

Representaciones sociales sobre salud en adolescentes habitantes de calle, Medellín 2014

Laura Milena Monsalve-Escudero*
Vanessa Johana Arcila-García**
Betsy Andrea Suescun-Durango**
Jaiberth Antonio Cardona-Arias***

* Microbióloga y Bioanalista. Grupo de Investigación Salud y Sostenibilidad. Escuela de Microbiología, Universidad de Antioquia. Colombia.
** Estudiante Microbiología y Bioanálisis. Último año. Grupo de Investigación Salud y Sostenibilidad. Escuela de Microbiología, Universidad de Antioquia. Colombia.
*** Microbiólogo y Bioanalista, MSc Epidemiología. Escuela de Microbiología. Universidad de Antioquia UdeA, Colombia.
Correspondencia: Sr. Jaiberth Antonio Cardona Arias. Calle 67 Número 53 – 108, Bloque 5, oficina 103. Medellín, Colombia. Teléfono 2198486. Fax 2195486. Correo electrónico: jaiberthcardona@gmail.com.

RESUMEN

Introducción: En Medellín se desconocen las representaciones sociales sobre salud en habitantes de calle. **Objetivo:** Comprender las representaciones sociales sobre el proceso salud-enfermedad y enfermedades transmisibles en niños y adolescentes habitantes de calle, Medellín. **Materiales y método:** Teoría fundamentada con 20 personas pertenecientes a un programa educativo para personas de la calle, seleccionadas por muestreo teórico. Se realizaron entrevistas, diarios de campo, observación participante y no participante; codificación abierta, axial y selectiva; triangulación metodológica, investigativa y teórica. Se aplicaron los criterios de credibilidad, auditabilidad y transferibilidad. **Resultados:** La salud es un proceso determinado por los dominios histórico, social y empírico; ésta presenta tres dimensiones, la ambiental, la física y la emocional, siendo la última un elemento marginal en el grupo estudiado. La salud es multidimensional mientras que la enfermedad está circunscrita a lo físico; en consecuencia, los recursos terapéuticos se limitan a la intervención de alteraciones orgánicas. Las estrategias de intervención de la enfermedad giran en torno de la auto-atención y la atención por pares; mientras que los servicios de salud institucionalizados representan lo negativo en tanto constituyen espacios de estigmatización y eliminación de barreras protectoras como “*el mugre*”. El grupo presenta una teoría de la causalidad de las infecciones ligada a la contaminación ambiental y la violencia. **Conclusión:** Las representaciones sociales de la salud en el grupo de estudio distan de visiones hegemónicas que vindican su holismo, los dominios físico y ambiental constituyen el centro de sus referentes teóricos y prácticos frente a la enfermedad. **MÉD.UIS. 2016;29(3):33-42.**

Palabras clave: Conducta social. Percepción social. Jóvenes sin hogar.

Social representations of health in adolescents living on the street, Medellin 2014

ABSTRACT

Introduction: In Medellín the social representations of health in people of the street are unknown. **Objective:** To understand the social representations of health and communicable diseases in homeless young, Medellín. **Materials and method:** Grounded theory with 20 persons belonging to an educational program for homeless young, selected by theoretical sampling. Interviews, field notes, participant and non participant were conducted; open, axial and selective coding were done; and methodological, research and theoretical triangulation. The criteria of credibility, auditability and transferability were applied. **Results:** Health is determined by the historical, social and empirical domains; it has three dimensions, environmental, physical and emotional, the last being a fringe element in the group studied. Health is multidimensional while the disease is confined to the physical; therefore, resources therapeutic are limited to the intervention of organic alterations. Intervention strategies for the disease revolve around self-care and peer attention; while institutionalized health services, particularly hospitals, representing negative spaces because in this places are stigmatized and the health professionals removal the protective barriers as “*filth*”. The group presents a theory of causation of communicable diseases linked to the environmental pollution and violence. **Conclusion:** The social representations of health in the study group are far from hegemonic visions that vindicate his holism, physical and environmental domains are at the center of its theoretical framework and practical against disease. **MÉD.UIS. 2016;29(3):33-42.**

Keywords: Social behavior. Social perception. Homeless youth.

¿Cómo citar este artículo?: Monsalve-Escudero LM, Arcila-García VJ, Suescun-Durango BA, Cardiona-Arias JA. Representaciones sociales sobre salud en adolescentes habitantes de calle, Medellín 2014. MÉD.UIS; 29(3):33-42.

INTRODUCCIÓN

Existen diferentes concepciones del proceso salud-enfermedad las cuales varían según los referentes culturales, político-económicos y socio-demográficos de cada población. La literatura reporta diferentes modelos teóricos para abordar este proceso, el mágico-religioso centrado en una explicación espiritual y divina; el sanitarista, el cual explica la aparición de la enfermedad como consecuencia de malas prácticas de saneamiento; el modelo multicausal resalta la importancia tanto del ambiente, como del huésped y del agente etiológico; el modelo ecológico retoma las variables del anterior y tiene como valor agregado el hecho de crear relaciones causales entre sí; el modelo histórico-social incorpora esta dimensión en la explicación de las enfermedades; también se suman otros como el epidemiológico, el económico, el geográfico y el interdisciplinario¹.

A pesar de que los modelos expuestos definen los dominios o componentes determinantes del proceso salud-enfermedad, cada población presenta referentes axiológicos, pragmáticos o simbólicos que impiden que dichos dominios puedan tomarse como homogéneos o que puedan universalizarse dado que lo espiritual, lo sanitario, lo ecológico o lo histórico-cultural presenta una gran variabilidad entre grupos; además, es posible que en una población algunos componentes no sean importantes, tengan menor valor que otros o deriven en una construcción social diferente. En este orden de ideas resulta relevante la aproximación a las representaciones sociales que las comunidades tienen sobre diferentes procesos o situaciones, dado que éstas pueden abarcar aspectos que tradicionalmente no se incluyen en los análisis de las situaciones de salud de las poblaciones².

Las representaciones sociales aluden las formas en que los grupos sociales sintetizan las explicaciones sobre la realidad y los fenómenos sociales que conocen, clasifican y evalúan a partir de procesos de comunicación y pensamiento social. Las representaciones sociales agrupan elementos cognitivos, afectivos y simbólicos sobre los cuales las personas orientan sus conductas cotidianas y las relaciones con los otros, ponen límites a las acciones

y permiten conocer los procesos de configuración de la realidad social y aclarar los determinantes de las prácticas sociales².

El conocimiento de las representaciones sociales sobre el proceso salud-enfermedad resulta relevante en todo tipo de comunidades, pero de manera especial en grupos de alta vulnerabilidad social, económica y de salud, como los jóvenes de la calle. Esta población carece de acceso a la educación formal, están enfrentados a múltiples obstáculos para obtener atención médica preventiva, curativa o paliativa, y han apropiado la realidad con diferencias frente a otros grupos, en aspectos relacionados con ritos e imaginarios propios de la vida en la calle^{3,4}. Este grupo generalmente opta por la vida en la calle por razones como el consumo de drogas, la muerte de los padres y el rechazo de la familia^{5,7}. Se debe precisar que las personas en esta situación, además de presentar problemas de acceso a los servicios de salud, están expuestas a múltiples riesgos psicológicos, sociales, ambientales y biológicos que condicionan su perfil de salud; en este sentido, en algunas publicaciones se han reportado una elevada frecuencia de dolores abdominales, caries, Virus de la Inmunodeficiencia Humana, Virus de la Hepatitis B y C, y en general un elevado riesgo de contraer enfermedades infecto-contagiosas asociado al elevado consumo de alucinógenos^{3,6}.

Por otra parte, frente a los múltiples problemas de este grupo, se han desarrollado diversas iniciativas sanitarias y de investigación, entre estas últimas se destacan estudios sobre significados de salud⁸, investigaciones etnográficas focalizadas en la descripción de los actores y del entorno en que se desenvuelven⁹⁻¹² y manuscritos que describen las experiencias y el impacto que producen los centros de re-socialización¹³.

No obstante el contexto situacional e investigativo expuesto, aún existen carencias en relación al tema de las cosmovisiones de la salud en esta población, por lo que el objetivo de esta investigación fue comprender las representaciones sociales sobre el proceso salud-enfermedad en niños y adolescentes habitantes de calle del programa Patio 13, Medellín 2014. La relevancia de esta investigación radica en

la posibilidad de identificar nexos conceptuales y prácticos entre la población de estudio y el personal de la salud.

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de estudio: Teoría Fundamentada, como método analítico de aproximación a la realidad, incluyendo elementos inductivos (de los entrevistados) y deductivos (del equipo de investigadores) con el fin de comprender y teorizar fenómenos sociales¹⁴.

Participantes: Personas que voluntariamente asisten a las actividades convocadas por el programa “Patio 13 una escuela para los niños de la calle” con edades entre 9 y 22; ésta realiza acompañamiento espiritual, psicológico y pedagógico en zonas con gran afluencia de personas en situación de calle, sin restricciones de edad, aunque generalmente sólo asisten niños y jóvenes. Se incluyeron 20 personas que participan del programa, seleccionadas mediante muestreo teórico¹⁴.

Recolección de la información: Se realizaron visitas al lugar de encuentro de las profesoras del programa Patio 13 y los sujetos de estudio, el cual es un espacio en el centro de la ciudad de Medellín cerca del Sistema Metro donde cotidianamente viven y se movilizan las personas en situación de calle; este lugar está caracterizado por presentar un elevado tránsito vehicular especialmente de rutas de buses, moviliza una gran cantidad de personas en comercios informales.

En las cinco primeras visitas se realizaron observaciones no participantes con el fin de conocer la dinámica de encuentro entre las normalistas y los habitantes de la calle para acoplar la presente investigación con las actividades pedagógicas sin alterar el ambiente de trabajo. Posteriormente se realizaron observaciones participantes para ampliar la interacción con la población y permitir un abordaje más fluido en las fases siguientes de la investigación en las cuales se realizarían las entrevistas; durante estas observaciones las investigadoras se incorporaron de forma activa a las actividades propuestas por las normalistas. Ambas observaciones se plasmaron en los diarios de campo de cada una de las investigadoras, importantes a la hora de hacer triangulaciones y documentar información relacionada con las perspectivas *emic* y *etic*, la primera para captar las representaciones del sujeto de estudio como complemento de las

entrevistas y la segunda para captar las emociones, pensamientos y reflexiones de los investigadores.

Posteriormente se realizaron entrevistas semiestructuradas que incluían categorías preestablecidas como el concepto de salud, el concepto de enfermedad y estrategias de manejo de las dolencias y enfermedades; dichas entrevistas fueron aplicadas por el equipo de investigadores con el acompañamiento de las profesoras del programa; en éstas se grabó el consentimiento o asentimiento informado para cada participante el cual contó con aval de las directivas del programa; estas fueron transcritas para la categorización y codificación. Esta etapa se desarrolló entre agosto del 2013 y julio del 2014.

Análisis de la información: En la codificación abierta se establecieron las categorías descriptivas que se detallan en los resultados, éstas contienen información cuya naturaleza conceptual es similar; a su vez éstas se sometieron a una codificación axial para establecer las categorías analíticas, logrando así relacionar cada una de las categorías anteriores y formular subcategorías; finalmente la información obtenida se sometió a una codificación selectiva para integrar y refinar la teoría para que de este modo se derive en la estructuración de la matriz de significación¹⁴. Todo ello con base en un análisis hermenéutico de los datos obtenidos en el proceso itinerante de categorización.

Para garantizar el rigor metodológico se aplicaron los criterios de aceptabilidad, credibilidad, confirmabilidad y la aplicabilidad¹⁵. Adicional a ello, se hizo saturación de categorías descriptivas; triangulación investigativa, metodológica y teórica, y análisis comparativo constante el cual es determinante en las representaciones sociales para hacer un análisis descriptivo o de contenido y un análisis relacional-explicativo o de estructura interna².

Las representaciones sociales se estudiaron desde el enfoque procesual, caracterizado por acceder al contenido de las representaciones al recolectar el material discursivo generado en las conversaciones o inducido por entrevistas².

Aspectos éticos: Según la resolución 8430 de 1993, establecida por el Ministerio de Salud, esta

investigación se clasifica como un estudio sin riesgo. Además se aplicaron los principios de la Declaración de Helsinki.

RESULTADOS

Se exponen las categorías analíticas y descriptivas del estudio, con su clasificación como emergente en el desarrollo de las entrevistas o preestablecida en el listado de preguntas incluidas en el guion de entrevistas; el contenido de dichas categorías se expone en los párrafos posteriores. Este sistema categorial es producto de las entrevistas a 20 individuos, 65% hombres con edad media de 15,5 y desviación de 6,2 años (Ver tabla 1).

Tabla 1. Matriz categorial del estudio.

Categoría analítica	Categoría descriptiva	Tipo
Concepto de Salud	Dimensión Ambiental	Emergente
	Dimensión física	Preestablecida
	Dimensión emocional	Emergente
Concepto de Enfermedad	Dolencias y heridas	Preestablecida
	Enfermedades transmisibles	Preestablecida
	Teoría de la causalidad y transmisión de las infecciones	Emergente
Estrategias de acción o intervención de la enfermedad	Auto-atención	Emergente
	Atención por pares	Emergente
	Instituciones: farmacias y connotaciones negativas de los hospitales	Emergente

Fuente: autores.

CONCEPTO DE SALUD

Durante las primeras aproximaciones, la salud se conceptualizó a partir de términos como el bienestar, la integridad física, la percepción subjetiva de bienestar emocional, las buenas relaciones con los pares, llamados *parceros* o familia, y la ausencia de enfermedad; prueba de ello se encuentra en el

testimonio de un joven que indica “*la salud es que uno esté bien, cierto, que uno se sienta bien... ehhh salud no es... vea es que no solo es que uno esté bien sino también sentirse bien. Eso es muy importante. Entonces tampoco que a uno le den enfermedades, porque cuando a uno le dan enfermedades no tiene salud*”. Dado que este grupo se diferencia de otros habitantes de calle al participar del Programa Patio 13, se profundizó la conceptualización inicial con el fin de delimitar si tales alusiones eran propias del grupo de estudio o si eran emulaciones del discurso de los formadores de Patio 13, en este sentido emergió el concepto de salud como subsunción de tres dimensiones: la ambiental, la física y la emocional.

En la dimensión ambiental se identificaron dos componentes, denominados contexto y entorno. En el contexto se describieron condiciones sociales propias de los ambientes en que este grupo vive su cotidianidad, las cuales se caracterizan por ser contextos de violencia, de venta y consumo de alucinógenos, de robos y violencia física; y por ser escenarios donde los adolescentes se exponen a múltiples riesgos para su salud siendo de mayor importancia el riesgo vehicular por ser ambientes donde confluye una gran cantidad de rutas de buses de toda la ciudad. Este componente se relaciona con la dimensión física dado que la violencia y el riesgo de accidentalidad son identificados como los principales generadores de heridas en el grupo.

El segundo componente de esta dimensión es el entorno, referido como la parte espacial-física-geográfica en la que habitan la mayor parte del tiempo los niños y adolescentes del estudio, caracterizado por ser ambientes a la intemperie, con dificultades de acceso al agua potable, con un contacto prolongado con basuras, dependiendo de las condiciones climáticas son lugares húmedos o donde resulta difícil la ubicación en un espacio seco; aspectos que conducen a que el sujeto esté sucio o con “*mugre*”. Los factores descritos en este componente también presentan una relación directa con la dimensión física de la salud, al ser identificados como causales de infecciones. En general, la dimensión ambiental de la salud fue la referida como de mayor importancia en la medida que en ella se incluyen todos los factores causales de las alteraciones en la salud y la presentación de las enfermedades.

Los componentes de la dimensión física fueron las heridas, el dolor, las infecciones y la autoimagen,

esta última como un componente compartido con la dimensión emocional. Con excepción de la autoimagen, los componentes de esta dimensión presentaron la mayor relevancia en la conceptualización de la enfermedad, a tal punto de lograr identificar que en este grupo no se alude el proceso salud-enfermedad como una unidad, sino que la salud es un concepto multidimensional mientras que la enfermedad se reduce a la dimensión física; en este orden de ideas, todos los recursos terapéuticos identificados y usados por los niños y adolescentes en situación de calle de Patio 13 están dirigidos a la atención de los primeros tres componentes mencionados.

En la dimensión emocional, los componentes identificados fueron la autoimagen, los sentimientos positivos y el sentido de trascendencia. Se exalta el papel que juega la autoimagen dentro de los participantes para considerarse a sí mismos en buen estado de salud; contrario a lo que se pensaría al juzgar su apariencia “sucía”; la forma como se perciben tanto en su atuendo como en su corporalidad es un factor importante para reflejar la salud del individuo y condiciona la presencia de sentimientos positivos. En relación con el sentido de trascendencia, fue recurrente que aludieran “el temor a la muerte”: *“uno aprende a convivir con la muerte, uno duerme con la muerte y la conoce para no morir”*; si bien los sujetos de este estudio son conscientes de que la muerte está presente en cada instante por los riesgos inherentes a vivir en las calles, para ellos evitarla es una lucha diaria. El temor a esta se sustenta en que los niños y adolescentes aducen que han *“hecho cosas malas que deben pagarse”* y ven la muerte como un ámbito en el que no podrían evadir una suerte de *“justicia divina”*, por lo que se identificó un sentido de trascendencia. Entre las tres dimensiones analizadas se debe indicar que la emocional es la menos referida en las categorías relacionadas con el horizonte causal de la enfermedad y la orientación de recursos terapéuticos.

CONCEPTO DE ENFERMEDAD

La enfermedad se circunscribe a la presencia de heridas, dolores e infecciones; las dos primeras son las más importantes por la elevada frecuencia con que ocurren y por ser consecuencia de la exposición a escenarios de alto riesgo social por la violencia, el consumo de alucinógenos y el riesgo vehicular.

Para los jóvenes el medio ambiente juega un papel importante en la adquisición de enfermedades, es

así como la contaminación de los carros en el aire, la presencia de basuras en lugares diferentes a los sitios de recolección, las aguas sucias y estancadas después de la lluvia, y la convivencia en ambientes húmedos, son factores que pueden contribuir al deterioro de la salud como se infiere de los testimonios siguientes: *“Los buses pasan y dejan ese humo negro tan horrible que al respirarlo ahí mismo lo hace estornudar y eso es como una gripa”*; *“Uno se acostumbra a las basuras y a buscar cosas en ella, pero no en todas partes, imagínese usted basuras por todos lados, se enferma uno siempre y no aguanta...mmm...es que en las basuras hay muchos bichos raros”*; *“Los lugares mojados no son buenos para estar mucho tiempo o dormir porque uno se traga lo que se levanta del piso y le da gripa o si se queda dormido en lugares con aguas, se traga uno el agua sucia y se puede morir”*.

Por su parte, las infecciones presentaron cuatro explicaciones causales, la primera indica que éstas son un componente de la dimensión física, en ésta se identifican algunas enfermedades, signos y síntomas asociados a enfermedades transmisibles que se presentan por azar o espontáneamente; la segunda obedece a un desenlace derivado de las heridas que no recibieron un buen manejo, la tercera muestra las infecciones como consecuencia de la exposición a entornos insalubres descritos en la dimensión ambiental y en la última acepción aparecen como eventos causados por el contacto o cercanía con otros infectados.

ESTRATEGIAS DE ACCIÓN O INTERVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Las estrategias se clasificaron en auto-atención y atención por pares, las cuales varían en la forma de conseguir los recursos terapéuticos, es decir, ante algunas enfermedades se busca un tratamiento de manera individual, sin incluir personal especializado, y frente a otras son los *“parceros”* quienes lo suministran; dichos recursos incluyen el uso de alucinógenos, la consecución de algunos medicamentos en farmacias y asistencia institucional en hospitales.

El uso de alucinógenos como recurso terapéutico se da en dos sentidos. Cuando surge algún dolor la alternativa más generalizada es el uso de drogas psicoactivas puesto que éstas diezman la dolencia. La segunda situación es cuando se ha sufrido de heridas, con arma blanca, en este punto los jóvenes no hacen uso de drogas psicoactivas con la misma intensidad

para evitar complicaciones en la herida, puesto que al no cuidarla adecuadamente, al estar en un estado de alucinación por las drogas, se pueden sufrir infecciones que dificultan la recuperación: “Con un dolor, es muy fácil... uno se droga y ya no siente nada, como el dolor de cabeza y el de estómago... o a veces esos dolores de la espalda por dormir por ahí tirado”; “Cuando a uno lo apuñalan no se puede drogar mucho o muy fuerte, ¿sí me entiende?, porque si se droga así mucho no se cuida la herida y se le infecta”.

Como recurso terapéutico adicional está el uso de medicamentos que consiguen en las farmacias o droguerías de la ciudad: “Uno conoce el acetaminofén y que sirve para el dolor de cabeza, y es muy fácil ir a la farmacia y pedir una pastilla. A veces las muchachas bien de las farmacias le ayudan a uno”. Ante enfermedades de mayor gravedad se evita la asistencia hospitalaria dado que esta es vista como lesiva en la medida que el hospital es un lugar donde se viven rechazo y estigmatización por parte de otros pacientes y de manera más marcada por el personal asistencial. Además, una de las primeras acciones en los hospitales es el aseo del habitante de calle, lo cual es nocivo para ellos debido a que “el mugre” es concebido como una de las barreras de protección más importantes de esta población frente a la enfermedad. Por ello, en lugar de buscar asistencia hospitalaria en enfermedades graves se acude a la atención por pares; esta es una de las estrategias de intervención de la enfermedad de mayor importancia porque los pares, generalmente alguien de mayor edad o tiempo en la calle, posee más experiencia en el medio y les puede ofrecer una alternativa de curación considerada efectiva: “Cuando estoy enfermo voy a donde un amiguito que me diga él que hizo cuando se sintió así tan enfermo”; “Pues a veces voy donde una señora que nos ayuda, ella vive por el parque Bolívar, a ella le dicen “La Bruja”, ella siempre nos ayuda y nos colabora”.

Por último, en las estrategias de intervención, principalmente como medio de prevención de las infecciones, se registraron prácticas como el aislamiento de las personas sintomáticas; ante signos y síntomas como la tos, fiebre, diarrea o cuando su apariencia física está deteriorada, prefieren dejar al sujeto en los andenes para que se recupere, por temor a contraer la misma enfermedad: “Cuando uno ve a un parcero enfermo o muy mal... tosiendo mucho o que caga mucho, es mejor dejarlo solo porque está enfermo, y pues... para que a uno no le dé lo mismo”. Como una excepción, la población refiere que si su

pareja presenta algún signo de enfermedad tales como llagas o heridas infectadas, ésta no es aislada y no les preocupa estar en contacto con ella: “Pues, es que si a uno la novia se le enferma, como es la novia uno no la deja tirada. Por ejemplo la otra vez a la rapera le dio unas llagas en la boca, pero como es mi novia yo no iba a dejar de parchármela”.

“Por eso en la calle uno sabe que si la mugre esta por fuera o sobre el cuerpo no le va a pasar nada, pero si se mete, de pronto si le pasa algo”. En este punto se debe aclarar que, si bien la autoimagen juega un papel importante en su salud, sin duda alguna percibir que su piel tiene un aspecto considerado como “sucio”, no es algo que impacte negativamente sus representaciones sociales de la salud, dado que resulta más relevante prevenir las enfermedades, máxime cuando se encuentran por largos periodos de tiempo en la calle.

En resumen, la salud es un proceso determinado por tres dominios: el histórico, el social y el empírico, en el primero aparecen las historias de vida de los adolescentes habitantes de calle; en el dominio social se circunscribe el acervo de este grupo social, construido por múltiples representaciones y prácticas sobre la cotidianidad en la calle y que, en la consolidación por parte de varias generaciones, han configurado su identidad de “habitante de calle” caracterizado por patrones de comportamiento que presentan alguna regularidad en la población. El dominio empírico es la subsunción de múltiples estrategias de acción que incorporan los habitantes de calle para vivir su cotidianidad y para enfrentar y sobrevivir a los contextos de riesgo y violencia característicos de sus lugares de vida (Ver Figura 1).

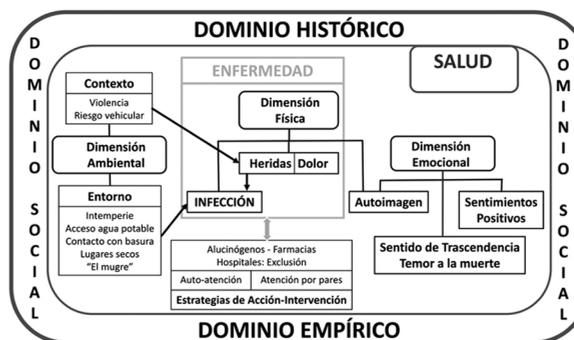


Figura 1. Teoría sobre las representaciones sociales relacionadas con el proceso salud-enfermedad en personas en situación de calle. Fuente: Autores.

Los dominios descritos, en el caso de estudio de la salud, derivan en la delimitación de tres

dimensiones, que en orden de importancia son la ambiental (con los componentes de entorno y contexto), la física (con los componentes de heridas, dolor, autoimagen e infección) y la emocional (que comparte el componente de autoimagen con el físico e incluye dos adicionales: los sentimientos positivos y el sentido de trascendencia), la primera es la más relevante en la medida que el contexto y el entorno son los causales de enfermedades e infecciones; la segunda en orden de importancia es la dimensión física dado que en ésta se explicita el concepto de enfermedad como un sub-componente de la salud, el cual es generado por las condiciones ambientales hostiles que producen heridas, dolores e infecciones. La dimensión emocional, aunque fue aludida por los sujetos de estudio, no constituye un aspecto estructural en el modelo dado que sus componentes no permean la cotidianidad del habitante de calle, ni tienen un rol determinante en la configuración de su identidad, sino que aparecen de forma ocasional ante situaciones muy concretas como accidentes graves.

DISCUSIÓN

Se identificaron tres dimensiones de la salud, entre las cuales la ambiental constituyó la de mayor relevancia y la emocional la de menor, esto pone de manifiesto las múltiples representaciones sociales que existen sobre el proceso salud-enfermedad en diferentes poblaciones, dado que lo expresado por los niños y jóvenes en situación de calle difiere de lo hallado en otros grupos, como se indica en los párrafos siguientes, y recaba en la necesidad de incrementar los estudios en esta área.

En este sentido, investigaciones previas sobre las representaciones sociales del proceso salud-enfermedad en otras poblaciones como indígenas, han documentado diferencias importantes como concebir el proceso salud-enfermedad como la armonía en las dimensiones psíquico-mental, espiritual, social, ambiental y físico-biológica; brindarle mayor peso en dichas representaciones al componente simbólico-espiritual; en la teoría de la causalidad de las enfermedades fundamentan las explicaciones en dominios sobrenaturales; los recursos terapéuticos resultan muy diferentes a los expuestos en esta población; en indígenas no separan las acepciones de salud y enfermedad, entre otras divergencias¹⁶⁻¹⁸. En estudios similares en personas con VIH/SIDA también se indican representaciones sociales diferentes como el tomar la asistencia hospitalaria como un eje o aspecto determinante

del estado de salud, a diferencia de las personas en situación de calle que aluden este tipo de asistencia como un componente negativo¹⁹.

A pesar de que inicialmente se podría aludir que las comparaciones anteriores no resultan válidas por tratarse de grupos poblacionales disímiles, la pretensión de tal contrastación es recabar en la necesidad de concretar modelos teóricos sobre las representaciones sociales del proceso salud-enfermedad en cada colectivo, dado que cada grupo expone diferencias en su universo simbólico, las cuales derivan en formas totalmente diferentes de representar y vivir lo relacionado con la salud y la enfermedad, y esto debe conocerse por todos los interesados en formular, implementar, modificar, explicar o mejorar diversas estrategias o acciones en salud.

En relación con los hallazgos de la dimensión ambiental como entorno que permite el desenvolvimiento de cualquier grupo humano y marca el escenario cultural que posibilita los aconteceres y las prácticas cotidianas, el departamento de salud pública y medio ambiente de la OMS²⁰ ha indicado que esta dimensión está relacionada con un 24% de la morbilidad y 23% de la mortalidad atribuible a factores de riesgo medio ambientales. En ésta vale indicar que los riesgos vehiculares y la violencia inherentes al estilo de vida en la calle constituyen un elemento importante en las representaciones sobre la salud; por un lado la violencia y las consecuencias físicas de las riñas, al igual que algunos momentos en los cuales hay enfrentamientos con la fuerza pública²¹, conducen a heridas y dolencias corporales; por otro lado, los riesgos vehiculares se instauran como un elemento de gran importancia para el grupo de estudio, puesto que el centro de la ciudad de Medellín es transitado por múltiples rutas de transporte que atentan contra la integridad física de los jóvenes.

Para los jóvenes y niños entrevistados resulta claro el elevado riesgo ambiental al que están expuestos, puesto que la contaminación es declarada como una causa del deterioro de su salud. La población entrevistada refiere que “*el humo de los carros afecta la respiración*”, asociación que claramente se ha discutido en otros estudios²². La falta de agua potable también representa una causa de enfermedad, al igual que las basuras, sin embargo los participantes refieren la necesidad de manipular este tipo de materiales en búsqueda de comida, pues para ellos las enfermedades causadas por agua y alimentos en mal estado pueden ser manejadas con facilidad

con drogas psicoactivas o medicamentos (purgantes, analgésicos) sin prescripción que consiguen en farmacias, situaciones que resultan de alto riesgo para la salud como se ha documentado en textos previos^{23,24}.

La importancia de la dimensión ambiental también se relaciona con el carácter nómada de la población, donde se busca el alimento, el vestido y los lugares para dormir, según lo permita la zona de ciudad en que viven. En este dominio, particularmente lo referido a los contextos de violencia, se debe decir que otras caracterizaciones de población habitante de calle reiteran que su vida se da entre situaciones de consumo habitual de drogas, prostitución, maltrato, agresión y violencia⁶.

En la dimensión emocional, específicamente el componente de trascendencia con el subsecuente temor a la muerte, se debe precisar que éste tiene un carácter más arraigado en actitudes religiosas, puesto que la población expresa que si bien la muerte es una situación a la cual se enfrentan constantemente, le tienen miedo, lo que motiva la necesidad de aferrarse a las estructuras religiosas, pues en ello se cifra la esperanza de mejoría y de una vida sin dolor; resultados similares en cuanto al concepto de espiritualidad se han encontrado en el trabajo del grupo de González, sin embargo, existe una diferencia debido a que la población participante en el estudio de referencia expresan no sentir temor a la muerte²⁵. En este sentido, la enfermedad al ser una pérdida de salud, se convierte a su vez en un paso previo a la muerte y por ello evitan sentirse y percibirse enfermos. De esta percepción se desprende el concepto de autoimagen como referente de salud y cómo ésta tiene importancia en su estado físico, ya que ellos comprenden la salud como verse bien ante sus ojos, no tener ninguna herida; encontrado también en el trabajo del grupo de González, donde “estar sano es mantener su cuerpo en buenas condiciones generales y conservar las costumbres culturales”²⁵.

El concepto de enfermedad en la población entrevistada da cuenta de aspectos importantes que se relacionan con mayor frecuencia con la dimensión física. Por un lado se hace gran énfasis en las dolencias corporales y en la aparición de síntomas como “la tos”, tal representación es reportada en otras poblaciones de edad similar²⁶. En general, cuando se trata de dolores la opción terapéutica entre la población es el uso de drogas psicoactivas como la marihuana y otras sustancias como el sacol

que ejercen un efecto sobre el sistema nervioso central, situación también descrita en otras fuentes²⁷.

En resumen, las estrategias de intervención de la enfermedad y las infecciones que expone el grupo, son coherentes con lo expuesto por Gutiérrez sobre los sistemas médicos; los cuales se definen como una urdimbre de concepciones y prácticas sobre las causas y curación de enfermedades; condicionado por dominios culturales, económicos, religiosos, educativos y familiares, y por el acervo de la comunidad; estos incluyen tres sectores, profesional, folclórico y popular, de los cuales sólo el último es utilizado por los participantes de este estudio. El sector popular se caracteriza, entre otros aspectos, por subsumir creencias individuales y grupales sobre la salud, y decisiones sobre cuándo y a quien consultar sobre un problema de salud y su tratamiento; en este sentido las representaciones sociales expuestas giran en torno de este sector, el cual ha sido poco explorado²⁸.

El estudio de las representaciones sociales es relevante por brindar un marco explicativo de comportamientos, ampliando el plano de las interacciones y de lo cultural; conocer las representaciones sociales es un paso determinante para modificar una visión de mundo y con ello una práctica social^{24,29,30}. En esta investigación se aplicó en enfoque procesual de las representaciones sociales, el cual es afín a la escuela clásica de Jodelet y Moscovici, que metodológicamente recurre a técnicas cualitativas y privilegia la dimensión social, cultural y de las interacciones; a diferencia del enfoque estructural que privilegia el contenido cognitivo o psíquico. Además el enfoque procesual presenta convergencia con los planteamientos del interaccionismo simbólico, como la conciencia de reactividad, es decir, no tomar los efectos que tiene el entrevistador sobre el sujeto de estudio como un asunto metodológico indeseable sino como un componente propio de la interacción social; la focalización del análisis en estructuras micro-sociológicas y micro-psicológicas, más que en las instituciones o sociedades; la visión de la sociedad como ejes de producción simbólica y proceso, más que un estado; la concepción de los sujetos como agentes activos y no como entes pasivos víctimas de fuerzas externas incontrolables, y el suponer que lo real es lo que los miembros de un grupo definen como tal en tanto que esta visión de la realidad es la que orienta las acciones^{2,31}. Además el enfoque procesual expone como presupuestos epistemológicos y

ontológicos, el acceso a las representaciones sociales a partir de un análisis hermenéutico o de visión del sujeto como generador de sentido².

Sumado a lo expuesto, se debe aclarar que en América Latina el enfoque procesual ha sido el más empleado en el estudio de las representaciones sociales, particularmente en México, Brasil y Venezuela, con una fuerte tradición cualitativa³¹. En contraste con Europa donde se concentra la mayor producción en el estudio de las representaciones sociales, las cuales se dan con mayor frecuencia desde el enfoque estructural^{2,32}.

En razón de la tendencia latinoamericana de estudio de las representaciones sociales a partir de investigaciones cualitativas, la teoría fundamentada ofrece varias ventajas como usar el método comparativo constante que permite construir modelos teóricos acerca de las interrelaciones de los diferentes aspectos del fenómeno de estudio; cumple el doble propósito de describir y explicar el contenido y la estructura interna de la representación, y trabaja diversas categorías emergentes que maximizan la construcción del fenómeno investigado^{2,14}.

En relación con la importancia de la comprensión, y como forma de sustentar la elección de este término en el objetivo general de este estudio, vale decir esta ocurre cuando las personas pueden “desplazarse a la situación de otro hombre” y tomar conciencia de la alteridad. En este orden de ideas vale citar dos textos de Ruiz que sustentan la importancia de la comprensión: “si la información es lo que constituye nuestro ser histórico en cuanto ella señala un estado de precomprensión, la conversación en cambio es la que posibilita la apertura de mundo”, “en calidad de oyentes no sólo comprendemos lo que se nos dice sino que mediante esta experiencia alcanzamos una comprensión de nosotros mismos”³³.

CONCLUSIONES

Las representaciones sociales de la salud en el grupo de estudio distan de visiones hegemónicas que vindican su holismo; los dominios físico y ambiental constituyen el centro de sus referentes teóricos y prácticos frente a la enfermedad. A diferencia de lo expuesto para otras poblaciones, la salud y la enfermedad representan realidades conceptualmente independientes, por lo que no existe un proceso salud-enfermedad sino que cada una representa un fenómeno diferente.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no poseer conflicto de intereses para la publicación de este manuscrito.

FINANCIACIÓN

Financiado por la Universidad de Antioquia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arredondo A. análisis y reflexión sobre modelos teóricos del proceso salud-enfermedad. *Cad. Saude Publ.* 1992;8(3):254-61.
2. Araya Umaña S. Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión. Costa Rica: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO); 2002.
3. Hernández M, Silva G, Marín J, Cardona J, Miranda M, Díaz I, et al. Perfil de salud oral en indigentes del centro de la ciudad de Guadalajara, México. *Revista Médica.* 2012;4(1):8-12.
4. Ossa L. Adolescentes en situación de calle: Construcción de identidad en situación de extrema vulnerabilidad. Un acercamiento cualitativo. Santiago de Chile: Universidad de Chile; 2005.
5. Departamento Administrativo Nacional de Estadística, Dirección de Censos y Demografía, Colombia. Habitantes de la calle III Censo Sectorial 2001. Bogotá D.C.: Departamento Administrativo Nacional de Estadística; 2002.
6. Castañeda O, Sandoval C. Proyecto de Acuerdo 228 de 2008 por el cual se crea el plan de brigadas de salud dirigidas a los habitantes de calle. Concejo de Bogotá D.C Bogotá D.C. 2008.
7. Concejo de Bogotá. Proyecto de acuerdo No. 008 DE 2009 por el cual se establecen lineamientos de política pública para la atención, inclusión y mejoramiento de la calidad de vida del habitante de calle en el Distrito capital, y se dictan otras disposiciones. Concejo de Bogotá D.C. 2009.
8. Hurtado Gutiérrez M, Giraldo Pineda A, Forero Pulido C. Significados de la salud para los niños de la calle en Medellín, Colombia. *Index de Enfermería: Información bibliográfica, investigación y humanidades.* 2011;20(3):147-50.
9. Tamayo L, Múnera J. Caracterización de la niñez y adolescencia en situación de calle del centro de Medellín: una aproximación etnográfica desde la salud pública. Medellín: Universidad de Antioquia. 2008.
10. Orozco Salazar EB. Habitantes en situación de calle y construcción territorial en el centro occidente de Medellín. *Revista de la Facultad de Trabajo Social.* 2007;23(23):136-47.
11. Muñoz M. Prácticas de vida cotidiana de las niñas en situación de calle, que habitan los sectores de Barrio Triste, Guayaquil, Prado Centro y la Macarena, de la ciudad de Medellín, en el año 2004. Medellín: Universidad de Antioquia. 2004.
12. Suárez L, Giraldo Á, Zapata N. Vivir en la calle: un ambiente condicionado por el otro: significados del ambiente en los niños en situación de calle Medellín 2008. Medellín: Universidad de Antioquia. 2009.
13. Giraldo Á, Forero C, Sánchez D, Castaño N. Significados de las instituciones de apoyo para los niños en situación de calle, Medellín, Colombia. *Index de Enfermería: Información bibliográfica, investigación y humanidades.* 2012;21(4):204-8.
14. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Universidad de Antioquia. 2012. p. 340.
15. Castillo E, Vásquez M. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colomb Med.* 2003; 34(3): 164-7.
16. Cardona J, Palomino Y. Representaciones sociales sobre medicina tradicional y enfermedades foráneas en indígenas EmberaChamí de Colombia. *Rev Cubana Salud Pública.* 2012;38(3): 471-83.
17. Cardona J. Sistema médico tradicional de comunidades indígenas Emberá-Chamí del Departamento de Caldas-Colombia. *Rev. Salud pública.* 2012;14(4): 630-43.
18. Cardona J. Vínculo entre mestizaje y salud en un sistema médico

- de una comunidad indígena Colombiana. *Rev Cubana Salud Pública*. 2013;39(4):651-64.
19. Cardona J. Representaciones sociales de calidad de vida relacionada con la salud en personas con VIH/SIDA. *Rev. Salud pública*. 2010;12(5):765-76.
 20. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Departamento de Salud pública y medio ambiente. Impacto del medio ambiente en la salud. Ginebra: 2016. Disponible en: http://www.who.int/phe/about_us/es/
 21. Personería de Medellín. Informe sobre la situación de los derechos humanos en la ciudad de Medellín. Medellín: Personería de Medellín. 2013. p 273.
 22. Contreras G, Salas I. Contaminación ambiental del aire en Buenos Aires, Argentina. *RIAT*. 2012;8(1):34-41.
 23. Agudelo F. Riesgo ambiental y salud pública en un barrio conformado por invasión en Medellín: El caso de La Divisa. *Salud Uninorte*. Barranquilla (Col.). 2009;25(2): 197-204.
 24. World Health Organization. Drug information. *WHO Drug Information*. 2000;14(1):1-76.
 25. González MA, Blandón D, Quiceno JA, Giraldo Á, Forero C. Habitar bajo los puentes: vida y muerte; dos formas de comenzar algo. *Rev. Fac Nac. Salud Pública* 2014; 32(2): 36-41.
 26. Barraza A, Sanín L, Téllez M, Lacasaña M, Romieu I. Prevalencia de asma y otras enfermedades alérgicas en niños escolares de Ciudad Juárez, Chihuahua. *Salud pública Méx*. 2001. 43(5):433-43.
 27. Forselledo A. Niñez en situación de Calle. Un modelo de prevención de las farmacodependencias basado en los derechos humanos. Uruguay: Boletín del Instituto Interamericano del Niño N°236. 2001.
 28. Gutiérrez V. Tipología de la medicina tradicional y caracterización de los sistemas médicos. En: Gutiérrez V. *Medicina tradicional de Colombia. Magia, Religión y Curanderismo*. Medellín; Editorial Presencia Ltda. UNAL. 1985. p. 9-30.
 29. Banchs M. Representaciones sociales: pertinencia de su estudio y posibilidades de su aplicación. *Boletín de AVEPSO*. 1991;XIV(3):3-16.
 30. Sandoval C. Sueños y sudores en la vida cotidiana de trabajadores y trabajadoras de la maquila y la construcción. San José, Costa Rica: Editorial de la Universidad de Costa Rica; 1997.
 31. Banchs M. Aproximaciones procesuales y estructurales al estudio de las representaciones sociales. *Papers on Social Representation*. 2000;9:3.1-3.15
 32. Ibáñez T. La construcción social del socioconstruccionismo: retrospectiva y perspectivas. *Política y Sociedad*. 2003;40(1):155-60.
 33. Ruiz M. *Filosofía del diálogo. Dimensión ética y política del arte de la conversación*. Medellín: Universidad Nacional de Colombia Sede Medellín; 2008.