de cuidado y autocuidado. Podría decirse que se construyen estructuras mentales culturales, estructuras simbólicas que, a su vez, se convierten en estructuras de pensamiento y marcos de referencia en los que se interpretan los acontecimientos que nos afectan o estimulan la percepción. Se organiza así un pensamiento específico para todo tipo de acontecimientos cotidianos. La percepción de la salud y la enfermedad obedecen también a estas reglas. Las creencias de las personas posibilitan que los comportamientos se mantengan. En los comportamientos saludables o no, las creencias arraigadas hacen difícil que se deshagan estas expresiones culturales.

Las representaciones sociales de la salud, al igual que toda construcción social, se organizan en el lenguaje, en las interacciones simbólicas que se establecen entre los sujetos que perciben el entorno que los afecta y actúan de acuerdo a ello, constituyéndose luego en comportamientos identificables culturalmente (Moscovici, 1993).

Banchs (2002) plantea que, dentro de la ciencia y el sentido común de Moscovici, se encuentra la relación entre representaciones sociales y salud. Encuentra que el conocimiento popular, las creencias, los mitos, así como la llamada medicina popular no tienen estatus inferior al de las ciencias médicas, y en lo relacionado con la promoción, prevención y atención en salud, juegan un rol fundamental, en tanto que orientan las comunicaciones y prácticas cotidianas. En determinados momentos de la vida de las personas emergen eventos que se constituyen en fenómenos de los cuales se habla, se discute y se intercambia información. Cuando la gente habla de un objeto o moviliza opiniones fácilmente se puede convertir en objeto de representación, y cuando se constituyen en creencias éstas se reflejan en prácticas. La salud y la enfermedad son objetos de los cuales muchos hablan, crean nociones, creencias y prácticas en torno a ellos.

Banchs (2002) afirma que la salud-enfermedad es un tema de gran relevancia dentro de los estudios de las representaciones sociales. Las teorías y enfoques de las representaciones sociales se constituyen en herramientas para entender las relaciones y comunicaciones a través de las cuales se construyen, desconstruyen y reconstruyen el conocimiento social.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo General

Analizar las representaciones sociales sobre la salud de una comunidad rural de un municipio de Antioquia (Colombia).

4.2. Objetivos Específicos

Describir las creencias y actitudes sobre la salud y la enfermedad de una comunidad rural de un municipio de Antioquia (Colombia).

Describir el núcleo central y el sistema periférico de las representaciones sociales que sobre la salud han construido una comunidad rural de un municipio de Antioquia (Colombia).

5. DISEÑO METODOLOGICO

5.1. Supuestos epistemológico

La teoría de las representaciones sociales es una de las tantas miradas posibles dentro de las ciencias sociales que permiten acercarse al conocimiento. En ciencias sociales, los análisis de contenido y análisis del discurso aparecen como estrategias para interpretar datos de la comunicación y aunque al principio se pensaron como técnicas de análisis, se ha enriquecido con componentes teóricos y filosóficos hasta situarlos hoy como verdaderas corrientes de pensamiento (Amezcuza y Gálvez, 2002).

El análisis de contenido aunque en su origen designaba una técnica para la descripción objetiva, sistemática y cuantitativa del contenido manifiesto de la comunicación, se utiliza recientemente como un conjunto de métodos y procedimientos de análisis de documentos que pone énfasis en el sentido del texto. Establece dos grados de complejidad, descriptivo e inferencial, y recurre a técnicas de análisis tanto cuantitativas como cualitativas (Amezcuza y Gálvez, 2002).

El análisis del discurso, en su origen, se planteó como campo de conocimiento con teoría y método capaz de sustituir el análisis del contenido, y en la actualidad representa a una gran diversidad de enfoques y métodos adoptados por muchas disciplinas sociales. El estudio del discurso busca formular teorías sobre las tres dimensiones que lo componen: el uso del lenguaje (estructuras del texto y la conversación), la comunicación de creencias (cognición) y la interacción en situaciones sociales (Amezcuza y Gálvez, 2002).

En este trabajo investigativo el camino metodológico por el que se optó fue el análisis del contenido para estudiar las representaciones sociales que tiene una comunidad en particular sobre la salud. Se recurrió a la teoría del núcleo central como enfoque metodológico válido para describir y explicar las representaciones sociales sobre la salud de un grupo de personas de una comunidad. Se describieron también posturas y visiones recientes sobre las representaciones sociales. Se señaló el camino de análisis y sistematización de la información

En lo que concierne a la teoría de la representación social, reconoce el hecho de que el conocimiento es social en su origen y no es sólo producto de la cognición individual. La relación epistémica de la persona con un objeto se define y es mediada por otras personas de su entorno. El grupo de personas a través de su sistema de representaciones interactúa con el mundo y produce opiniones, creencias y prácticas, asunto que quedo planteado hace mucho tiempo por Durkeheim (Wagner y Flores, 2010). Moscovici, Jodelet, Doise, Abric, y los innumerables seguidores de ellos, han propuesto un modo de conocer el mundo a través de las representaciones sociales.

Se identifican tres líneas de investigación de las representaciones sociales, según Araya (2002), a saber:

- Escuela Clásica: desarrollada por Denise Jodelet de acuerdo a la propuesta de Serge Moscovici. Enfatiza el aspecto constituido más que el aspecto constituyente de las representaciones sociales. Metodológicamente utiliza técnicas cualitativas, en especial, las entrevistas en profundidad y el análisis de contenido.
- Escuela de Ginebra. El máximo exponente es Willen Doise. Es conocida como la escuela sociológica pues se centra en las condiciones de producción y circulación de las representaciones sociales.
- Escuela de Aix-en-Provence. Esta escuela inicia en 1976 por Jean Claude Abric y está centrada en los procesos cognitivos. Se le conoce como el enfoque estructural de las representaciones sociales.

Según Abric (1994, citado por Araya 2002), el enfoque estructural parte del supuesto de que toda representación tiene una estructura específica que le es propia, cuya característica central es que está organizada alrededor de un núcleo central y que es éste el que determina su organización y significación. El núcleo central consiste en el elemento o conjunto de elementos que dan a la representación su coherencia y su significado global. Los elementos presentes en 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

Según Araya (2002) el enfoque estructural se orienta de la siguiente manera:

- Los estudios se centran sobre los procesos y mecanismos de organización

de los contenidos de las representaciones sociales independientemente de su significación.

- Los estudios casi siempre son estudios cognitivos que buscan identificar procesos o estructuras representacionales.
- Las vías utilizadas para acceder al conocimiento del objeto de estudio son las técnicas correlacionales y el análisis multivariado.

Rodríguez (2007, 2011), ante las discusiones y polémicas metodológicas que suscita la teoría de las representaciones sociales, señala 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, puede recurrirse al análisis del discurso las lecturas etnográficas o los 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 ser más prácticos los estudios. Con respecto al enfoque estructural reconoce que esta aproximación teórica y metodológica ha mostrado ser eficiente para producir hipótesis y observaciones sólidas y consistentes.

Rateau & Lo Monaco (2013) en su revisión conceptual de las representaciones sociales mencionan la teoría estructural o del núcleo central de Abric como un modelo de gran contribución para entender las representaciones sociales en la vertiente sociocognitiva. El núcleo central asegura la función generadora de sentido y organizadora, el núcleo central estructura, a su vez, los elementos que se refieren al objeto de representación. Dichos elementos, ubicados bajo la dependencia del núcleo central, son llamados elementos periféricos. Se entiende con ello que el núcleo central sería la parte abstracta de la representación social, por lo que el sistema periférico debe ser entendido como su parte concreta y operacional. El núcleo central estructura los elementos cognitivos relativos al objeto, es estable y permanece en el tiempo, y además se constituye en una base común de la representación de un grupo, lo identifica y lo determina.

Escalante (2009) en una revisión de métodos y metodologías, considera que en cualquier metodología de análisis del núcleo central ya bien sea semántico asociado a un término inductor y 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. Cuando se adopta un determinado enfoque, la operacionalización de los análisis considera la frecuencia de un elemento y el poder de significación de éste, así como el número de relaciones del elemento con otros elementos que pueden ayudar a comprender la fuerza de los elementos en la significación. Según esto, el investigador puede realizar análisis de frecuencias y análisis de relaciones. La frecuencia sirve para medir estadísticamente datos descriptivos o para establecer escalas bipolares que marcan la dirección. También se pueden realizar análisis de dos o más términos a largo de un cuerpo de palabras. Mediante estos análisis se puede explorar las estructuras de relaciones lógicas entre elementos (Escalante 2009).

A partir de lo anterior enfoque del estudio es de corte cuantitativo con alcance descriptivo fundamentado teóricamente en el enfoque estructural o la teoría del núcleo central de las representaciones sociales.

5.2. Participantes

Participantes: 23 personas de género femenino de edades entre los 18 y 62 años de una comunidad rural de Colombia.

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. Así mismo, se debe mencionar que existían 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.

5.3. Instrumentos

Cuestionario de caracterización de datos sociodemográficos.

Con este instrumento se obtienen datos de los 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.

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

La escala de Likert para la investigación identifica actitudes y creencias individuales en contexto social particular del grupo participante. Los ítems 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 ítems tenían opciones abiertas. La puntuación de cada unidad de análisis se obtiene mediante la sumatoria de las respuestas obtenidas en cada ítem. Para la identificación de creencias sobre la calidad de los servicios de salud la pregunta fue: ¿Cuál es la calidad de los servicios de salud que te brindan en el Hospital?

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

La obtención de datos se realizó mediante la técnica evocaciones libres que busca estimular la percepción de la realidad. Inicialmente se generaron unos 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 medía 14 centímetros.

Las instrucciones a las participantes señalaron que la ubicación de la palabra de mayor importancia acerca de la salud sería en el círculo número uno (1), estableciéndose un orden a partir de éste. De acuerdo a esto cada participante respondió el cuestionario de jerarquización de sus producciones, organizando las 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.

5.4. Procedimiento

Se realizaron los contactos apropiados con el grupo participante y se les invitó a participar en el estudio. El trabajo de campo registro una duración de cerca de dos meses, iniciando con los acercamientos a los participantes para culminar con la aplicación de los instrumentos. El trabajo en el terreno se dividió en tres fases. Cada fase se desarrollaba 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 tal manera que pudieran decidir si participaban o no de la investigación. Se informó por parte del investigador responsable de que los datos de la investigación serían utilizados con fines estrictamente confidenciales. Para ello 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. Igualmente el investigador leía en voz alta las instrucciones y aclaraba dudas antes de su diligenciamiento. El investigador se aseguró de recibir cada instrumento completamente desarrollado por las participantes.

5.5. 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 en el que quedó formalizado el manejo confidencial de los datos obtenidos de la investigación.

6. PROCESO DE ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

6.1 Descripción del contexto en el que se desarrolla la investigación

Se inicia el análisis de información poniendo en contexto el grupo participantes en la investigación. A continuación una breve caracterización del Municipio de Zaragoza referenciada del plan de desarrollo 2012-2015. Este municipio, está ubicado en la subregión del Bajo Cauca del departamento de Antioquia, su posición geográfica son 7° 56' Latitud Norte y 72° 49' Longitud Oeste del Meridiano de Greenwich. Tiene una extensión de 1.116 kilómetros cuadrados, de los cuales 993 kilómetros corresponden a la zona rural; es decir un 99.98% del total de la extensión y 122.7 km² a la zona urbana.

Limites Norte: Municipio de Caucasia, Oriente: Municipio de El Bagre, Sur: Municipio de Segovia, Occidente: Municipios de Anorí y Cáceres.

Actividad socio económica: La economía del municipio se desarrolla al alrededor de la minería del oro, la cual ha disminuido notablemente, no consolidando sectores económicos y/o productivos alternativos como tal, por lo que se desarrollan actividades agrícolas, ganaderas, pecuarias, pesquera, de explotación de bosques sin importar volúmenes productivos, ni rendimientos significativos; no existe al igual que en muchas regiones del país canales de comercialización estable.

Grupos étnicos: Indígenas. En el municipio de Zaragoza la población indígena es de un 9.5%, la cual se encuentra ubicada en su mayoría en la zona rural del municipio y el 51% es masculino y 41% femenino. **Afrodescendientes:** Es un 60% de la población de la población total del municipio de Zaragoza.

Distribución por zonas: La población se concentra en la área urbana del municipio con un porcentaje de 54.50%, del total. La zona rural está dividida en (75) Veredas.

Distribución del Aseguramiento en Salud: Subsidiado 80%, contributivo: 6.2%, población pobre no asegurada 14.8% **EPS S Existentes en el Municipio:** Coosalud 13.767, Caprecom, 3.964 AIC (Zaragoza 2012-2015).

6.2. Sistematización y análisis de la información

Los datos se analizaron con el software SPSS v-20, utilizándose análisis descriptivos de los datos. Se registraron datos de frecuencia de evocación. La interpretación de los datos se realizó en el contexto de la sistematización de los mismos, predominando las frecuencias de aparición de los datos en los

instrumentos aplicados. Se vinculó o relacionó los procesos de representaciones sociales con la representación social de la salud de la comunidad en estudio, a través del referente conceptual de la teoría del núcleo central.

7. PRINCIPALES HALLAZGOS

7.1. La Identificación y descripción las condiciones sociodemográficas

El grupo de población investigada es del sexo femenino, pertenecientes al Municipio de Zaragoza, Antioquia Colombia. La actividad ocupacional identificada es de agentes educativos al servicio del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Las edades del grupo investigado oscilan entre los 18 y los 62 años de edad. Registran un estado civil de solteras y unión libre igualados en un 34.8%, casadas en un 26.1% (Ver tabla 1).

TABLA.1. ESTADO CIVIL

Palabras evocadas	Frecuencia	Porcentaje
Casado(a)	6	26,1
Soltero(a)	8	34,8
Unión libre	8	34,8
Viudo(a)	1	4,3
Total	23	100,0

TABLA 2. NIVEL DE SISBEN

Palabras evocadas	Frecuencia	Porcentaje
Nivel 1	13	56,5
Nivel 2	10	43,5
Total	23	100,0

Un indicador de desarrollo humano encuentra que el nivel de estudio más común es el bachillerato completo en un 95.7% (Ver tabla 3). El 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.

TABLA.3. NIVEL DE ESTUDIOS

Palabras evocadas	Frecuencia	Porcentaje
Bachillerato	22	95,7
Formación Técnica completa	1	4,3
Total	23	100,0

2.2. La Identificación y descripción de las creencias y actitudes sobre la salud y la enfermedad

Los datos del cuestionario sobre creencias y actitudes sobre la salud y la enfermedad aplicados al grupo arrojan la siguiente información: Sobre las creencias sobre la salud se registra que el 69.55% percibe que recibe un regular servicio de salud tanto individualmente como a su grupo familiar (Tabla 4). Creen en un 21.7% que la salud depende de sí mismo y de otras personas distintas al médico o los servicios de salud; y el 17.4% recurre a remedios caseros o se automedica cuando se enferma (Tabla 5).

TABLA 4. CALIDAD SERVICIOS DE SALUD

Palabras evocadas	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	4	17,4
Regular	15	65,2
Malo	4	17,4
Total	23	100,0

TABLA 5. CREENCIAS Y PRÁCTICAS SOBRE LA SALUD

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
Alguna vez has pensado que si se enferma es por cosas de la suerte o el destino	2	8,7
Su salud y tu bienestar dependen de usted o de otras personas	5	21,7
Total	23	100,0

En lo que tiene que ver con actitudes y practicas sobre la salud registran que una buena alimentación en un 26.1%, tener tranquilidad en un 17.4% y hacer ejercicio físico un 13% (Tabla 6).

TABLA 6. CREENCIAS Y PRÁCTICAS SOBRE LA SALUD

Palabras evocadas	Frecuencia	Porcentaje
Tomar agua	2	8,7
Buena Alimentación	6	26,1
Consultar al Medico	2	8,7
Hacer Ejercicio	3	13,0
Jugar	1	4,3
Sentirse a gusto	1	4,3
Buenas relaciones familiares	2	8,7
Tener Tranquilidad	4	17,4
Sentirse viva(o)	2	8,7
Total	23	100,0

Las creencias 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 en 47.7%. El 30.4% tiene la percepción de que se enferma más fácilmente que otras personas; pero que su salud el último años ha sido excelente en un 39.1% La frecuencia de ir al médico una vez cada año de manera preventiva es de un 52.2% (Tablas 7, 8 y 9).

TABLA 7. REPRESENTACION SOCIAL DE LA ENFERMEDAD

Palabras evocadas	Frecuencia	Porcentaje
Opuesto a salud	12	52,2
Agotamiento	4	17,4
Decaimiento	1	4,3
Desganado(a)	1	4,3
Dolor	3	13,0
Malestar	2	8,7
Total	23	100,0

TABLA 8. REPRESENTACION SOCIAL DE LA ENFERMEDAD

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
Muerte	4	17,4
Total	23	100,0

TABLA 9. PERCEPCION DE LA SALUD EN EL ÚLTIMO AÑO

Palabras evocadas	Frecuencia	Porcentaje
Me parece que me enfermo más fácilmente que otras personas	7	30,4
Estoy más sano que cualquiera	6	26,1
Creo que mi salud va a empeorar	1	4,3
Mi salud es excelente	9	39,1
Total	23	100,0

7.3. La Identificación y descripción de las representaciones sociales que se han configurado alrededor de la salud.

Los datos del cuestionario que indagan el núcleo central y sistema periférico de las representaciones sociales de la salud aplicadas al grupo registran la siguiente información:

La organización del núcleo central de la representación social de la salud para el grupo investigado se estructura así: Vida, y Bienestar (Tabla 10).

TABLA 10. NUCLEO CENTRAL DE LA REPRESENTACIONES SOCIAL DE LA SALUD

Palabras evocadas	Frecuencia	Porcentaje
Bienestar	6	26,1
Vida	16	69,6
Alimentación	1	4,3
Total	23	100,0

El análisis del cuerpo de palabras evocadas arroja el número de 27. De ellas se rescatan las 5 primeras que parecen con mayor frecuencia, siendo la 1 la mayor frecuencia evocada, la evocación número 2 también es considerada como el núcleo central. De acuerdo a la teoría del núcleo central de Abric (1994) las palabras mayor repetición o frecuencia y más rápidamente evocadas construyen el 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 estas personas.

Vida y Bienestar son los elementos más sólidos y estables en la estructura de la representación. Salud como Vida, señala a la salud como un derecho humano fundamental, como asunto de máxima prioridad para la persona. 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, que concibe la salud no solo desde el punto de vista físico, sino también psicosocial.

Representar a la salud en términos de Vida y Bienestar, muestra que la mayoría de las personas investigadas tienen una posición integradora, conocen y diferencian de forma concreta las prácticas que dañan o favorecen la salud y las que no van dirigidas solamente a la salud física, sino también en términos de salud psicosocial y espiritual, conocimiento que necesariamente corresponden a las prácticas cotidianas que puedan realizar.

El sistema Periférico cercano al núcleo central se organiza así: Bienestar, Energía, Higiene, Alimentación, Alegría (Tabla 11 y 12).

TABLA 11. SISTEMA PERIFERICO CERCANO NUCLEO CENTRAL DE LA REPRESENTACIONES SOCIALES DE LA SALUD

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

TABLA 12.SISTEMA PERIFERICO (2) CERCANO NUCLEO CENTRAL DE LA R S DE LA SALUD

Palabras evocadas	Frecuencia	Porcentaje
Bienestar	2	8,7
Energía	6	26,1
Felicidad	1	4,3
Higiene	7	30,4
Alegría	2	8,7
Amor	1	4,3
Ejercicio	2	8,7
Familia	1	4,3
Dormir	1	4,3
Total	23	100,0

Un segundo grupo de evocaciones cercanas a núcleo central asocia Bienestar con Energía, de nuevo aparece la vitalidad como motor en el existir, como derecho humano, implica movimiento, sentirse vivo. Higiene se relaciona con limpieza, sanidad, estado físico sano, alimentado o nutrido, que desborda energía, alegría, dinamismo, goce. Este sistema periférico cercano al núcleo lo fortalece.

El sistema Periférico alejado al núcleo central se organiza así: Bienestar, Vida, Alegría, Estar bien espiritualmente, Amor, Tener Trabajo, Medico (Tabla 13 y 14)

TABLA 13. SISTEMA PERIFERICO LEJANO NUCLEO CENTRAL DE LA R S DE LA SALUD

Palabras evocadas	Frecuencia	Porcentaje
Vida	1	4,3
Felicidad	5	21,7
Estar bien espiritualmente	2	8,7
Tener trabajo	4	17,4
Alegría	2	8,7
Amor	1	4,3
Ejercicio	1	4,3
Alimentación	1	4,3
Medico	2	8,7
Familia	1	4,3
Prevención	1	4,3
Satisfacción	1	4,3
Hacer deporte	1	4,3
Total	23	100,0

TABLA 14 SISTEMA PERIFERICO (2) LEJANO NUCLEO CENTRAL DE LA R S DE LA SALUD

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	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, asociado con alegría y la espiritualidad y el amor. Esta asociación coloca la salud como un bien supremo, que sobre pasa lo físico y connota lo mental y espiritual, la tranquilidad como un bien. Pero también asocia la salud con práctica cotidiana y de responsabilidad individual. El trabajo como condición que favorece la salud, el tener una ocupación, una interacción con mundo, un intercambio en el que se reciban compensaciones satisfactorias. La evocación con menor frecuencia dentro del grupo investigado es el servicio de salud, que relaciona médicos y hospitales; los servicios médicos no serían garantía de salud, no proporcionarían bienestar, no estaría relacionado un médico u hospital con la vida. Sugiere que los servicios médicos podrían percibirse 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 obligadas que representa lo más alejado de la representación de la vida y el bienestar, es decir de la salud.

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

El primer aspecto es el contexto donde viven las personas participantes en la investigación, señalan condiciones poco propicias para un desarrollo humano adecuado. La Percepción de calidad de salud que se relaciona con la prestación del servicio de salud recibida en la institución del estado cercana, es señalada como regular.

El segundo aspecto, se refiere a 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 recurrir al médico o automedicarse. Se registra aparentemente una contradicción entre lo que se cree o se percibe con lo que se practica o se hace con respecto a la salud.

La salud-enfermedad como elemento dicotómico de análisis en el grupo de mujeres investigado, sugiere una sujeción al modelo biomédico, cuando son atendidas en calidad de enfermas o con riesgo de enfermarse por alguna patología relacionadas con la salud sexual y reproductiva por ejemplo o enfermedades prevalentes en la niñez y la adolescencia, porque son madres y cuidadoras de niños al mismo tiempo. El conocimiento común, o mejor dicho la representación social de la institución cercana de salud, es decir el hospital, está intuitivamente relacionada con la enfermedad y la muerte. La preocupación de los síntomas para curar una posible enfermedad establece una relación médico-usuaria, de alguien que le dice a otra persona si está sana o enferma, pero no lo involucra en prácticas saludables, es decir hacia un bienestar.

El tercer aspecto lo constituye las representaciones sociales configuradas alrededor de la salud identificada por el núcleo central y sistema periférico enriquecen esta pretensión de entender el fenómeno investigado. De este aspecto se desprenden algunos elementos de análisis que se van a mencionar a continuación.

El primer elemento de análisis lo constituye el núcleo central. Se mencionó anteriormente que el núcleo central se estructuró alrededor de evocaciones más frecuentes, en estos casos 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 una escala bien alta de la cotidianidad del grupo de personas de esta comunidad.

El segundo elemento de análisis lo constituye el sistema periférico cercano y lejano al núcleo central. El sistema periférico cercano al núcleo central confirma la representación más firme, no es necesario hablar mucho de este. 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 son elementos periféricos de algunos de los miembros de este grupo de personas, son creencias individuales que están siendo representadas de manera importante en las representaciones colectivas, sugiere una representación que podría estar cobrando fuerza, o que obedece a prácticas religiosas de algunos de los miembros del grupo. Así mismo las representaciones de la salud ubicadas

en el sistema periférico alejado del núcleo central evocan el tener trabajo como una representación individual importante para este grupo de personas. Por último el sistema periférico evoca a los servicios médicos con la más baja frecuencia de las representaciones alejadas del núcleo central.

En el intento por explicarlo podría decirse que obedece también 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 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. Habíamos visto anteriormente que la percepción de la calidad de los servicios de salud es regular para la mayoría del grupo investigado, pero igual se recurre a ellos o a la automedicación, porque no obstante de la representación nuclear y abstracta de la salud como Vida y Bienestar, en lo cotidiano la representación individual y cotidiana obedece a las necesidades de ser paliado en el dolor, es decir en la enfermedad como malestar, como angustia del cuerpo físico, el temor a la muerte. En otras palabras el sistema periférico alejado del centro registra como representación a la enfermedad y la necesidad de ser disminuida la angustia, el sufrimiento y la incapacidad física y el temor a la muerte, de manera individual y por ello 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 lo cotidiano.

En Resumen Vida y Bienestar se constituyen en el Núcleo central de la representación social de la salud de esta comunidad, y los Sistemas periféricos lejano y cercano señalan a la representación más consistente (Ver gráfico 1 y tabla 15).

GRAFICO 1. NUCLEO CENTRAL Y SISTEMA PERIFERICO CERCANO Y LEJANO

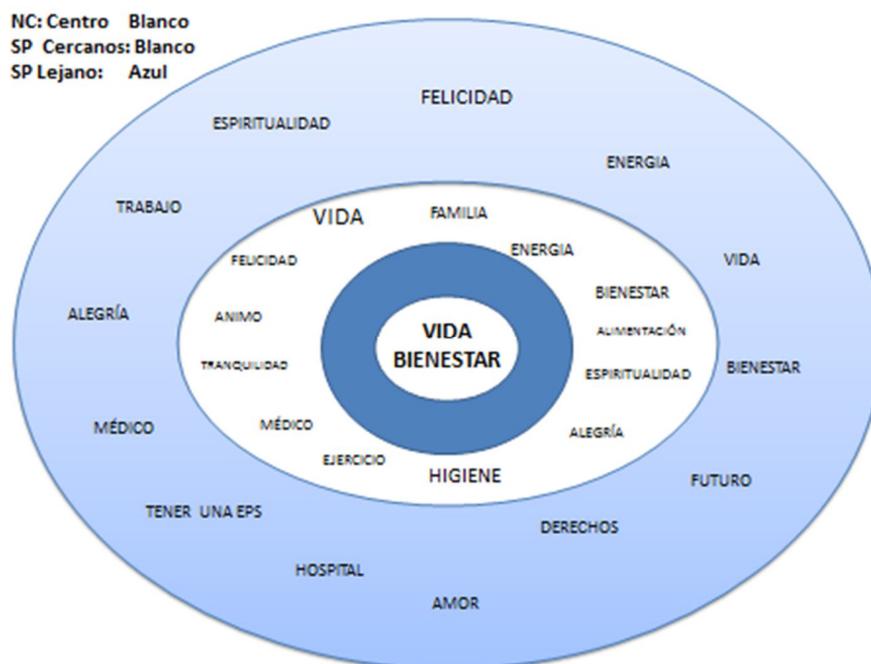


TABLA 15 REPRESENTACION SOCIAL DE LA SALUD

Palabras evocadas	Frecuencia	Porcentaje
Bienestar	9	39,1
Vida	9	39,1
Actividad	1	4,3
Energía	1	4,3
Estar bien Espiritualmente	3	13,0
Total	23	100,0

8. DISCUSION Y CONCLUSIONES

La percepción de la salud común sobre 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 al auto suministro de medicamentos cuando se enferman.

La organización del núcleo central de la representación social de la salud para el grupo investigado se estructuró así: vida, y bienestar. 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 fundamental, como asunto de máxima prioridad para las persona. 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 percepción integradora, que contempla la salud no solo desde el punto de vista físico, sino también psicosocial, como un anhelo, La salud como deseo máximo a alcanzar es algo que por necesidad se aspira obtener, es así como surge el ideal de un bienestar físico, psicológico y social. Aunque en la práctica cotidiana no es posible entender un individuo o una sociedad completamente sana, pero tampoco es concebible enfermarse por eventos fácilmente controlables por falta de oportunidad y calidad en los servicios asistenciales dispuestos para brindar algo de salud en un determinante biológico.

La representación de la salud en relación con el desarrollo humano, para una persona de una pequeña comunidad puede ser por ejemplo un crecimiento personal a través de la educación, obtener logros laborales y económicos, ser un referente para su familia, ser feliz y ser útil dentro de la comunidad donde habita. El bienestar en relación con el disfrute de libertades, la calidad de vida, la autorrealización personal. De acuerdo a las creencias y actitudes y prácticas identificadas en el estudio, es posible un bienestar cuando se ha disminuido el riesgo de enfermarse cuando depende de las instituciones de brindar los servicios de salud.

El objeto de la investigación es descriptivo y la discusión debe ajustarse los hallazgos en el grupo investigado. Estudios revisados sobre representaciones

sociales de la salud, reflejan conclusiones parecidas que podríamos mencionar solamente sin intención de comparar. El Bienestar como evocación central y los servicios asistenciales médicos en el sistema periférico son hallazgos registrados en un estudio sobre representaciones sociales de la salud humana (Knapp, 2003). El Bienestar tanto físico, psicológico como espiritual, así como estilos de vida referidos al autocuidado y la percepción de la salud como proceso dinámico son registrados en otra investigación sobre la representación social de la salud humana (Herrera, 2008). Las representaciones sociales de la salud en un grupo de jóvenes, definen la salud como un estado de equilibrio entre lo mental, lo material, lo espiritual, lo emocional y lo moral, con proyección a lo social (Vergara, 2009). (Torres et al (2010) describen las representaciones sociales de la salud de un grupo hombre y mujeres en relación con lo físico, lo emocional y espiritual, así mismo encuentran que la enfermedad está asociada al plano biológico, a los gastos médicos, malestar y muerte. Herrera y Torres (2012) en estudio identifica en un grupo de mujeres jornaleras agrícolas que las representaciones sociales sobre la salud es vida, estar sano y para ello tener dinero y trabajo.

Finalmente, luego del ejercicio de indagar de esta manera en torno a las representaciones sociales que un grupo de personas concebían sobre algún o algunos elementos de su contexto, cabrían algunas reflexiones:

Cuando se incorpora a la comprensión y reflexión de una problemática social como es la salud, la teoría o enfoques de las representaciones sociales, estamos hablando de instrumentos interesantes en nuestro quehacer científico.

El modelo de salud en Colombia, originado por una concepción o discurso dominante propio de la ciencia moderna, y especialmente su práctica, ha tenido como único objetivo la enfermedad y para ello dirige sus esfuerzos financieros, tecnológicos e ideológicos hacia el perfeccionamiento de los medios diagnósticos y terapéuticos, dejando en segundos planos a la prevención de la enfermedad. El modelo biomédico desconoce la influencia sociales, económicas y psicológicas en el estado de salud de las personas y las comunidades (Quevedo, 2000; Vergara, 2007). 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.

La salud como un deseo ideal inicial, se convirtió en una necesidad inalcanzable como estado armónico individual y colectivo de completo bienestar físico, psicológico, mental y social. (OMS, 1948). Se le otorgó a la salud la categoría de derecho humano fundamental, al mismo tiempo que se proclamó que había que conseguir un bienestar holístico y se afirmó que el logro del más alto nivel posible de Salud había de ser un objetivo social y político prioritario. Pero como describimos en este trabajo continuo siendo el bienestar como un anhelo que todos quisiéramos disfrutar alguna vez.

9. PRODUCTOS GENERADOS:

9.1. Publicaciones

Artículo Individual: “representaciones sociales de la salud de una comunidad rural de Colombia”. Artículo publicable aprobado en la revista de psicología UdeA 13 de Octubre de 2015. Publicación pendiente para el segundo semestre de 2016 (Anexo 2).

Artículo colectivo: “La teoría del núcleo central de las representaciones sociales, metodología, y técnica de análisis de frecuencias de datos” revisado y aprobado 29 de Abril de 2016 (Anexo 2).

9.2. Diseminación: Sustentación Pública de resultados de investigación 21 de Agosto de 2015 en las instalaciones del CINDE Sabaneta

9.3. Aplicaciones para el desarrollo: Diseño de cartilla educativa: **“Escuela saludable para el desarrollo humano y prevención de los riesgos psicosociales”**. Propuesta educativa realizada Noviembre de 2013

10. BIBLIOGRAFÍA

Abric, JC. (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.

Alcántara, G. (2008). La Definición de salud de la Organización de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens*. Vol. 9, Número. 1, Junio, pp 93-107. Recuperado el día 14 de Mayo de 2013 de www.redalyc.org/pdf

Álvarez, L; Acevedo A. & Duran, A. (2008). Representaciones sociales de la salud y de la enfermedad en pacientes hospitalizados de Bucaramanga y Floridablanca, Colombia. *Revista Universitas Médica*. Vol. 49, núm. 3, julio-septiembre, pp. 328-343. Recuperado el día 16 mayo de 2013 de www.redalyc.org/articulo.oa?

Amezcuca, M & Galvez, A (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Rev Esp Salud Pública*, 76: 423-436. Recuperado el día 10 de Noviembre de 2015 de www.scielo.isciii.es

Araya, S. (2002). Las representaciones sociales. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). Cuaderno 127. Recuperado el día 14 de Marzo de 2013 de www.flacso.or.cr/index.

Banchs, MA (2002). Entre la ciencia y el sentido común. En Rodríguez, T. & García M. (2007). *Representaciones Sociales. Teoría e Investigación*. Universidad de Guadalajara Centro Universitario de Ciencias Sociales y Humanidades Editorial cucsh-udg. Recuperado el día 15 mayo de 2014 de www.taniars.files.wordpress.com

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 el día 14 Mayo de 2014 de www.scielosp.org/scielo.php

Cardona, A. & 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 el día 16 de mayo de 2014 de www.scielo.sld.cu

Chourio, N. (2012), Teoría de las representaciones sociales: discusión epistemológica y metodológica. Recuperado el día 10 de Noviembre de 2015 de www.servicio.bc.uc.edu.ve/

Cumbre de Río de Janeiro (1992). Agenda 21. Recuperado el día 5 Enero de 2013 de www.rolac.unep.mx/agenda21

Departamento Nacional de Estadísticas DANE. (2013). Pobreza monetaria y Multidimensional 2013 en Colombia. Recuperado el día 21 de Abril de 2014 de www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/pobreza

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

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

Franco, S. (2013) Entre los negocios y los derechos. Revista Cubana de Salud Pública; 39(2) 268-284. Recuperado el día 5 mayo 2015 de www.scielo.sld.cu.

González, F; Puello, E. & 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 el día 16 de mayo 2014 de www.scielo.isciii.es/scielo

González, R. (2011). El enfoque social como elemento esencial del quehacer por la salud de la población. Revista Cubana de Salud Pública. 37(Supl):675-685. Recuperado el día 12 de mayo de 2014 de www.scielo.sld.cu

González, F; Hernández, L. & Correa, K. (2013). Representaciones sociales sobre higiene bucal en madres y cuidadores de hogares infantiles. Revista Cubana de Salud Pública, 39(1) 59-68. Recuperado el día 16 de mayo de 2014 de www.scielo.sld.cu

Guerrero, R; Gallego, Al; Becerril-Montekio, V & Vásquez, J. (2011) Sistema de salud de Colombia. Salud pública/México; Vol. 53, suplemento 2. Recuperado el día 15 mayo 2015 de www.scielo.org/pdf.

Hernández, M. (2000). Derecho a la Salud en Colombia; Obstáculos estructurales para su realización. Rev Salud Publica 2(2): 121-144. Recuperado el día 8 de mayo de 2016 de www.revistas.unal.edu.co/index

Herrera, LF & González, I (2008). Representación social de la salud en estudiantes de 3er año de la carrera de mecánica y psicología. Revista Pedagogía Universitaria Vol. XIII No. 3. Recuperado el día 15 de mayo de 2013 de www.cvi.mes.edu.cu/peduniv/index.

Herrera, N; Gutiérrez, M; Ballesteros, M; Izzedin, R; Gómez, A & Sánchez, L. (2010). Representaciones sociales de la relación médico paciente en Bogotá, Colombia. *Revista salud pública*, 12 (3): 343-355. Recuperado el día 16 mayo de 2014 de www.scielo.org.co/scielo

Herrera, JI. & 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 del día 12 de Junio de 2014 de www.tumbi.crefal.edu.mx/rieda/images/rieda

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.

Knapp, E; León, Y. & Mesa M. (2003). Representación social de la salud humana. *Revista cubana de psicología*, 20 (2), 153-164. Recuperado el día 10 de Febrero de 2014 de www.pepsic.bvsalud.org/scielo.php

López, A. (2010). H.G. Gadamer. *Revista A Paste Rei* 21. Recuperado el 10 de Noviembre de 2015 de www.verbal.pntic.mec.es/-muñoz11

Menéndez, E. (2005). El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. *Revista Salud colectiva, la plata*, 1(1): 9-32. Recuperado el día 15 mayo 2015 de www.scielo.org/ar

Ministerio de Salud Colombia. Recuperado el día 5 de Enero de 2013 de www.minsalud.gov.co/salud

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

Moscovici, S. (1989). Des représentations collectives aux representations sociales: elements pour une histoire. En D. Jodelet (ed). Les Répresentations Sociales. París. Francia: PUF.

Moscovici, S. (1993) Razón y culturas, España.

Muñoz, S (2011). Salud y desarrollo en el contexto latinoamericano. Revista cubana de salud pública. Recuperado el día 15 mayo de 2014 de www.scielo.sld.cu/pdf/rcsp/

Monereo C. (2014). Martha C. Nussbaum – Otro Enfoque para la Defensa del Ser Humano y de los Derechos de las Mujeres. Recuperado el día 22 Octubre de 2015 de www.scielo.br/pdf/

Organización Mundial de la Salud (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Recuperado el día 5 de Enero de 2013 de www.who.int/gb/bd/PDF/

Organización Mundial de la Salud (2005). Determinantes de la salud. Recuperado el día 8 de Mayo de 2016 de www.paho.org

Plan de desarrollo Municipio de Zaragoza 2012-2015. Recuperado 12 de Marzo de 2013 de www.zaragoza-antioquia.gov.co/apc-aa-files pdf

Pineda, BC. (2012). Desarrollo humano y desigualdades en salud en la población rural en Colombia. Univ Odontol; Ene-Jun; 31(66): 97-102. Recuperado el día 15 de Mayo de 2013 de www.revistas.javeriana.edu.co/index.

Pereira de Sá; Tosoli; MA & Oliveira CD. (2008). representaciones sociales del sistema único de salud en el municipio de rió de janeiro, Brasil, según el enfoque estructural Recuperado el día 15 de Mayo de 2013 de www.scielo.br/pdf/rlae/

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. PNUD. (2014). Informe Nacional de Desarrollo INDH. Recuperado el 15 Abril de 2014 de www.pnud.org.co/sitio.shtml

Quevedo, E. (1992). La cultura desde la medicina social. En: Cultura y Salud en la Construcción de las Américas. Santa fe de Bogotá: ICAN-Colcultura. 65,72. Recuperado el día 20 de Octubre de 2015 de [www. www.scielo.org.co/](http://www.scielo.org.co/)

Quevedo, E. (2000). El proceso salud-enfermedad: hacia una clínica y una epidemiología no positivistas. Recuperado el día 8 de Mayo de 2016 de [www. udea.edu.co/](http://www.udea.edu.co/)

Restrepo, D. (2011). La salud pública como ciencia social: reflexiones en torno a las posibilidades de una salud publica comprensiva. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 29(1): 94-102. Recuperado el día 10 Noviembre de 2015 de [www. redalyc.org/pdf](http://www.redalyc.org/pdf)

Rodríguez, T. & 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 el día 15 mayo de 2014 de www.taniars.files.wordpress.com

Rodríguez, T. (2011). Discusiones teórico-metodológicas sobre el carácter contextual de las representaciones sociales. Revista Sinéctica México. Recuperado el día 15 mayo de 2014 de Sinéctica 36 www.sinectica.iteso.mx

- Rojas, F. (2004). El componente social de la salud pública en el siglo XXI. Rev Cubana Salud Pública v.30 n.3 Ciudad de La Habana jul.-sep. Recuperado el día 10 Octubre de 2015 de Sinéctica 36 www.scielo.sld.cu/scielo
- Torres, T; Munguía, J; Pozos, B & 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 el día 6 de Mayo de 2015 de www.elsevier.es/ap
- Vélez, A. (2015) El derecho a la salud: una visión a partir del enfoque de capacidades. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 33(1):93-100. Recuperado el día 10 de Noviembre de 2015 de www.scielo.org.co
- Vergara, M. (2007). Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. Revista Hacia la Promoción de la Salud, Volumen 12, Enero - Diciembre 2007, págs. 41 – 50, Recuperado el día 17 de Abril de 2013 de www.scielo.org.co/pdf/
- Vergara, M. (2009). Representaciones sociales sobre salud, de algunos grupos de jóvenes de Manizales, Colombia. Rev.latinoam.cienc.soc.niñez juv 7(1): 105-133. Recuperado el día 17 de Abril de 2013 de www.scielo.org.co/scielo
- Wagner, W & Flores, F. (2010). Apuntes sobre la epistemología de las representaciones sociales. Revista Educación Matemática, vol. 22, núm. 2, agosto, pp. 139-16. Recuperado el día 20 de octubre de 2014 de www.scielo.org.mx/pdf

11. ANEXO 1.

LA TEORÍA DEL NÚCLEO CENTRAL DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES, METODOLOGÍA, Y TÉCNICA DE ANÁLISIS DE FRECUENCIAS DE DATOS

THE CORE THEORY OF SOCIAL REPRESENTATIONS, METHODOLOGY AND TECHNIQUE OF FREQUENCY ANALYSIS DATA

JHONY ALBERTO MORENO
CINDE-UMZ
Jhon25outlook.com

RESUMEN

Este artículo pretende realizar una sencilla revisión conceptual sobre las representaciones sociales, la teoría del núcleo central y su metodología. Se busca presentar de una manera breve elementos teóricos necesarios para abordar la investigación sobre representaciones sociales, especialmente las de enfoque estructural. El recorrido se inicia con los referentes conceptuales que propusieron en su momento autores como Moscovici, Jodelet y Abric. Luego se desarrolla el enfoque procesual originado por Jodelet. Después el enfoque estructural de Abric y su metodología, a la luz de aportes recientes de investigadores sobre el tema. Por último se hace una revisión sobre las técnicas de análisis de las frecuencias de datos en la investigación de las representaciones sociales.

Palabras Clave

Representaciones sociales, Teoría del Núcleo Central

ABSTRACT

This article aims to make a simple conceptual review of the social representations, core theory and methodology. It seeks to present a brief theoretical elements needed to address research on social representations, especially the structural approach. The tour starts with the conceptual references that proposed at the time,

Moscovici, Abric and Jodelet. The procedural approach originated by Jodelet. After Abric structural approach and methodology, in light of recent contributions of researchers on the subject. Finally a review of the technical analysis of the frequencies of data in research of social representations is made.

Keywords: Social representations, the Central Core Theory

INTRODUCCIÓN

La teoría de las representaciones sociales ha sido utilizada para investigar diversos problemas entre ellos la salud y la educación, cuando se utiliza en la investigación con grupos y comunidades la experiencia es exitosa. Sin pretender hacer una revisión exhaustiva sobre el tema, se buscará contener en unas cuantas páginas nociones que pueden posibilitar el abordaje de una investigación sobre representaciones sociales. Puede servir como orientación conceptual para los que apenas comienzan la tarea de primero entender, con el propósito de acercarse a la investigación social en el marco de las representaciones sociales. El objeto de este documento es realizar una sencilla colección teórica alrededor de las representaciones sociales como herramientas útiles para desarrollar investigación en cualquier campo. La pequeña recopilación conceptual tiene que ver con la teoría de las representaciones sociales, la teoría estructural o núcleo central, metodologías y la técnica del análisis de frecuencias de datos en la investigación de las Representaciones Sociales. Un tema nodal de este artículo es observar que dentro de la amplia teoría de las Representaciones Sociales existen diversos enfoques y se pueden identificar un gran espectro de metodologías todas ellas mayor o menor mente trabajadas, cualquiera de ellas es funcional si se ejerce con rigor metodológico. Se busca revisar la concepción tradicional metodológica de ubicar y separar lo cuantitativo y lo cualitativo, es posible analizar una información que se nos presenta inicialmente en forma descriptiva y llevarla a otros niveles de comprensión. La sistematización de la información y el análisis de datos no sólo se refieren al análisis de números, sino que es el proceso más importante de una investigación donde de acuerdo a los objetivos de la investigación se requiere caracterizar y contextualizar los hechos estudiados.

El Concepto de representaciones sociales

Cuando hablamos de representaciones sociales inmediatamente identificamos a Moscovici como uno de los grandes gestores. Los aportes de Moscovici surgen casi un siglo después de los Durkheim (1897), quien fuera el primero en acuñar el concepto de representaciones colectivas, dándole importancia al habla y la práctica de creación y circulación de las representaciones sociales (Rodríguez, 2007).

El aporte fundamental de Moscovici es asociar la función simbólica que cumple las representaciones sociales con la construcción de la realidad en los colectivos. A partir de Moscovici se define las Representaciones Sociales “como un sistema de valores, ideas y prácticas con una función doble: en primer lugar establecer un orden que posibilita a los individuos a orientarse a sí mismo y a controlar el mundo social en el que viven y en segundo lugar, facilitar la comunicación entre los miembros de una comunidad dotándolos de un código para nombrar y clasificar los diversos aspectos de su mundo y de su historia individual y grupal (Moscovici, 1973). Posteriormente Moscovici, (1979) define el sentido común como producto de la actividad social y científica, y como elemento constructor y transformador de la realidad social.

Enfoques desarrollados posteriores a Moscovici, ya bien en línea de continuidad de su teoría o desarrollo amplio de otras miradas, estuvo en manos por algunos autores. Al respecto Pereira de Sa (1996,1998) identifica tres líneas que se han perfilado de manera importante a lo largo del tiempo. La primera es la desarrollada por Jodelet, en estrecha cercanía con la propuesta original de Moscovici. La segunda, orientada hacia los procesos cognitivos, es la desarrollada por Abric, ubicada sobre la estructura de las representaciones sociales, teoría que adoptó el nombre de teoría del núcleo central. La tercera, con una orientación sociológica, es la desarrollada en Ginebra por Willem Doise ubicada en “las condiciones de producción y circulación de las representaciones sociales” (Pereira de Sá, 1998, citado por Banchs, 2000).

Este ejercicio mencionará brevemente a Jodelet, y tratará de indagar un poco más en la propuesta de Abric del núcleo central y sistema periférico, y su importancia en la metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa

Según Jodelet (1984,1986), el concepto de representación social se refiere a los objetos sociales que son clasificados, explicados y evaluados por las personas. Las personas representan un equivalente de los objetos y 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 (Jodelet, 1984, 1986).

Teoría del Núcleo central y sistema periférico

Abrie (1994 citado por Araya, 2002) en la misma línea general de Moscovici (1973) y Jodelet (1984), plantea las representaciones sociales como un conjunto de creencias, informaciones, opiniones y actitudes sobre un objeto social, señala además que con las representaciones sociales se puede entender los movimientos de las interacciones sociales y aclarar los determinantes de las prácticas sociales, pues la representación, el discurso y la práctica se generan mutuamente. La representación social se relaciona con el conocimiento común, con el pensamiento, comportamientos, actitudes de los individuos y colectividades sobre algún aspecto o fenómeno de su entorno.

Abrie (1994), parte del concepto de representaciones sociales de Moscovici como un conjunto organizado y propone la teoría estructural, identificando 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 él 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. El 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 más elementos que dan significado a la representación. Los elementos presentes en 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.

El enfoque estructural de la teoría de las representaciones sociales es aquel que según Banchs (2000) se orientó inicialmente sobre la estructura de las representaciones sociales, haciendo uso del método experimental o bien de sofisticados análisis multivariados que permiten identificar esa estructura. Flament (1994), citado por Banchs (2000) identifica las estructuras típicas del enfoque como un conjunto organizado de cogniciones relativas a un objeto, compartidas por los miembros de una población homogénea respecto a ese objeto. Más tarde Flament en Di Giacomo, 1997, citado por Banchs (2002) agregaría que: una representación es un conjunto de cognemas organizados por múltiples relaciones que pueden implicar causalidad, jerarquía, equivalencia o antagonismo.

Se identifica a partir de la producción académica que el campo de las representaciones sociales se ha inclinado sustancialmente hacia el enfoque o polo estructural, se podría estar hablando de que el 90% del total estas producciones, mucho más que las posturas procesuales de las representaciones sociales (Banchs, 2000). Esta percepción se origina en que desde mediados de las dos últimas décadas del siglo 20 hasta de los primeros años del siglo 21, se registró iniciativas de investigación con la orientación estructural y con modelos y metodologías experimentales sobre todo en Europa.

No siempre ha habido consenso alrededor de la teoría estructural, existen discrepancias en cuanto al papel protagónico del núcleo central, el sistema periférico, y recientemente el contexto.

Rodríguez (2007) resume las características de los elementos centrales y periféricos que para Abric (1994, 2001) deben ser identificados por el investigador en una representación social: 1. Su valor simbólico, en el sentido que un elemento central no puede ser cuestionado sin afectar la significación de la representación; 2. Su valor asociativo, en la medida que un elemento central está directamente vinculado con la significación de la representación, esta necesariamente asociado

con un amplio número de constituyentes de la representación; y 3. Su valor expresivo, que se manifestaría a través de la frecuencia de aparición de un término, aunque complementando esta apreciación con información más cualitativa.

En la misma línea de la conceptualización del núcleo central, los elementos periféricos tienen una conceptualización importante en la teoría de Abric. Los elementos periféricos son gobernados por el núcleo central que determina en gran parte sus funciones. Incluye informaciones separadas, juicios, estereotipos, creencias, etc. Estos elementos pueden estar más o menos próximos al núcleo central en una cierta jerarquía funcional: cuanto más próximo del núcleo central, más concreto el significado de la representación. Un elemento apartado del núcleo central tomará un aspecto ilustrativo, justificativo o explicativo (Abric, 1984, citado por Cardoso, 2011).

Originalmente en la teoría del núcleo central, los elementos nodales son generadores de sentido, son indispensables para el funcionamiento y la conservación de la representación. Los elementos periféricos serían individualizados y cambiantes, dependientes del contexto cercano (Abric, 1993). Existe actualmente en estudio las aportaciones y revisiones de Moliner (2005), quien plantea un cambio profundo en la conceptualización de la relación entre elementos periféricos y centrales, en relación a que los elementos centrales son de múltiples significados, la significación proviene de los elementos periféricos. El texto de Moliner (2005) es así:

“Dicho de otro modo, serían los elementos periféricos, concretos y contextualizados los que modularían el sentido de los elementos centrales abstracto y simbólicos. Los elementos centrales permitirían a los individuos definir el objeto de la representación a partir de los términos comunes, dando así la ilusión de consenso, pero susceptibles de recibir interpretaciones variadas en función de los contextos y de las experiencias individuales. Por ejemplo, podemos reconocer que el “salario” es determinante para definir la actividad “trabajo”, pero detrás de la palabra “salario” es posible que coloquemos diferentes realidades de acuerdo con nuestra propia experiencia. Según esto, los elementos centrales son receptores de sentido y no generadores, como lo propone Abric (Moliner, 2005, p 140, citado por Rodríguez, 2011).

La reflexión luego de estos contrastes teóricos y metodológicos, se puede concretar en que para Abric (1993), el contexto puede producir transformaciones menores poco relevantes en una representación social, pues no afectaría el núcleo, en tanto que para Moliner (1994, 2005) el contexto es el elemento más importante para la significación. Los elementos del núcleo central serían más bien signos compartidos que se asocian a un determinado objeto, los cuales generan una ilusión de consenso, pero son susceptibles de múltiples interpretaciones.

Entonces se puede sugerir que la teoría del núcleo central establece relaciones entre los elementos centrales y periféricos y el papel del contexto en su significación. La teoría se nutre de los hallazgos provenientes de la aplicación de cuestionarios para estudios con grupos. Vergés (2001) identifica al menos dos tipos de cuestionarios: uno de tipo caracterización que funcionan para identificar los elementos que componen las dimensiones de una representación y cómo éstos se distribuyen en subgrupos sociales. Otro de tipo cuestionarios de apuesta en cuestión, utilizados para reconocer los elementos nucleares, organizadores y absolutamente necesarios para definición del objeto representado que tiene la propiedad de presentarse a partir de múltiples variaciones léxicas. Las preguntas de este tipo de cuestionario buscan verificar si un ítem forma o no parte del núcleo central, y suelen formularse a partir de una doble negación.

El sistema periférico de acuerdo a Flament, 1989 (citado por Cardoso, 2011) posee básicamente tres funciones: indicadores de comportamientos, agentes de modulación personal y protectores del núcleo central. Como indicadores de comportamiento, muestran lo que es mejor hacer o decir en una determinada situación, de acuerdo con el significado que esa situación tiene para el sujeto. De esa forma, guían las acciones de manera instantánea sin apelar para los significados centrales. La modulación personalizada tiene lugar debido a la flexibilidad de los elementos periféricos, que se reflejan en las aparentes diferencias, relacionadas a la apropiación individual o a contextos específicos.

Según Cardoso (2011), a través de elementos periféricos, las representaciones pueden anclarse en la realidad del momento y los individuos pueden presentar comportamientos relativamente diferentes, siempre que, evidentemente, esas diferencias sean compatibles con el núcleo central. Son los elementos periféricos los que protegen el núcleo central, su tercera función; es este sentido algunos

elementos pueden ser transformados sin que haya una disminución del significado central. El sistemas periféricos permite la integración de diferencias individuales, relacionadas a las historia de los temas. Pero, en una perspectiva estructuralista, dos representaciones que difieren en sus núcleos centrales no son las mismas. En otras palabras, dos grupos pueden tener la misma representación de un objeto, con el mismo núcleo central, pero tener los modelos periféricos diferentes o “desigualmente activados” en palabras de Abric 1993 (citado por Cardoso 2011) por razones circunstanciales, principalmente de las prácticas individuales.

De lo anterior se resume que las representaciones sociales pueden parecerse o ser idénticas por sus núcleos centrales, pero pueden absorber fuertes diferencias interindividuales en sus sistemas periféricos. Es la articulación de este sistema doble lo que permite que las representaciones sociales asuman su función esencial: la adaptación socio-cognitiva. En síntesis una representación social cambia cuando su núcleo central sufre transformaciones.

La teoría del Núcleo central y su metodología

Anteriormente se había mencionado a Jodelet (1984, 1986) como uno de los referentes conceptuales de la teoría de las representaciones sociales. La propuesta metodológica de Jodelet es reconocida como el enfoque procesual dentro de la teoría de las representaciones sociales. Según esta propuesta, el procedimiento para acceder al contenido de una representación es la recopilación de un material discursivo producido en forma espontánea (conversaciones), o inducido por medio de entrevistas o cuestionarios. Pereira de Sá lo caracteriza como una aproximación cualitativa, hermenéutica, centrada en la diversidad y en los aspectos significantes de la actividad representativa; que tiene un uso más frecuente de referentes teóricos procedentes de la filosofía, la lingüística y la sociología; con interés focalizado sobre el objeto de estudio en sus vinculaciones sociohistóricas y culturales específicas, y con una definición del objeto como instituyente más que como instituido (Pereira de Sá, 1998).

Este trabajo como se anunció en un principio interrogará un poco a la teoría del núcleo central y su enfoque metodológico conocido como enfoque estructural.

La teoría del núcleo central, orientado por Abric (1994, 2001), como metodología utiliza las entrevistas individuales en las que se insertan otras técnicas, principalmente la asociación libre de palabras. Las investigaciones con este enfoque, recurren a los sujetos en más de una ocasión, en la búsqueda de un análisis más detallado y profundo. La jerarquización y la comparación de las elaboraciones de los individuos o grupos se realizan a través de métodos cuantitativos y cualitativos. Incorpora a los estudios grupos pequeños o grupos extensos dependiendo de la naturaleza u objetos de los estudios. Los instrumentos utilizados en la mayoría de las veces son los cuestionarios. También se registra la técnica de las entrevistas grupales, o grupos focales de número de sujetos pequeños, conducidos por un mediador que convoca a la discusión sobre el objeto de la representación.

La aplicación de la teoría del núcleo central en el trabajo investigativo de campo, propone construir cuestionarios con ítems que contengan palabras o contenidos sobre las representaciones sociales que se quieren identificar. Estas escalas son obtenidas a partir de ítems calificados con la más alta puntuación. La técnica con la que se ha estudiado a profundidad la estructura de la representación social ha sido a través de la asociación libre de palabras o con variaciones a partir de ella, ha sido la de Abric (1993). De acuerdo a esto, los elementos del nodo central son aquellos que cumplen dos o más criterios de registro, por ejemplo, una alta frecuencia en su aparición, o un rango bajo y permanente que le da una importancia alta (Verges, 1994).

La teoría del núcleo central desde su origen ha construido el bagaje teórico a partir de trabajos empíricos soportados en la experimentación, aplicación de cuestionarios, y uso de técnicas asociativas. Estas técnicas según Abric (1994, 2001) permiten estandarizar y cuantificar, conservando lo social y evitando la subjetividad el investigador y de los informantes. Las técnicas y estrategias experimentales en la investigación de representaciones sociales mediante el enfoque estructural del núcleo central han mostrado ser eficientes para producir hipótesis y observaciones sólidas y consistentes. De todos modos tendría algunas inconsistencias como lo señala Rodríguez (2007) cuando habla que la investigación experimental sugiere que las mediciones están también marcadas por la subjetividad, aunque trate de evitarse. Esta crítica en sí, es dirigida al modelo experimental de las ciencias en general.

Rodríguez (2007) reconoce múltiples ventajas de este tipo de investigación, el cual podría ampliar el valor de sus hallazgos mediante otras técnicas de origen cualitativo. Pero también percibe en el campo de la investigación cualitativa de las representaciones sociales la dificultad que resulta la identificación y organización de una representación social analizando discursos. Los materiales discursivos como entrevistas, discusiones grupales, documentos personales, que se obtienen a través de métodos cualitativos enfrenta al investigador con el problema de explicar las diferencias de los elementos cognitivos que se obtienen de los informantes sobre un objeto social. Toda vez que las nociones, creencias, ideas o imágenes que utilizan los informantes pueden estar en el mismo rango. Se presta que su valor sea ambiguo o relativo, implicaría un rigor a un mayor en la investigación cualitativa de las representaciones sociales.

La teoría del núcleo central constituye un desafío metodológico. Reconocer que hay elementos centrales y elementos periféricos en una representación social implica un desplazamiento de la atención del investigador del mero contenido a su estructura, es decir a su organización jerárquica interna (Rodríguez, 2007).

El criterio de validez de las teorías del núcleo central ha sido cuestionado en la comunidad científica como cualquier otra teoría en cuanto a su método de hallar adecuadamente el núcleo central y sistema periférico de las representaciones sociales. Moliner (2005) señala en ese sentido que en la concepción de Abric, el sistema periférico puede registrar rangos bajos y una frecuencia alta. Moliner propone introducir métodos de confirmación de la centralidad de los elementos identificados en una primera fase de identificación de elementos conformadores del núcleo central. En este sentido Flamet, 1994 (citado por Bachs 2000) propone el concepto de subestructura periférica, definida como un esquema periférico saliente con elementos de alta frecuencia y rango de orden bajo independiente del núcleo central que organiza ciertos elementos periféricos sin recurrir a un principio organizador del núcleo central, en función de las condiciones del contexto y que corresponde a un subgrupo de sujetos, sobre todo cuando una representación social está en proceso de transformación. Por otra parte, el uso de estos criterios de aparición no permite explicar claramente qué son los otros elementos que aparecen en una tarea de asociación de palabras que no cumplen algunos de los criterios de importancia, como por ejemplo de los rangos alto o lo de baja frecuencia.

Técnica de análisis de las frecuencias de datos en investigación de Representaciones Sociales.

El enfoque estructural de las representaciones sociales desde sus inicios por Abric (1994, 2001) adoptó los estudios cognitivos que buscan identificar procesos o estructuras representacionales utilizando las técnicas correlacionales y el análisis multivariado. Esto situó en esos tiempos a los estudios estructurales de las representaciones sociales dentro del paradigma cuantitativo de corte experimental. Asunto que marcó una tendencia, pero que no necesariamente es una orientación inamovible a seguir. Revisiones posteriores al enfoque estructural en cuanto a su metodología, indica que es un enfoque abierto tanto a la investigación cuantitativa y cualitativa (Rodríguez, 2007)

Según Escalante (2009, 2011) cuando se obtiene de una investigación un cuerpo de palabras, o significados o léxicos, el paso siguiente es el análisis. El investigador puede realizar análisis de frecuencias y análisis de relaciones. Las frecuencias sirven para medir estadísticamente datos descriptivos o para establecer escalas de dirección o intensidad. Igualmente el análisis de frecuencia funciona para codificar en categorías semánticas un cuerpo de palabras o texto. El análisis estadístico cuando se basa únicamente en la frecuencia de empleo, por ejemplo de vocabulario, no puede concluir una investigación; su tarea consiste en facilitar la construcción de hipótesis y categorías para un análisis más completo. El análisis de frecuencia es un tipo de análisis estadístico de tipo descriptivo y no inferencial. Funciona muy bien para describir y descubrir relaciones en las que apelando a la simple intuición no se hubieran observado. Este tipo de análisis aunque se emplea mucho en estudios cuantitativos no excluye estudios cualitativos. De alguna manera el análisis es más completo cuando la perspectiva cualitativa es tenida en cuenta.

Sobre la teoría de las representaciones sociales puede decirse que es una teoría abierta, puesto que da cabida tanto a investigaciones de corte experimental como a investigaciones cualitativas. Produce hallazgos válidos cuando se utilizan instrumentos como encuestas, cuestionarios asociaciones de palabras, generando resultados con signos matemáticos, tablas de cifra, o de frecuencia, gráficos de dispersión. Igualmente efectivo cuando investigaciones de corte cualitativo producen análisis del discurso, lecturas etnográficas o análisis

hermenéutico. Son tipos de tradiciones cada una con sus particularidades pero unidas en torno a una teoría general.

Reuniendo estas apreciaciones, se puede sugerir que en el campo de la investigación del enfoque estructural del Núcleo Central de las representaciones sociales, la utilización del análisis de frecuencias de datos es una metodología válida en la investigación cuantitativa y cualitativa. Sugiere que se puede incursionar para producir investigación con éxito en este campo,

Conclusiones

Esta sencilla revisión conceptual sobre las representaciones sociales, la teoría del núcleo central y su metodología, logra contener en un solo documento elementos teóricos necesarios para abordar la investigación sobre representaciones sociales, especialmente las de enfoque estructural. La recopilación teórica y las apreciaciones de autores visibles dentro de las investigaciones sobre las representaciones sociales, no establecen un debate actual sobre si el enfoque estructural es conveniente o no, o si sólo este enfoque debe direccionarse hacia un tipo de investigación, ya bien sea cualitativa o cuantitativa, dentro de las representaciones sociales. El enfoque estructural de las representaciones sociales se defiende suficientemente en el campo metodológico, puede utilizar herramientas como el análisis de datos de frecuencia y describir los procesos cognitivos y la asociación de significados dentro del núcleo central y el sistema periférico de una representación social.

Dentro de la amplia teoría de las representaciones sociales existen diversos enfoques y se pueden identificar un gran espectro de metodologías todas ellas suficientemente trabajadas, cualquiera de ellas es funcional si se ejerce con rigor científico. No queda duda de que en la investigación social se necesita frecuentemente analizar el comportamiento de un conjunto de datos con el objeto de determinar hechos o características que son de interés. Una parte importante del trabajo consiste en analizar una información que se nos presenta inicialmente en forma descriptiva. El análisis de datos no solo se refiere al análisis de números, sino que es el proceso más importante de una investigación donde de acuerdo a los objetivos de la investigación se requiere caracterizar y contextualizar los hechos estudiados.

BIBLIOGRAFIA

- 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, JC. (2001). "Metodología de recolección de las representaciones sociales, en *Prácticas sociales y representaciones*, México: Ediciones Coyoacán.
- Araya, US. (2002). Las representaciones sociales. Cuadernos de ciencias sociales. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales 127 (FLACSO). Sede Académica Costa Rica. Recuperado el día 15 Enero de 2014 de www.flacso.or.cr/index.php.
- Banchs, M. (2000). Aproximaciones procesuales y estructurales. Vol 9, pag 3.1-3.1.15. Peer reviewen Online Journal. Recuperado el día 15 de Enero de 2014 de www.psr.jku.at/PSR2000/9_3Banch.pdf
- Cardoso, J. (2011). Contenido y estructura de representaciones sociales sobre pedagogía y pedagogos en profesores de ciencias. Tesis. Burgos Julio. Recuperado el día 16 de Enero de 2014 de www.dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=23934
- 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. 2009, revista *Theoria*, Vol. 18 (1): 57-67. Recuperado el día 15 mayo 2015 de www.redalyc.org/articulo
- Escalante, E. 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 2015 de www.bibliotecadigital.uda.edu.ar

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 el día 18 mayo 2014 de www.flacso.or.cr/fileadmin/documentos/FLACSO/Cuaderno127.pdf

Jodelet, D. (1986). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En S. Moscovici (Ed.), *Psicología social II* (pp. 470 - 494). Barcelona: Paidós.

Moliner, P. (2005). La teoría del núcleo matriz de las representaciones sociales. En Rodríguez, T. & García, M. L. (Coords.). *Representaciones sociales. Teoría e investigación*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.

Moscovici, S. (1973). "Foreword", en Herlitz, C. *Health and Illness*. Londres: Academic Press.

Moscovici, S. (1979). Moscovici, S., (1979) *El psicoanálisis, su imagen y su public* Buenos Aires, Huemul.

Pereira de Sa, C. (1996) *Núcleo das Representacoes Sociais*, Petropolis: Vozes. Recuperado el día 17 de Enero de 2014 de www.mazzotti.pro.br/resources/SA

Pereira de Sa, C. (1998) *La construcao do Objeto de Pesquisas em Representacoes Sociais*. Rio de Janeiro: Ed. UERJ. Recuperado el día 17 de Enero de 2014 de www.infocien.org/

Rodríguez, T. (2011) Discusiones teórico-metodológicas sobre el carácter contextual de las representaciones sociales. En Sinéctica 36. Recuperado el día 18 de Enero de 2014 de www.sinectica.iteso.mx.

Rodríguez, T et al. (2007). Representaciones sociales. Teoría e investigación Universidad de Guadalajara. Primera edición. Recuperado el día 15 mayo 2014 de www.academia.edu/984196/Representaciones_sociales_

Vergés, P. (2001). L'analyse des représentations sociales par questionnaires. Revue française de sociologie Vol. 42, No. 3 (Jul. - Sep.), pp. 537-561. Recuperado el día 15 de Enero de 2014 de www.persee.fr/doc/rfsoc_

12. ANEXO 2.

REPRESENTACIONES SOCIALES DE LA SALUD DE UNA COMUNIDAD RURAL DE COLOMBIA

Jhony Alberto Moreno. Psicólogo, Esp. Salud Pública, candidato a Magister en Educación Universidad de Manizales-CINDE. Correo electrónico: jhon25@outlook.com.

Este artículo hace parte de los requisitos de grado para optar al título de Magíster en Educación, Fundación Centro Internacional de Educación y Desarrollo Humano CINDE y Universidad de Manizales, realizado entre Agosto de 2014 y Febrero de 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

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

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 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, Gutiérrez, Ballesteros, Izzedin, Gómez & Sánchez, 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 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 brindas

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 (Espinoza, 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 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, p17-18).

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).

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, 1994 citado por Tosoli, Oliveira & 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 de 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, 1994 citado por 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 pequeño para ser 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 (2002, 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 al número de relaciones del elemento con otros elementos y 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 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 de 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 socio económico 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 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 de 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	12	52,2
Agotamiento	4	17,4
Decaimiento	1	4,3
Desganado(a)	1	4,3
Dolor	3	13,0
Malestar	2	8,7
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
Muerte	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, que 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 también asocia la salud 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 proporcionarían 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 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 recurren 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 a la salud con la necesidad de ser disminuida la angustia, el sufrimiento y la incapacidad física y el temor a la muerte, de manera individual y 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 atención 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 automedica cuando se enferman.

La organización del núcleo central de la representación social de la salud, para el grupo investigado identificó Vida y Bienestar 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 intención de comparar. El bienestar como evocación central y los servicios asistenciales médicos en el sistema periférico son identificados (Knapp, León & Mesa, 2003). La salud en el núcleo central como un derecho universal, con igualdad entre todos, son relacionados por un grupo de mujeres (Comes & Stolkner, 2005). El bienestar físico, psicológico, espiritual, higiénico y la percepción de la salud como proceso dinámico (Herrera & 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 averiguar de esta manera en torno a las representaciones sociales que un grupo de personas concebían de algunos elementos de su contexto, 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, JC. (1994) *Metodología de recolección de las representaciones sociales. En Practiques sociales et Représentations*. Traducción al español por José Dacosta y Fátima Flores (2001). *Prácticas Sociales y Representaciones Sociales*. Ediciones Coyoacán: México.

Abric, JC. (2001). *Las representaciones sociales: aspectos teóricos*, en J. C. Abric, *Prácticas sociales y representaciones*, México, Ediciones Coyoacán.

Álvarez, L; Acevedo A. & 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 el día 14 Mayo de 2014 de <http://www.scielosp.org/scielo.php>

Cardona, A. & 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 el día 16 de mayo de 2014 de <http://scielo.sld.cu>
- Comes, Y & Stolkiner, A. (2005). Representaciones sociales del derecho a la atención de la salud de un grupo de mujeres pobres. *Facultad de psicología – uba*. Vol. 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*. Recuperado el día 20 abril de 2013 de <http://www.un.org/spanish/esa/sustdev/agenda21/riodeclaration.htm>
- Escalante, E. & 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. & 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. & 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 el día 16 de mayo 2014 de <http://scielo.isciii.es/scielo>
- González, F; Hernández, L. & Correa, K. (2013). Representaciones sociales sobre higiene bucal en madres y cuidadores de hogares infantiles. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39(1) 59-68. Recuperado el día 16 de mayo de 2014 de <http://scielo.sld.cu>
- Herrera, L. & 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 el día 13 de Febrero de 2014 de <http://biblioteca.unicafam.edu.co>

- Herrera, JI. & 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 del día 12 de Junio de 2014 de <http://www.tumbi.crefal.edu.mx/rieda/images/rieda>
- Herrera, N; Gutiérrez, M; Ballesteros, M; Izzedin, R; Gómez, A & 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 el día 16 mayo de 2014 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 el día 20 abril de 2013 de <http://www.flacso.or.cr/fileadmin/documentos/FLACSO/Cuaderno127.pdf>
- Knapp, E; Suarez, M & Mesa, M. (2000) Aspectos teóricos y epistemológicos de la categoría representación social. *Revista cubana de psicología*. 20 (1), 23-34
- Knapp, E; León, Y. & Mesa M. (2003). Representación social de la salud humana. *Revista cubana de psicología*, 20 (2), 153-164. Recuperado el día 10 de Febrero de 2014 de <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Recuperado 5 enero de 2013 de www.minsalud.gov.co/salud/
- Moliner, P. (2005). La teoría del núcleo matriz de las representaciones sociales. En Rodríguez, T. & García, M. L. (Coords.). *Representaciones sociales. Teoría e investigación* (2007). Universidad de Guadalajara Centro Universitario de Ciencias Sociales y Humanidades Editorial cucsh-udg. Recuperado el día 15 mayo de 2014 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 el día 5 Enero de 2013 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 el día 5 de junio de 2013 de <http://po,rtal.educ.ar/noticias/entrevistas/dra-denise-jodelet>

Rateau, P. & 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 el día 14 mayo de 2014 de <http://scielo.sld.cu/scielo.php>

Rodríguez, M. & Echemendía, B. (2011). La prevención en salud: posibilidad y realidad Revista Cubana de Higiene y Epidemiología, 49(1):135-150. Recuperado el día 14 de Mayo de 2014 de <http://scielo.sld.cu>

Rodriguez, T. & Garcia 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 el día 15 mayo de 2014 de <https://taniars.files.wordpress.com>

Rodriguez, T. (2011). Discusiones teórico-metodológicas sobre el carácter contextual de las representaciones sociales. Revista Sinéctica Mexico. Recuperado el día 15 mayo de 2014 de Sinéctica 36 www.sinectica.iteso.mx

Torres, T; Munguía, J; Pozos, B & 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 el día 6 de Mayo de 2015 de <http://www.elsevier.es/ap>

Tosoli, A; Oliveira, D. & 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 el día 15 de mayo de 2013 de [www.eerps-usp. Br/rlae](http://www.eerps-usp.br/rlae)

Vergara, M. (2009) *Representaciones sociales sobre salud, de algunos grupos de jóvenes de Manizales, Colombia*. Rev.latinoam.cienc.soc.niñez juv 7(1): 105-133. Recuperado el día 10 de mayo de 2013 de <http://www.umanizales.edu.co/revistacinde>

13. ANEXOS 3, 4, 5, 6, 7 y 8: INSTRUMENTOS Y EVIDENCIAS

Anexo 3.

PROTOCOLO APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS DE REPRESENTACIONES SOCIALES DE LA SALUD

FASE 1

1. Aplicación de Cuestionarios

a. Consentimiento Informado.

Leerlo en voz alta y explicar los objetivos de la investigación a todo el grupo de tal manera que puedan entenderla los participantes en diligenciar los cuestionarios siguientes. (Duración Actividad 15 minutos).

b. Cuestionario No.1 (Ficha de Identificación y Caracterización)

Suministrar. Leer en voz alta por el investigador las indicaciones al inicio del cuestionario. Indicarles a los participantes que su diligenciamiento es individual. El investigador responderá inquietudes sobre interpretación de preguntas, en cada puesto o lugar donde esté sentado el participante. (Duración actividad 25-35 minutos).

c- Cuestionario No.2.

Suministrar las hojas del cuestionario a cada participante, Luego leer en voz alta las indicaciones iniciales. Indicar que es personal su diligenciamiento. Indicar que el investigador resolverá inquietudes si levanta la mano en su puesto. (Duración 15-20 minutos)

En la fase 1, el desempeño frente a las preguntas de los cuestionarios, valora la información y las representaciones individuales. Por lo tanto debe tener control

sobre interacción o conversaciones entre los participantes que puedan afectar sus respuestas, o información excesiva del investigador. Aquí se va a lo preciso que señala el cuestionario. Control de la entrada y la salida de los participantes, que todos entren al mismo tiempo y que todos terminen la prueba al mismo tiempo. Si alguno altera estas condiciones deberán rechazar la validez y la confiabilidad del cuestionario no será tomada como válida para el análisis. Se busca que los participantes sean confiables y sus respuestas también.

FASE 2

2. Cuestionario No.3 (Cuestionario representaciones sociales Núcleo central)

La Fase 2 se realizara en otra sesión o luego de un descanso de 1 hora de la fase 1, esto con el propósito es que el grupo interactúen entre ellos y conversen sobre el cuestionario (sobre las representaciones de la salud). Generando un estímulo inductor para las pruebas siguientes:

- a. **Estimulo inductor:** El investigador(a) leerá las frases inductora sobre la salud al grupo (también puede acompañarse de un video sobre la salud o la enfermedad).
- b. **Suministrar a los participantes el cuestionario de representaciones centrales (el del circulo concéntrico de ítems del 1 al 5)).** El investigador leerá las indicaciones sobre su diligenciamiento. el cual podrán realizar en medio de las conversaciones que espontáneamente de presenten en lugar donde se desarrolla la prueba. Es decir que si las personas se organizan por su cuenta en grupos y la hacen, bajo la observación del investigador, en tanto no se copien unos a otros las respuestas, eso sería parte de la representación colectiva de salud. (Duración de 30 – 40 minutos) .

Duración efectiva de aplicación de los instrumentos 2:00 - 2:30 horas

Anexo 4.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Con este documento expreso mi aceptación para participar en la presente investigación.

Certifico que he sido informado de manera verbal suficientemente clara sobre los objetivos de la investigación **REPRESENTACIONES SOCIALES DE LA SALUD.**

He sido informado por el investigador responsable, de que mi intimidad y mi nombre no serán expuestos en la presente investigación, que los datos de esta investigación serán utilizados con fines estrictamente confidenciales.

Estoy conforme con participar en la investigación.

Fecha: _____

Firma del Participante

Firma del Investigador

Anexo 5

FICHA DE IDENTIFICACION Y CARACTERIZACION

Diligencia los datos que aparecen a continuación. La información que suministre es estrictamente confidencial y sólo será empleada con fines investigativos y orientada a profundizar el conocimiento que se tiene sobre la salud.

Conteste con sinceridad. Agradecemos su colaboración.

1. Identificación

Numero de Entrevista:

Fecha:

2. Identificación del (la) participante

Nombres y Apellidos: _____ Edad: _____ Sexo: M ___ F ___

Municipio: _____ Ocupacion: _____ Direccion _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Lugar de Residencia: _____ Urbana ___ Rural ___ Nivel Sisben 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___

Estado Civil: Casado(a) ___ Soltero(a) ___ Unión Libre ___ Viudo(a) ___ Vive con Esposo(a) ___ Hijos ___

Padres ___ Hermanos ___ Solo(a) ___ Hasta que año Estudio: Primaria ___ Noveno de Primaria ___ Bachillerato ___

Formación Técnica completa ___ Formación Tecnológica completa ___ Formación Universitaria Completa ___

Su Seguro de Salud o Came de afiliación o EPS Es: Contributivo ___ Subsidiado ___ No tiene EPS ___ Otra ___

El Nombre del Hospital o Clinica donde los atienden es: _____

Es Publico? ___ Privado? ___ El servicio de Salud que recibe es: Excelente ___ Bueno ___ Regular ___ Malo ___

El Servicio de Salud que le han prestado a personas conocidas o de su familia ha sido: Excelente ___ Bueno ___

Regular ___

Malo ___

3. Representación Social de la Salud

Tiene alguna Enfermedad? SI ___ NO ___ CUAL? _____

Describa o cuente que es la Salud para usted y que creencias o pensamiento tiene de la Salud, la Enfermedad y el Bienestar

Diga o cuente o como se imagina usted una persona saludable

Diga o cuente o como se imagina usted una persona Enferma

**Firma del
encuestado(a)**

Anexo 6.

CUESTIONARIO No.2

Las preguntas siguientes se refieren a lo que usted piensa sobre su salud.

Responda con sinceridad. Seleccione solo una única respuesta marque con una X la casilla que mejor la describa.

1. Para usted salud es:

Bienestar
 Vida
 Actividad
 Alegría
 Amor
 Energía
 Estar bien espiritualmente
 Estar bien económicamente
 Felicidad
 Limpieza
 Medicinas
 Trabajo
 Medico
 Hospital

2. Usted realiza actividades saludable como:

<input type="checkbox"/>	Tomar agua	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Buena alimentación	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Consultar al medico	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Dormir bien	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Hacer ejercicios	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Comer frutas	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Jugar	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Controlar el peso	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Respirar bien	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Sentirse a gusto	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Buena relaciones familiares	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Tener tranquilidad	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Sentirse viva(o)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Mirar el futuro	<input type="checkbox"/>

3. Para usted Enfermedad es:

Opuesto a Salud
 Agotamiento
 Cansancio
 Decaimiento
 Desganada (o)
 Dolor
 Malestar

4. Usted cuando se enferma piensa en:

<input type="checkbox"/>	Angustia	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Desesperación	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Enojo	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Tristeza	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Sufrimiento	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Incapacidad	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Muerte	<input type="checkbox"/>

5. Sobre su salud en este año puede decir que:

Me parece que me enfermo más fácilmente que otras personas
 Estoy más sano que cualquiera
 Creo que mi salud va a empeorar

Mi salud es excelente

6. Sobre Creencias y practicas sobre la salud usted puede decir que:

Va al médico de forma preventiva por los menos una vez al año

Cuando se enferma recurre a remedios caseros o se automedica

Cuando se ha enfermado ha recurrido a yerbateros o curanderos

Alguna vez has pensando que tener salud es cuestión de suerte

Alguna vez ha pensado que si se enferma es por cosas de la suerte o el destino

Su salud y tu bienestar dependen de usted o de otras personas

Nombres y Apellidos: _____

Firma: _____ Fecha: _____

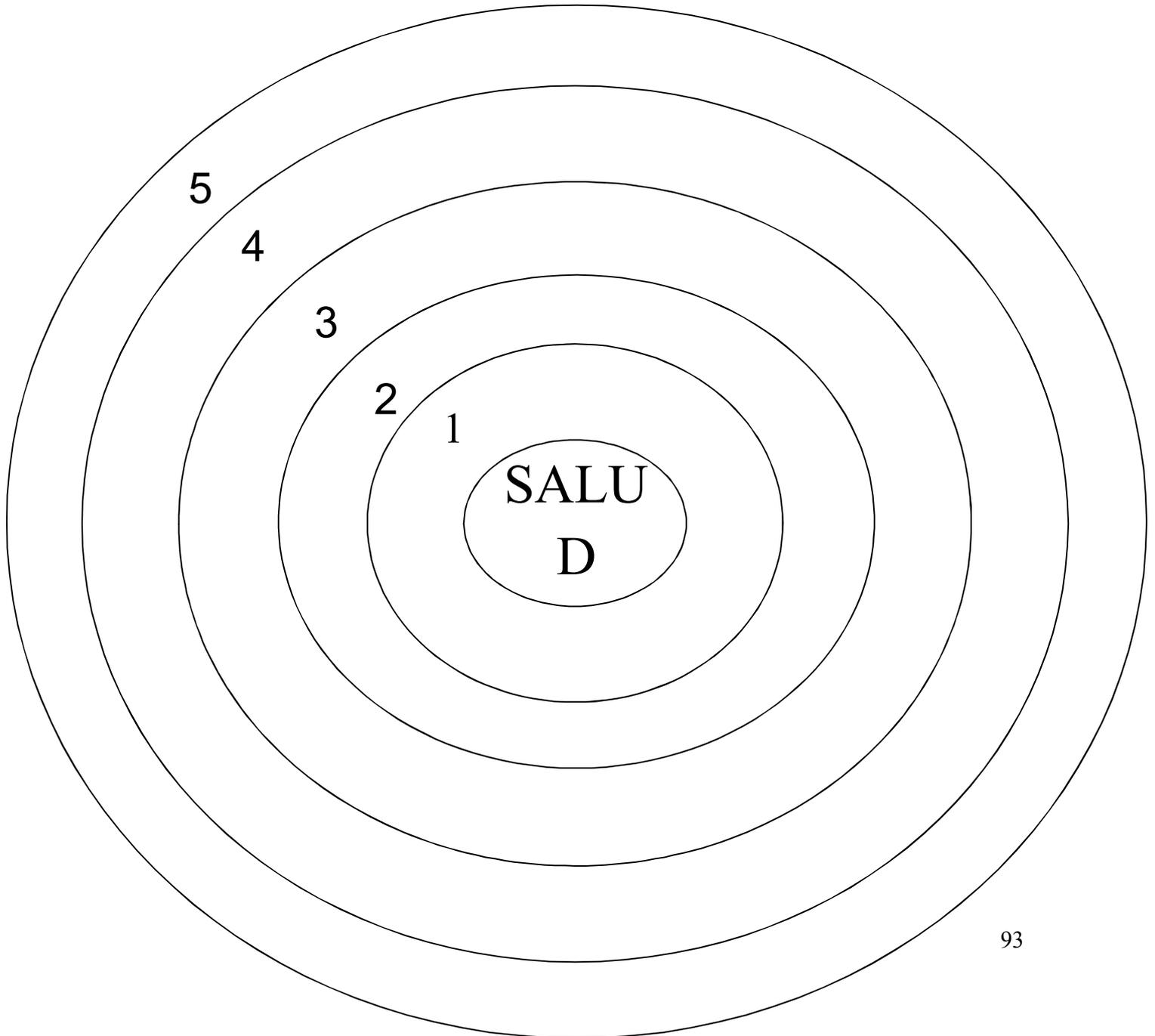
ESTIMULO INDUCTOR

- **¿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?**

Anexo 7. Cuestionario No.3.

NOMBRES Y APELLIDOS: _____ FECHA: _____

Alrededor de la palabra que aparece en el cuadro, escriba las palabras que le lleguen a la mente. Anote las palabras en orden de importancia 1, 2, 3, 4, y 5. La Palabra (1) sería la más importante, la (2) sería la otra importante y así sucesivamente hasta llegar a la número (5) que vendría siendo según usted la última, la menos importante.



ANEXO 8. EVIDENCIAS: REGISTRO FOTOGRAFICO

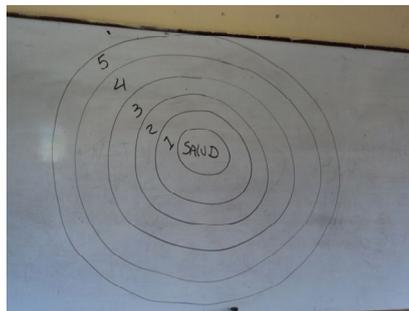
Imágenes Municipio de Zaragoza (Antioquia-Colombia) donde se realizo la investigación
Representaciones Sociales de la Salud 2013



Imágenes Municipio de Zaragoza (Antioquia-Colombia) donde se realizo la investigación Representaciones Sociales de la Salud 2013



Imágenes grupo participante en la investigación diligenciando instrumentos de la investigación Representaciones Sociales de la Salud 2013



Imágenes grupo participante en la investigación diligenciando instrumentos de la investigación Representaciones Sociales de la Salud 2013

