

HABITANTES DE LA CALLE Y TUBERCULOSIS: UNA REALIDAD SOCIAL EN MEDELLÍN

HOMELESS AND TUBERCULOSIS: A SOCIAL REALITY IN MEDELLIN

MARTA ELENA CORREA*
MARGARITA MARÍA OROZCO**
MARIA TERESA URIBE***
TALIA BARRAZA****
ANA MARIA ZAPATA****
CLAUDIA MARCELA VILLA****
CLARA CORREA****

Resumen

Este artículo registra las percepciones que presentan los habitantes de la calle en Medellín enfermos de tuberculosis acerca de su estilo de vida: la enfermedad, la salud, la muerte y el autocuidado. Este artículo es el producto del estudio cualitativo denominado: “Habitantes de calle y tuberculosis: una realidad social en Medellín”, que se realizó con personas atendidas en *Calor de Hogar*, un centro de recuperación de salud existente en la ciudad, donde mediante entrevistas a profundidad se recolectó la información que a continuación se presenta categorizada y analizada.

Palabras clave: habitantes de la calle, salud pública, representaciones sociales, tuberculosis.

Abstract

This paper registers the perceptions of homeless sick with Tuberculosis. in Medellin about their lifestyles: disease, health, death and self-care. It is the result of a qualitative study titled: “Homeless tuberculosis: a social reality in Medellín”. The subjects were patients who attended *Calor de Hogar*, a health care facility in Medellín, Colombia. We collected information which is categorized and analyzed below through in-depth interviews.

Key words: homeless, public health, social representation, tuberculosis.

* Investigadora del grupo de investigación: Familia de la UPB. Trabajadora Social, Magíster en Desarrollo. Docente de la Universidad Pontificia Bolivariana.

** Investigadora del grupo de investigación: Comunicación Urbana de la UPB. Comunicadora Social, Magíster en Dirección y edición periodística. Docente Universidad Externado de Colombia.

*** Investigadora del grupo de investigación: Cuidado de la UPB. Enfermera, Magíster en problemas sociales, emergencias y desastres. Candidata a Doctora en Filosofía por la UPB. Docente Universidad Pontificia Bolivariana.

**** Estudiantes de Trabajo Social. Semillero Dinámicas sociales-habitantes de Calle.

Introducción

Este artículo nace de un proyecto de investigación que recopiló una serie de historias de vida que han aportado información relevante para entender la condición de las personas que viven en la calle y sufren de tuberculosis. Se desarrolló como complemento de diferentes estudios descriptivos y epidemiológicos de la línea de investigación: Dinámicas sociales-Habitantes de calle, en asocio con los grupos de investigación: Cuidado y Salud Pública de la Universidad Pontificia Bolivariana y Micobacterias del CIB (Corporación de Investigaciones Biológicas); investigación que se viene realizando con la población habitante de la calle en la ciudad de Medellín, especialmente en lo relativo a la presencia de la tuberculosis, como un problema de salud pública.

En este artículo se hace referencia a los “Habitantes de la Calle”, es decir, a personas cuya vida se desenvuelve fundamentalmente allí, como espacio físico-social, donde estos individuos resuelven sus necesidades vitales, construyen relaciones afectivas y mediaciones socio-culturales, estructurando un estilo de vida. Este espacio se constituye en un ámbito problemático para el desenvolvimiento de dicha población, debido a que no cumple con los requerimientos mínimos necesarios para considerarse un lugar de habitat en condiciones aceptables de bienestar y calidad de vida.

Según Arias (2004), quien concuerda con Correa (2007), esta condición de habitante de la calle e indigencia, está signada por un proceso de desafiliación comunitaria y familiar, es decir, un distanciamiento de estos ámbitos tradicionales y formalmente establecidos por la sociedad, y con una relativa cercanía a otros sujetos, vínculos sociales y códigos que le permiten interactuar en el espacio de la calle. En un sentido genérico, entendemos como habitantes de la calle, aquella persona de cualquier edad que ha roto los vínculos con su familia y hace de la calle su espacio permanente de vida.

En términos generales, las personas que viven en la calle pueden ser descritas, como un subgrupo que comparte una cultura, una identidad y un estilo de vida en común, que construye su propia identidad, formando un grupo social por fuera del resto de la sociedad, que asume comportamientos que denotan un proceso autodestructivo, cuya historia personal ha estado vinculada a situaciones como: la pobreza extrema, violencia intrafamiliar, abandono, desintegración del núcleo familiar, abuso sexual, consumo de alcohol, drogas, prostitución, maltrato y explotación infantil, migración del campo a la ciudad y desplazamiento. También como anota Correa (2007), a búsquedas personales entre las cuales se encuentran: los deseos de libertad ilimitada y autodeterminación, y la construcción de estilos de vida alternativos.

El estilo de vida de la población habitante de la calle, configura una cultura que moldea una forma de ser y de estar en el mundo, en la que es posible registrar la existencia de ciertas regularidades, pero además, significativas divergencias que justifican y enriquecen la mirada

individualizada, que desde una perspectiva cuantitativa no es posible de desarrollar. En el ámbito de su estilo de vida las representaciones sociales de esta población frente a la salud y la enfermedad son particularmente importantes.

La presencia de la tuberculosis en la población habitante de la calle de Medellín, no sólo presupone un serio problema de salud pública que requiere medidas de control y prevención por parte de la sociedad civil y las organizaciones gubernamentales, sino también, la necesidad de entender que detrás de esta enfermedad se encierran problemáticas sociales, familiares y económicas que soportan la realidad de una doble condición: vivir en la calle y tener esta enfermedad.

Afirma Díaz (2000), que en Colombia la tuberculosis constituye un grave problema de salud pública. Cada año se diagnostican en promedio 10.000 nuevos casos. Durante el año 2004, como señala Jaramillo (2007), se notificaron en Medellín 915 nuevos casos de tuberculosis pulmonar para una incidencia de 41.1 por 100.000 habitantes. Según la Asociación de Trabajo Interdisciplinario, FEDEVIVIENDA Tuberculosis (2006), en el 2006 los casos de tuberculosis encontrados en Medellín en su mayoría, se ubicaron en los estratos socioeconómicos 1 y 2 (los cuales corresponden a una población aproximada de 1.164.000 habitantes de la ciudad). Un subgrupo importante de esta población, y que posee los recursos más escasos en la ciudad (clasificada estrato 0), son los habitantes de la calle, cuyo estilo de vida los vuelve vulnerables a la tuberculosis, convirtiéndolos en uno de los grupos de más alto riesgo para infectarse y desarrollar la enfermedad.

Si bien, varios estudios de tipo cuantitativo han arrojado estadísticas importantes referentes a los casos de tuberculosis en los habitantes de la calle, no se ha abordado esta problemática desde una óptica cualitativa, la cual permita estudiar desde una perspectiva más detallada e individualizada la realidad de dicha población; si tenemos en cuenta que cada persona entiende su enfermedad de manera diferente, y asume una postura frente a su condición de enfermo que en ocasiones le permite llegar a una pronta recuperación, mientras que en otras, le dificulta asimilar la importancia de un tratamiento juicioso y a tiempo, sobre todo si se tiene en cuenta que la tuberculosis no es una enfermedad mortal si se interviene oportunamente, sin contar con que su tratamiento es gratuito.

Representaciones sociales y salud

En el sentido de Lip. C (2005), conocer el estado de salud de los individuos es estudiar los diferentes determinantes relacionados con la biología de la persona, con el medio ambiente, con el sistema de salud que le atiende y con los estilos de vida que caracterizan su comunidad y, por consiguiente, su cultura.

Son diversas las connotaciones que puede tener el concepto de salud-enfermedad. La enfermedad alude a las dimensiones sociales de la persona, en donde se insertan los procesos de la patología y articulaciones ideológicas, sociopolíticas y económicas.

El conocimiento de la problemática de la salud, no debe afrontarse en forma individual, sino dentro de la sociedad de la cual hace parte cada persona. Una forma de lograrlo es conocer, interpretar y comprender la salud a través de las representaciones sociales, debido que a partir de éstas no sólo se tiene en cuenta el conocimiento o la percepción individual, sino también, el imaginario social y cultural que configura las percepciones individuales.

La aproximación metodológica centrada en los actores constituye uno de los rasgos diferenciales del enfoque antropológico respecto del biomédico. Además, acuñar conceptos de salud y enfermedad, permite dar la palabra a los sujetos sociales, y supone que ese dar la palabra no implica sólo escucharlos, sino asumir que es una palabra válida. En la actualidad, hay un interés creciente por estudiar el concepto de salud desde el punto de vista de la gente común, debido a que se le otorga un nuevo valor al sentido de salud. Algunos autores, se refieren a este concepto como la nueva consciencia de la salud, que determina en gran medida estilos de vida y otras conductas en esta materia. A esto se agrega el reconocimiento que la experiencia individual de la enfermedad, de la salud y la concepción que algunos tienen de ella, no son separables del conjunto de los fenómenos macrosociales.

Las historias de vida

La información recogida para este estudio fue registrada bajo la perspectiva de las historias de vida, entendida ésta, como una opción metodológica de índole cualitativo dentro de los estudios personales en las ciencias sociales. Así, se obtuvo el relato detallado de la imagen que construye un individuo de sus acciones y experiencias como sujeto social por medio de entrevistas no estructuradas. Entendiendo los sujetos participantes, no sólo como informantes, sino como constructores de un relato que describe una realidad, constructores del mundo con individualidades y actores sociales.

Metodología

Para lograr los objetivos propuestos en esta investigación, se utilizó una metodología de corte cualitativo, se usaron como herramienta de indagación y construcción de los resultados esperados, las entrevistas a profundidad, utilizando formas cualitativas del análisis de datos con instrumentos tomados de la fenomenología, del análisis del discurso y la contrastación de experiencias.

Se realizaron 30 entrevistas en la institución: *Calor de Hogar*, adscrita a la Secretaría de Bienestar Social del municipio de Medellín, en el periodo comprendido entre enero 15 y agosto 31 de 2009. Las personas entrevistadas fueron mayores de 18 años, con diagnóstico reciente o antiguo de TB, que firmaron el consentimiento informado previo a la realización de la entrevista, y que permitieron ahondar en la temática propuesta.

La información fue grabada con previo consentimiento de los entrevistados, transcrita por los investigadores, y analizada a nivel semántico utilizando tablas resumen y matrices de texto. Se realizó la lectura individual de todas las entrevistas, análisis y discusión grupal para la organización y presentación de los resultados obtenidos.

Se cumplieron los requisitos éticos de la investigación cualitativa con un manejo confidencial y codificado de la información obtenida.

Se encontraron algunos problemas en la recolección de la información asociados al seguimiento y continuidad de la entrevista, debidos a la escasa persistencia de la población en el tratamiento, y algunas limitaciones de salud y cognitivas de los entrevistados, relacionadas con consumo crónico de sustancias psicoactivas.

Los investigadores se comprometieron a cumplir los principios éticos de beneficencia, justicia y dignidad humana. Por tanto, no utilizaron los datos encontrados en contra de los investigados, se garantizó la confidencialidad de cada una de las entrevistas, y el anonimato de las personas que participaron en la investigación, respetándose la libertad de estas para formar parte o no del estudio.

Resultados

Analizaremos algunos ejes centrales relativos al estilo de vida, la salud, la enfermedad, la muerte y el autocuidado; además estableceremos regularidades y diferencias, que se han podido conocer a través del acercamiento a la población habitante de la calle.

En este artículo, se hará alusión a algunos de los aspectos indagados en el estudio como la vida en la calle, las condiciones de inicio de la misma, la forma cómo se habita la ciudad, las relaciones que establecen los habitantes de la calle y, su peculiar concepto y manejo de la enfermedad.

En primer lugar, haremos alusión al inicio de la vida en la calle, la edad a la que esta se produce y las situaciones que confluyen y pueden relacionarse con este hecho.

La vida en la calle

¿Cómo y por qué se inicia la vida en la calle?

La llegada a la calle, en la mayoría de estas personas ocurre cuando son jóvenes o adultos jóvenes. Esta situación se gesta en ambientes con grandes privaciones en todas las áreas: social, económica, cultural, entre otras; y está generalmente asociada a los vínculos que dicha población establece con el consumo de drogas, o con hechos delictivos, que generalmente están influenciados por la relación con pares envueltos en estas actividades.

La vinculación del habitante de la calle con el consumo de sustancias psicoactivas, muchas veces está motivada por el temor a enfrentar las responsabilidades de la vida adulta. Esto, genera además, problemas de comportamiento (comisión de delitos, violencia intrafamiliar, entre otros), que se constituyen en un detonante que acelera la decisión de las personas de vivir en la calle, debido a que dan lugar a la animadversión de algunos miembros de su familia que comienzan a presionar para que éstas personas abandonen su casa.

“Me fui pa la calle a los 24 años por problemas en la casa, Los mismos amigos le llevan a uno a hacer cosas y el vicio lo lleva a uno”. H de C2.

“Me fui pa la calle... La droga es muy brava, lo envicia a uno, la drogadicción lo pone a uno a hacer cosas que vea ...robar ...matar, por eso me fui pa' la calle”.
H de C3.

“Me fui pa la calle... porque habemos gentes muy débiles que no sabemos cómo enfrentar esos problemas, habemos personas débiles que siempre acudimos a la droga porque en ella se nos olvida todo, hasta los hijos se nos olvidan, nos da miedo, temor a enfrentar la realidad”. H de C4. (sexo femenino).

Un menor número de personas se inicia en la vida de la calle en la niñez, los niños generalmente acuden a la calle por abandono de los padres, estas historias están marcadas por graves problemas de violencia intrafamiliar o social, que culminan con la figura de una familia monoparental generalmente femenina, viviendo en condiciones precarias y con serias dificultades para hacerse cargo de sus hijos, difícilmente pueden protegerlos, y en muchas ocasiones los pierden por el influjo de la calle, o les son judicialmente quitados y entregados al sistema de Bienestar Familiar.

También son factores que con frecuencia se configuran en la llegada a la calle: los desencuentros en las relaciones de las familias de origen, la violencia intrafamiliar, el autoritarismo ejercido por los padres, la ausencia de la figura paterna, o la presencia de una, o ambas figuras paterna, y materna, como maltratantes o negligentes.

“Salí a vivir a la calle a la edad de veinte años, se puede decir... vivía en Turbo con mis hermanas, con mis hermanas porque mi mamá murió hace muchos años, y vivía con mis hermanas. Mi padre... vive pero no, pero no vivió nunca al lado mío”. H de C5.

“Llegué a la calle a los 8 años de edad, mi padre agredía constantemente a mi madre, ella se vino con nosotros de Puerto Berrio a Niquitao, empecé vendiendo tintos y yo empecé a vivir en la calle, luego a mi mamá le quitaron a mis hermanos (el ICBF)”. H de C6.

“Yo tuve 4 hermanos pero de diferentes padres...yo a mi papá lo odie, porque era un señor negro y no me dio el apellido ni nada y no veía por mí ni nada, él se mantenía era de borrachera en borrachera, él ya murió y a mí no se me dio nada”. H de C7.

En el caso de los adultos mayores, el ingreso a la calle se produce en el escenario de una grave situación de desafiliación familiar o social, producto de la adicción, la pérdida laboral o la muerte. Pérdidas de vínculos familiares por desamor, abandono, o por situaciones como: la muerte, la condición de pobreza; y otras situaciones económicas, como las pérdidas del empleo o desafiliación laboral; se van combinando paulatinamente en muchos casos, con el surgimiento de problemas de deudas y de delitos contra la propiedad.

“Me fui a la calle cuando tenía 45 años de edad, perdí toda mi familia en Villatina (se refiere al desastre-deslizamiento que arrasó con numerosas viviendas en el barrio Villatina de Medellín en 1987), me enloquecí y me fui pa' la calle, no consumo drogas”. H de C8.

“Haber que haya estado pues en la calle, en la calle, después de que la ex mujer mía se fue con otro, eso fue hace como 6 años tengo 46”. H de C9.

Las tendencias de la violencia en Colombia, han ido cambiando en la última década, en años recientes, la mayor parte de la violencia (política y criminal) se ha dado en zonas urbanas, creando nuevas formas de desplazamiento. En consecuencia, en Colombia y específicamente en Medellín, existe una amplia gama de patrones de desplazamiento, entre ellos: aquel donde individuos, familias o comunidades enteras se ven forzadas a abandonar sus hogares y trasladarse a otras áreas de la misma ciudad (intra-urbano), o tal vez a otros núcleos urbanos (inter-urbano). En términos de Howe (2010), uno de los perfiles de los desplazados internos está configurado por población joven que se ve obligada a abandonar su familia y su barrio por amenazas de grupos al margen de la ley que ejercen tareas de control en áreas urbanas deficitarias.

“Yo me vine pa’ la calle en la era del ochenta. Tenía por ahí yo, 25, 26, años cuando me vine pa’ la calle... Las razones por las que llegué este mundo fue porque me conseguí unas culebras. Yo fui una persona que en mi casa hizo daño, vengo de una familia humilde. Le robaba a mi papá, le robaba a mi mamá. Había uno en el barrio que me empezaba a amenazar con decirle a mi mamá que yo consumía, entonces le metí dos puñaladas y me tuvo que abrir del barrio, los milicianos me encendieron a chumbimba y yo me metí a una cañada y... nunca más volví. ... me vine para el Centro a pie, y a partir de eso me metí en la vida de la calle, a mi me gusta la vida de la calle”. H de C1.

Estas personas normalmente al desplazarse se ven enfrentadas a condiciones de vida más precarias que las existentes en los lugares de proveniencia, incluso algunos de ellos inician procesos de vida callejera.

En algunos casos se observa la confluencia de dos o más de las situaciones mencionadas presentes en la situación de inicio de la vida en la calle, como se registra en varios de los testimonios recopilados (H de C1; H de C2; H de C3).

Desenvolvimiento en la ciudad

Como bien lo anota Pergolis (1998), la ciudad colombiana actual, territorio, fragmentado y disperso, contexto de ciudadanías diversas, nómadas y desarraigadas, de multiplicidad cultural y simultaneidad, se constituye en el espacio que hoy es habitado por sujetos nómadas. Los habitantes de la calle asumen el nomadismo como una condición existencial, una identidad hecha de transiciones, de desplazamientos sucesivos y se constituyen en sujetos que han renunciado a toda idea de lo establecido, que subvierten las convenciones; además, son sujetos que establecen algunas conexiones necesariamente situadas que los ayudan a sobrevivir, pero nunca aceptan plenamente los límites de una identidad, fija. (...) representan la idea de estar de paso, de atravesar diferentes tipos y niveles de identidad no como una manera de evadir la confrontación con las muy reales presiones ideológicas y sociales bajo las cuales nos movemos los ciudadanos. Muy por el contrario (...) expresando una manera de afrontar dichas presiones.

La llegada a la calle de esta población, generalmente se produce a barrios o zonas socialmente deprimidas, y desde allí, se desarrolla un tortuoso tránsito a lugares en la ciudad que son tradicionalmente ocupados por chatarreros, delincuentes, jibaros, y otros habitantes de la calle; deambulando por ollas o casas de vicio, y por áreas del espacio público (bajo los puentes, viaducto del Metro, orilla del río, parques) ocupadas por otros habitantes de la calle. Además, es frecuente el traslado a otras ciudades, y cuando esto ocurre, se ubican en lugares tradicionalmente ocupados por otra población que como ellos vive en las calles. No obstante,

lo anterior, es notorio la móvil adaptación en la ciudad, y un cierto arraigo en ella, podría decirse que viven un proceso de adaptación en el que desarrollan capacidades y estrategias de supervivencia, y una vez esto ha ocurrido, se establecen y tienen una permanencia itinerante en la ciudad que habitan.

“Yo llegué a la olla, o sea cuando yo me fui de la casa la primera vez llegué a la olla. A mi normalmente me gusta aquí mi ciudad. He estado en diferentes lugares de Medellín, en especial en mi olla, de la que no quiero decir el nombre y por la que siento cariño, ganas de ayudar a los que allí se encuentran”. H de C6.

“No se me olvida nunca, llegue a la orejita del puente de Colombia, donde había como un hotel, hotel San Benito, y antesera muy amplia y podía llover y ahí nos parchábamos a fumar. Fue el primer lugar donde yo empecé a dormir (...) Nosotros primero fumábamos en la olla, en ‘el Descuartizadero’ primero, en las cuevas del palacio de judas., eso era lo más temible, allá me tocó ver gente descuartizada, los descuartizaban como un novillo, le daban una puñalada y comenzaban a picarlo, y por pedacitos lo metían en una bolsa, y por ejemplo yo era muy amistad de los dueños de las casas, entonces a mi me decían (señala con el dedo con gesto de silencio), vea! Y yo me trababa y a mí se me iba olvidando el muerto que acababa de ver, muerto tras muerto”. H de C10.

Algunos de los habitantes de la calle transitan por temporadas de una ciudad a otra, en cada ciudad que visitan desarrollan una forma de vida similar, tienen pequeños trabajos, delinquen, se gastan rápidamente el dinero que consiguen y así permanecen algún tiempo, regresando posteriormente al lugar de origen.

Se asumen estos traslados de carácter transitorio, debido a que tienen vínculos con su territorio, con la ciudad donde iniciaron la vida callejera, en la que conocen sus riesgos y posibilidades.

“He pasado gran parte de mi vida en la calle, lo que me ha proporcionado mucha sabiduría: uno sabe como es la movida, como son las vueltas, me gusta vivir en Medellín, he recorrido varios lugares de la ciudad como: la olla la chatarrería-donde viví mucho tiempo-esta queda en los alrededores de Centro día, es un lugar de mucho respeto; me he movido por la Alpujarra, el Parque Berrío, sólo he salido de Medellín una vez, me fui con unos amigos pal Choco, luego fui con ellos a Bogotá, donde pasé 4 meses, en la calle del cartucho, pero no me amañé mucho frío, aburridor, rolos. Quiero estar en Medellín largo, largo, largo tiempo”. H de C6.

“Yo he vivido en Neiva, en Bogotá, en Buenaventura, en Cúcuta, en Bucaramanga a mí me ha ido espectacular”. H de C5.

“Yo he ido más que todo a los pueblos, Barbosa, Marinilla, Guarne, Girardota. He estado por allá en esas plazas”. H de C9.

Relaciones sociales

La familia

Desde la perspectiva psicológica acotada por Pinedo (2006), y determinada como la teoría del apego; los adultos tienden a establecer proximidades con figuras de apego en momentos de ansiedad, temor o estrés, lo que confiere a esta tendencia el estatus de ser una conducta de sobrevivencia. Durante la vida en la calle algunos de ellos sostienen una relación con la familia de origen, generalmente un vínculo con la madre y los hermanos(as), alimentado por ambos, tanto por el habitante de la calle, como por sus familiares. Algunos habitantes de la calle registran la presencia de familiares que también habitan la calle (sobrinos, hermanos), sin embargo, a pesar de ser familiares, en la calle no viven juntos.

En la calle algunos conservan lazos-vínculos con la pareja que convivían o algún(a) hijo(a). Aunque la relación se haya distanciado, estas relaciones se sostienen en la distancia y la discontinuidad, y al parecer, esto es preferible para todos, debido a que la experiencia de retorno a la casa, normalmente se ve fallida por los vínculos que el habitante de la calle sigue teniendo con el consumo, las actividades delictivas, entre otros comportamientos que la familia rechaza o condena.

“Mientras he vivido en la calle he seguido sosteniendo relaciones con mis hermanas, con mis hermanas, porque mi mamá murió hace muchos años”. H de C5.

“Cuando estaba en la calle llamaba a la casa y mi papá me colgaba el teléfono, me decía que a qué llamaba yo allá, que yo no tenía casa, además le voy a decir y disculpe, que mandó a cambiar el número de la casa, del teléfono, para que yo no llamara, y sin embargo la hermanita mía bajaba al centro y me buscaba. La hermanita mía es la que me corre, como se dice, una hermana que tengo, ella es la que me visita, hasta cuando estaba en Bellavista, ella es la niña de la casa y yo soy el niño”. H de C2.

“Viviendo en la calle iba donde mi esposo..., porque él cada quince días me llamaba pa’ que subiera por plata y yo subía”. H de C4.

En algunas ocasiones se configuran vínculos con pretensiones sexuales y algunos casos también amorosos. Se establecen y desarrollan relaciones (heterosexuales y homosexuales) de pareja en la calle, en las cuales ambos o uno de los dos permanecen allí. En general estas relaciones afrontan grandes dificultades, frecuentes situaciones de violencia intrafamiliar y rupturas.

Se plantea una notable fragilidad en estos vínculos, se señala lo leve, transitoria insatisfactoria y angustiosa que puede resultar esta experiencia.

“Pareja tampoco, parejas son improvisadas, las que me llegan, y eso que yo soy muy exquisito, en el sentido de belleza”. H de C10.

“A Verónica la conocí en un bar, cuando eso nos manteníamos farriando y hueliendo, yo estaba en la calle y ella vive en Aranjuez, Santa Cruz, ella tiene un apartamento, a ella le mataron el marido, y fuera de eso tiene otros dos niños, como se dice, “al que quiere la vaca que le den ternero”. Yo estuve viviendo con ella, pero muy poquito porque Santa Cruz es más caliente que La Milagrosa, cuando vivíamos goliando, nos íbamos de farra pa’ allá y allá amanecíamos, como pobres no nos faltaba nada”. H de C2.

“En la calle también me he enamorado, he tenido la oportunidad de vivir la magia de amar y ser amado, de compartir con otra alma y sentirme acompañado por ella; he tenido 2 parejas, con la primera duré 3 años; pero ella me la hacía con otro... vivíamos por Niquitao. Luego tuve otra mujer por un año y hoy estoy enamorado de Patricia, mi compañera en Calor de Hogar”. H de C6.

“Tengo como ocho años de vivir con un pelao de Venezuela, un mono él, que en estos momentos está ehh, ehh, está en Bellavista preso. Él es mono, me enamoré de él eternamente”. (Relación homosexual) H de C5.

Los amigos de la calle

En la calle se establecen relaciones de pares con otros habitantes de la calle cuya duración y características están mediadas por las demandas de la supervivencia en este contexto. Entre ellos se comparten actividades como: el consumo de psicoactivos, estrategias de supervivencia económica, relaciones sexuales, entre otras.

Estas relaciones en muchas ocasiones se hacen conflictivas por la competencia de intereses en actividades delictivas conjuntas, actividades que producen lucro económico, o por razones de fidelidad y lealtad. También se señalan relaciones más bien distantes de carácter utilitario.

Las relaciones en la calle están mediadas por un factor: la droga; como tema de conversación, como elemento de búsqueda de recursos económicos, como necesidad imperioso e inaplazable que los acerca y los cohesionan, o que genera conflictos.

“Uno conoce mucha gente, pero conociendo y no conociendo, porque nosotros . . . estamos como metidos en la droga únicamente, no dialogamos, a veces de pronto se escucha una música y uno si está como oyendo la música pero no hay como mucho diálogo. Los amigos son contaditos pero sí los hay, son contados, de cien, uno. Amigo es la persona que cuando digamos yo he estado en situaciones de que no tengo nada, yo he compartido con él y ha llegado en el momento en que yo le he necesitado y me ha ofrecido algo, de pronto algo de comer. Vive en la olla también, o sea sale, viene y me pregunta Indio ¿ya comiste? No, ¿Ya se trabó? No, entonces venga para que nos trabemos, vea estos mil pesitos de ligar y así. Ese es el amigo. ¿Pero tampoco es para que le digas a que me está pasando esto o venga yo le cuento o a veces? A veces, muchas veces no, sino una que otra vez que tiene uno más cercanía con un compañero (...) Los amigos en la calle Siempre son por la droga, por nada más, uno ni adelanta nada, siempre está uno enfocado en la droga, no hay diálogos específicos. Ni hablar de una noticia... Nada, nada, simplemente estamos, está buena la pipa o esta mala. Qué más cómo te fue, si conseguiste plata o vamos a tomarnos esta trago. Mira aquella Fulana como vino de bonita... Ya eso es todo, de ahí no se ve como mas nada, no pasa de ahí”. H de C9.

“En la calle me he relacionado con otros habitantes de calle con ellos he tenido compañía, he trabajado y pasado, buenos ratos, sólo una vez tuve una pelea con un amigo por motivo de la venta de drogas, de allí salí herido”. H de C2.

Se señala por parte de algunos habitantes de la calle, la preferencia o el registro del hecho de una gran soledad, podríamos decir que ésta es expresada, como una experiencia subjetiva de sentirse solo, incluso aún cuando se viva en grupo, así, como el temor frente a esta situación, y la desconfianza como elemento que está siempre presente en la vida de la calle.

La soledad en los habitantes de la calle alude a la carencia de cercanía, proporcionada por relaciones en las cuales las personas reciben una sensación de satisfacción y seguridad. Lo cual, como lo advierte Russell (1984), vincula con el concepto de soledad emocional, y también a la imposibilidad de integración social, que facilitaría una red de relaciones en la cuales ellos compartan intereses y preocupaciones, lo que se vincula con la soledad social.

“Yo toda la vida he sido solo, y lo que hago lo hago solo. Es mejor andar solo que mal acompañado, como dice el refrán: ‘el buey solo bien se lambe’”. H de C2.

“Um, yo andaba solo pa’ todas partes, con el único que charlaba o robaba, con Alfredo, con un parvero, con el que me pegó esa enfermedad”. (La tuberculosis) H de C3.

“No, no, no tenía amistades yo consumía solo, me iba era acompañado con una pelada de resto no, yo sólo me encerraba en mi plástico y me fumaba mis cosas y me acostaba a dormir o amanecía. A veces sólo eran amigos de vicio si no que muchas veces yo dormía acá y dormían aquí cuatro o cinco más pero ellos con su vicio y yo con el mío”. H de C8.

“No me gusta estar sola, le tengo miedo a la soledad a la oscuridad, y como que, o sea estar sola me da temor. Y en la calle no se ve tanta unión, yo por ejemplo en la olla estaba sola, y si hablaba, o en lo que le pudiera servir a alguien le servía, pero no como aquí (Calor de Hogar), de darme o entregarme tanto”. H de C4.

La calle y el trabajo

En la calle, según Cubillo (2002), las ocupaciones se podrían enmarcar en el concepto de empleos precarios o informales, ya que corresponden a sectores tradicionales, atrasados o frágiles de la economía, donde se da un alta inseguridad en la relación de quien trabaja con su fuente de trabajo, lo que deviene en inseguridad en la duración del empleo y especialmente inseguridad en el ingreso.

BelAdell (2002), afirma que el empleo precario, es decisivo en términos de generar y reproducir exclusión social, gracias a que toda la organización social se asienta sobre la centralidad del trabajo; además, lleva al desequilibrio en la distribución de la renta que intensifica el empobrecimiento y revela la imposibilidad de universalizar los bienes más preciados que configuran las expectativas sociales; y a la desprotección social que significa quedar fuera de la estructura social normalizada que está vinculada básicamente al trabajo.

Los habitantes de la calle se ocupan como: vendedores ambulantes, recicladores, cuidadores de carros, también ejercen la mendicidad y la prostitución. La mayoría de ellos reportan escasos ingresos. Es frecuente la vinculación con actividades delictivas: venta de drogas, transporte y comercialización de armas, robos, entre otros; lo que se constituye en una fuente de ingresos más lucrativa, la cual se gasta rápidamente en lo que se denomina ‘farras’ (consumo de alcohol, drogas, prostitución).

“He desempeñado trabajos como: vendedor de mangos, reciclador, cuidador de carros, expendedor de drogas; pero en la actualidad deseo cambiar mi calidad de vida, quiero cambiar de ocupación”. H de C6.

“Ahí en el centro de la ciudad lo que era el centro, andaba pa’arriba y pa’abajo y entonces yo vi la demás gente de la calle que llevaban cartones en el hombro, llevaban tarros y bobadas de esas entonces empecé hacer lo mismo si y ya empecé a recoger por ahí centavitos con el reciclaje y entonces iba a vender a las chatarrerías lo que me encontraba y así ya me quedé y así ya llevo 10 años en el reciclaje... pienso no reciclar más eso es una profesión muy... un trabajo como te dijera hay gente que lo ve a uno como muy bajo, eso es una profesión, un trabajo, un empleo a pesar de que tiene sus ventajas económicas la gente lo ve a uno como muy poquito”. H de C8.

“La verdad, yo trabajo en la prostitución, llevo muchos años trabajando la prostitución mhh, ahí me disculpa. ¿Por qué cogí la prostitución? Yo me, por, por mis hermanas pues, se hicieron al cargo mío, pero yo llevo una niñez muy horrible, muy horrible, nunca en mi niñez tuve juguetes, mi mamá murió hace muchos años y tuve que coger la prostitución”. H de C5.

La enfermedad y la calle

La adicción

La adicción está generalmente ligada a la condición de vida en la calle, o también, asociada a su inicio y permanencia en ésta. La droga se convierte en un elemento predominante en la vida; y todas las actividades que se realizan se desarrollan en función de la búsqueda de sustancias para ser consumidas.

Existe consciencia de la perturbación que esta condición genera en la vida de cada uno, y la dificultad para establecer tanto relaciones, como para obtener un buen trabajo, impidiendo la asunción de responsabilidades, y alterando el desempeño en los diversos ámbitos de la convivencia social. Además, el consumo y la adicción de psicoactivos se encuentran asociados a actividades que son señaladas como: riesgosas para la vida, la salud física, problemas legales, entre otras.

Los habitantes de la calle saben de la influencia de los pares en el inicio y permanencia en el consumo de drogas, al igual que el medio en el que se encuentran, como son las ollas. Además, tienen conocimiento del daño que les ocasiona.

En general son policonsumidores y además, desarrollan experticia en el conocimiento de estas sustancias, sus efectos y las formas de consumirlas. Algunos han asistido a más de un proceso para controlar la adicción del cual generalmente han desertado o sufrido recaídas.

Existe consciencia con respecto a los efectos que generan las drogas en las percepciones, la comprensión del entorno, las actitudes, los comportamientos. Esa toma de consciencia es grata, no se evidencia rechazo, se nota un cierto placer al detallar los procesos de consumo, sus efectos y la preparación de esta actividad. La droga según lo expresado por ellos, facilita la delincuencia y evita los controles y temores frente a las conductas riesgosas.

“Hace siete años pues si me tiré fue de lleno ya a la calle, llegaba, consumía, salía a reciclar, volvía y así era todo el día y noche. Yo me acuerdo que los primeros días conté hasta 10 días sin dormir, día y noche consumiendo”. H de C9.

“Muchas veces todo el día o hasta el otro día consumía y seguía consumiendo, él a veces me pegaba porque yo no desayunaba, ni almorzaba, ni comía, sino que era a punta de trago y vicio, y a al otro día lo mismo, o subía a mi casa toda embalada a pedir plata, necesito plata, tengo hambre, o necesito tal cosa, y mentiras que era pa’ droga, y me la pasaba era así, llevaba hasta tres cuatro días consumiendo y sin probar bocado”. H de C4.

“Yo puedo andar todo el día con una botella de alcohol en el maletín y no se la pruebo, no se la pruebo por nada, pero si me fumé un coso, yo tengo que andar diez cuadras y chorro, ando otras diez cuadras y el chorro, desde que fume, no me puede faltar el chorro pues”. H de C10.

“Vea yo le voy a decir una cosa, la baretica no se deja, como le digo yo a la hermana mía y al hermanito mío, no veo la hora de fumar me un baretico, pa’ Dios bendito y no se lo niego. Es que yo me lo sueño bizcocho, un armaito, o con los muchachos, -parcero regáleme un poquito de baretita- yo creo que hasta perdí la práctica. De aquí pa’ adelante cuando salga, de aquí pa’ fuera. Que si yo sé que me voy pa’ la olla y me encuentro con la más hermosa y caigo con esa hermosa que quiere armarlo y prenderlo, con eso tengo, es que eso encoña, eso encoña, tiene un imán pero tremendo, es el aromita, el aromita, que uno aspira, y como siente que eso llega al cerebr , eso le quita las preocupaciones el vicio le ayuda a usted a sacar las excusas”. H de C10.

“Hay varios vicios, y todos los vicios no son lo mismo, ni reaccionan lo mismo, ni actúan lo mismo en el organismo, y a todos los ponen de distintas reacciones. La marihuana, por ejemplo, como se dice la primer traba, la mañanera, es elegante, Entonces vea... la marihuana es una cosa, a usted la marihuana le da hambre y le da sueño, la bazuca es lo que sobra del perico, la bazuca no le da hambre a usted, ni le da sueño, el perico es otra cosa, usted por más que beba el perico no lo emborracha usted puede tomarse el trago más fuerte, como se dice, el alcohol vivo, y no se emborracha, ni le da sueño tampoco, hay algunos que no les sirve para estar con una mujer y a otros si, depende de las hormonas que tenga la persona...”. H de C2.

“Delirio de persecución y más cuando la bazuca es buena, eso sabe qué? Shhhhh eso empipa eso le va a usted todo el cerebro y eso es... Eh ave Maria, eso lo enloquece a uno madre, pa’ que ver buen vicio revuelve bazuca, perico, bareta y chorro shhhh no falta sino que me tomara las pepas y tirara sacol”. H de C2.

“Aprendí a hacer las pipas porque yo soy una persona que aprendía a tirar la droga en pipa. Las pipas son de PVC, o sea con el tubo del agua. De ahí nosotros fabricamos la pipa y la perforamos y la armamos con un lapicero... eso es una pasta más bien fina.. Así es como nosotros actualmente estamos tirando vicio.... Yo me especialicé mucho en la pipa y a mí me buscaba mucho la gente allá. Me gustaba mezclar el bazuco con alcohol Aleli”. H de C9.

La tuberculosis

Para Kleinman (1980), el mundo conceptual de las enfermedades está influenciado por las percepciones culturales de las personas, en este sentido sus explicaciones, categorías, causas, diagnósticos y tratamientos médicos estarán respaldados por su contexto cultural. En el caso específico de la tuberculosis, esta enfermedad se ha visto plagada por concepciones culturales divergentes a las explicaciones racionales otorgadas por los científicos (o médicos).

Son muchas las explicaciones que los habitantes de la calle elaboran acerca del origen de la enfermedad, y generalmente están asociadas con el estilo de vida asumido por ellos. Asimismo, van tomando consciencia de la enfermedad, sus posibles causas y el proceso a seguir para detenerla.

Uno de los lugares que más frecuentan los habitantes de la calle son las ollas, en las cuales se encuentran personas con TBC. Este espacio propicia el contagio de la enfermedad por aspectos como las características físicas del lugar (cerrado con escasa ventilación), el contacto entre ellos, sin olvidar, que el consumo de droga favorece el contagio.

Los habitantes de la calle manifiestan que sienten temor por la enfermedad, también de verse débiles, inactivos, decaídos, se sienten muy mal cuando la sufren, por tanto, es generalmente uno de los motivos principales para acudir a la consulta, aceptando en principio unas condiciones de vida diferentes en lugares dónde no pueden consumir y en dónde se deben asumir ciertas reglas.

“Yo pienso que por aguantar uno hambre, por consumir droga. Segundo porque trasnocho mucho y porque vivía uno a la intemperie a cualquier hora. Sale uno a buscar plata para consumir. Puede estar lloviendo, puede ser la una, dos de la mañana, con frío, como sea sale uno. De ahí se genera la tuberculosis, no se cuida uno”. H de C9.

“Yo sentía que él tosía y tosía y tosía, ahh y no paraba... y yo le shhh decía huy parcero hay que ir a Centro Día guevón, yo a usted le siento una tos muy fea ...entonces yo le decía que me prestara la pipa y usted ganoso eso le pega a usted a esa pipa día y noche y a los días fue que empecé a sentir lo mismo”. H de C2.

“Cogí la tuberculosis por cuestión de andar en la calle trabajando de noche, hhhu! Por el descuido más que todo. Por el descuido más que todo y las malas andanzas, creo que eso está implicado en cuanto a eso, las malas andanzas, no buscar los caminos adecuados. Mira, porque yo fumo, yo fumo yyy... y no y no... pues no es costumbre recibirle cigarrillos a nadie, pero no falta la persona que... que no quiera que sepan su diagnóstico y por casualidad de la vida le pasan a uno un cigarrillo, una colilla y ahí coge uno la enfermedad. O la marihuana, la marihuana que pásame tú, pásame tú, pásame tú y ahí”. H de C5.

“Yo pienso que a mí me dio la tuberculosis porque aguantaba mucha hambre, porque cuando yo estaba consumiendo, comía sino por ahí cada tres días, yo me quedaba hasta tres días sin probar bocado, mecató sí, pero no comida normal, y usted sabe que las comidas a deshoras, y las personas con las que también estaba relacionada, y en la olla hay problemas de TBC y hasta más, y por eso en el consumo de cigarrillos y pipas me la pudieron pegar, y pienso por eso que mi compañero de esa época o sea Maduro (el compañero), debe tener tuberculosis”. H de C4.

Los habitantes de la calle comienzan a descubrir la enfermedad por los síntomas que presentan, sólo allí, empiezan a preocuparse y piensan en buscar ayuda, los síntomas trascienden lo físico y generan ansiedad, angustia, y en ocasiones alteran la valoración que se tiene del entorno y de los otros.

“La primera vez... yo constantemente tenía fiebre, constantemente era con chaqueta y ese frío tan verraco y una tos constante, ya eso me llevo al médico. En una segunda infección: esputo, sangrado, tos, dolor en los pulmones, vomito, fiebre, algo me está pasando, yo siento mucho desaliento”. H de C1.

“Yo ya tenía escalofrío, dolor de cabeza, vomitaba sangre, estaba no escupiendo sino tirando glóbulos de sangre, eso es como lo que medió esta semana, a las dos de la mañana yo viene a despertar en el hospital”. H de C2.

“Es horrible, es horrible esa enfermedad, los síntomas son horribles. A mí me daba fastidio ver una persona comer, me daba fastidio que me hablaran, que se me hicieran al lado. Todo me fastidiaba a mí mismo, yo me mantenía solo. Dolores en los huesos más que todo, fiebre, desaliento, un desánimo impresionante. Esa enfermedad es horrible”. H de C5.

La mayoría de los habitantes de la calle no padecen de tuberculosis por primera vez, por lo cual reconocen de manera más o menos rápida, los síntomas, y acuden al servicio de salud. Sin embargo, no perduran en el tratamiento, lo que significa que no logran curarse, desarrollando cierta resistencia al medicamento.

El abandono del tratamiento se produce a pesar de conocer las consecuencias que esto conlleva respecto a la reaparición de la enfermedad. Este abandono en muchos casos está motivado por la adicción al alcohol y a las drogas, y también por la ausencia de apoyo familiar o afectivo. Pocos expresan claramente el concepto de “resistencia” a los medicamentos para el tratamiento de la enfermedad, circunstancia que se constituye en un problema de salud pública en la ciudad. Frente a la cercanía de la muerte, cobra importancia el intento de recuperar la salud y asumir las recomendaciones médicas y cambiar las condiciones de vida que consideran relacionadas con la enfermedad.

El proceso de aceptar y dar continuidad al tratamiento aunque muchas veces es fallido, se ve atravesado por los diferentes motivos que tiene cada uno de ellos para vivir, sanarse, y que se convierten en el motor de su voluntad de recuperación.

“Me voy a ciudad de volver a contraer la enfermedad voy a: Andar recto en el sentido de que... bregar a dejar menos de consumir cigarrillo, “cero Smoking” dejar de consumir cigarrillos más que todo, dejar de consumir lo que sea lo que sea cigarrillo, cosas así”. H de C5

“Ahora, los cuidados que debe de tener, en primer lugar llevar una vida muy sana, cero alcohol, cero droga, buena alimentación, mente sana, buen dormir, tener la mente ocupada, hacer deporte y ya todo sigue por añadidura. Lo más fundamental es eso, la vida sana”. H de C9

Discusión

Esta investigación da cuenta de los hallazgos en los cuales se evidencian algunos elementos coincidentes con otros estudios realizados en el pasado sobre habitantes de la calle, se registraron como motivos asociados a la adopción de la condición de vida en la calle: los problemas presentados en las relaciones familiares, la violencia familiar, las condiciones de extrema pobreza, la adicción a sustancias psicoactivas, y el conflicto interno colombiano. En otros estudios revisados, se señaló que el resquebrajamiento de las relaciones familiares puede entenderse como causa o como consecuencia de vivir en la calle. En el caso de México, por ejemplo, el 40% de los entrevistados señala la existencia de conflictos en el seno de la familia como la principal razón de expulsión, o abandono voluntario del hogar, y de la situación de convertirse en habitantes de la calle. Según Calcagno (1998), en la ciudad de Buenos Aires, por el contrario, las razones se encuentran vinculadas fundamentalmente con la pérdida del trabajo, y sólo un 15% señala los problemas familiares como el origen de la condición en la que se encuentran. El un alto porcentaje de desafiliación del grupo familiar aparecería, desde esta perspectiva, como una de las tantas consecuencias negativas de la vida en la calle.

En el censo realizado en la ciudad de Medellín en el año 2002 con esta población, se encontró una diversidad de motivos que los llevaron a la calle, entre los que predominan en su orden: la droga (26.3%), los problemas económicos (18.9%), el maltrato (12.0%), y las malas amistades (8.0%). En el estudio realizado por Correa *et al.* (2006), en Medellín, se reportó que aproximadamente un 40% del grupo estudiado ha hecho de la calle su espacio cotidiano de vida, motivado por conflictos familiares, y un 26.7 % por problemas de adicción a las drogas. Indican Correa, González, Montoya y Palacio (2006), que entre los factores desencadenantes de la condición de habitantes de la calle se observan matices diferenciales por ciudades, en Medellín la problemática de adicción y los problemas familiares son factores muy significativos, la condición económica lo es en Buenos aires y en México la conflictividad familiar.

El estudio de Calcagno (1998), evidencia que en Buenos Aires el 45% de los consultados hace trueques (vende o cambia objetos) para obtener dinero, mientras que un 33.8% pide en la calle; solamente un 21.3% declara no dedicarse a ninguna actividad. Las ocupaciones de los habitantes de la calle en ambas ciudades son coincidentes, y corresponden a labores informales de escasa productividad individual, social, y de bajo estatus.

Frente a la relación del habitante de la calle con el territorio, se encontró que esta población crea espacios que no pueden ser ocupados por otros, demarcados de manera invisible, y en los cuales se definen poderes y condiciones de acceso, pero estos espacios son en general móviles y transitorios. Una situación similar es reportada en un estudio realizado en Medellín por Correa (2006), en el que se afirma que los habitantes de la calle, configuran espacios que para ellos resultan significativos, dadas sus interacciones, usos y prácticas, y son transformados en territorios semantizados y demarcados para la realización de su vida cotidiana.

En el estudio se registró que los habitantes de la calle desarrollan formas específicas de adaptación con miras a su supervivencia en un contexto de transgresión social, lo cual aparece confirmado en el informe de un proceso investigativo realizado en el año 2007, en la localidad “Los Mártires” de Bogotá, en donde se planteó que las normas construidas por los habitantes de la calle, sus peculiares maneras de apropiarse y hacer uso de los espacios, y las relaciones que establecen, constituyen el repertorio de conductas de supervivencia con las cuales pretenden protegerse individualmente. Sus relaciones interpersonales son casi nulas, se establecen algunos vínculos familiares específicamente con las figuras femeninas de la familia de origen, todo ello dependiendo de las circunstancias, asumiendo identidades ocasionales que se adaptan a los contextos y lugares para lograr un beneficio propio. Así es, en el entender de cómo se desarrollan usos y costumbres que se convierten en micro resistencias entendidas como aquellas posturas que desafían los dispositivos de poder, y las aperturas de la cuadrícula disciplinaria de los sistemas dominantes.

En el censo de los habitantes de la calle de la ciudad de Bogotá, realizado por el DANE (2006), se plantea que entre esta población existe un alto porcentaje de personas con una notable debilidad en el mantenimiento de redes sociales y familiares, siendo más frecuente la cercanía y ayuda recibida especialmente por parte de la madre.

Respecto a la concepción de la libertad, los habitantes de la calle entrevistados, *señalan valorar la sensación de una inmensa “libertad”, la cual es resultado de su condición de vida en la calle. Incluso, se refieren a libertades como la de expresarse en sus propios términos, laborar en el lugar y la actividad que se desea. Expresan una concepción de libertad de carácter anárquico como ausencia de coacción y propiedad de uno mismo, la no interferencia en la soberanía individual. Una postura similar se registra en el texto Los ciudadanos de la calle, nómadas urbanos* de Javier Omar Ruiz (1999), el cual plantea, que si bien los habitantes de la calle reconocen la vida desde el asedio de la intolerancia y la miseria,

también han conocido los no-límites que ofrece una libertad percibida como ruptura con todo lo establecido y lo formal, siendo ese sentido de libertad el que define al nómada urbano.

Drake (1991) y Milburn (1991), señalan que la condición de habitante de la calle en diversos estudios, aparece vinculada con precarias condiciones de salud, discapacidades físicas y mentales, limitadas posibilidades de tener adecuadas condiciones de higiene; lo cual está relacionado con el aumento en la probabilidad de adquirir diversas infecciones y tener una dieta inadecuada, entre otros.

Correa *et al.* (2009), indica que en cuanto a la salud mental, se encuentra entre los habitantes de la calle una presencia muy significativa de enfermedades mentales severas y desórdenes adictivos, así como el marcado consumo de alcohol y de otras drogas. A lo cual se le suma según Barreat (2006) un doble diagnóstico: comorbilidad; en el ámbito de la salud mental, así, además de la presencia de la adicción, se asocia la posibilidad de asumir una vida callejera como factor predictor, y elemento que sustenta la permanencia en esta forma de vida, afirmación que es corroborada por Drake (1991), Milburn (1991), Barreat (2006) y Koegel (1988).

En el estudio “Tuberculosis en población indigente de Medellín: análisis de los patrones de transmisión de *mycobacterium tuberculosis* y su asociación con trastornos mentales y factores psicosociales” realizado por Correa *et al.* (2009), el trastorno mental encontrado con mayor frecuencia, es la adicción a drogas diferentes al alcohol, en el 77% de los casos. Según el estudio realizado por Vendramini *et al.* (2007), son muchas las explicaciones que los habitantes de la calle elaboran acerca del origen de la tuberculosis, y éstas generalmente están asociadas con su estilo de vida cotidiano y de manera coincidente se señala en diversos estudios que la pobreza, las condiciones de vida, caracterizadas por circunstancias sociales desfavorables de exclusión y marginalidad, pueden estar relacionadas con situaciones precarias de salud, específicamente con la tuberculosis, y de igual modo, las enfermedades pueden producir pobreza, limitando las oportunidades de trabajo y de subsistencia, formando así, un círculo vicioso.

Estudios realizados en España con población inmigrante, han logrado establecer que las condiciones sociales y económicas, así como las situaciones de marginación y hacinamiento en las que se encuentran muchos inmigrantes, son factores que influyen en la aparición de tuberculosis. Además, “*la tuberculosis está asociada a la pobreza, a la desnutrición, la drogadicción y el alcoholismo*”. (Escarraga, 2007).

Se cuestiona si la TB de los habitantes de la calle es una reactivación de una infección antigua, o si por lo contrario, es una rápida evolución de una reciente infección. Ambas posibilidades nos remitirían en general a deficitarias situaciones socioeconómicas y graves condiciones de exclusión, que simplemente se incrementan con la vida en la calle.

Los habitantes de la calle entrevistados expresaron percepciones que dan sentido a la enfermedad y a su tratamiento, pero que no son apropiadas para garantizar la permanencia en el mismo.

La información acerca de la enfermedad la reciben en las unidades de salud, o en instituciones como: *Centro Dia* o *Calor de Hogar*, y ésta generalmente no es comprendida en profundidad, y se combina con conceptos surgidos de la cultura popular que no siempre son exactos. Lo anterior coincide con lo planteado en un estudio cualitativo realizado en Medellín por Álvarez, Correa y Uribe (2009), en el cual se señala que en general, las explicaciones respecto a la enfermedad y el tratamiento son diversas, no se tiene un protocolo de comunicación de ellas, y se reciben de varias fuentes. Esto origina múltiples interpretaciones incompletas que se suman a las creencias propias y a la información obtenida del entorno.

Conclusiones

En términos generales las personas que viven en las calles, podrían ser descritas como un subgrupo que comparte una cultura y un estilo de vida común que construye su propia identidad móvil y cambiante, que forma un grupo social por fuera del resto de la sociedad, y que asume comportamientos que denotan un proceso autodestructivo.

La historia personal de cada uno de estos individuos ha estado vinculada a situaciones como: pobreza extrema, violencia intrafamiliar, abandono, desintegración del núcleo familiar, abuso sexual, consumo de alcohol, drogas, prostitución, maltrato y explotación infantil, migración del campo a la ciudad y desplazamiento. Pero también, se encuentra ligada a búsquedas personales entre las cuales se encuentran: deseos de libertad ilimitada y autodeterminación, y la construcción de estilos de vida alternativos.

Se evidencia una alta prevalencia de enfermedades físicas y mentales, y se establece además, la vinculación de la pobreza con la presencia y el incremento de algunas enfermedades, lo cual lleva a pensar en la enfermedad, como una realidad sólo comprensible en el contexto de una cultura concreta, que se desarrolla en el proceso histórico de la formación de una sociedad.

La perspectiva de esta población frente a la enfermedad y la muerte, está delineada por su forma de vida, y muy especialmente, a su condición de adictos. La droga se convierte en un elemento predominante en la vida, y todas las actividades que se realizan giran en función de la búsqueda de sustancias para ser consumidas. Existe consciencia de lo mucho que esta condición perturba la vida, y en como afecta la salud, dificultando las relaciones, el trabajo, e impidiendo la asunción de responsabilidades, alterando así, el desempeño en general de los diversos ámbitos de la convivencia social, sin embargo, se constituye en una condición determinante, que además reafirma la fuerza de la tendencia hacia la vida en la calle.

Bibliografía

Aceves, Jorge. (1998). “La historia oral y de vida: del recurso técnico a la experiencia de investigación”. En: Galindo, Jesús (comp.). *Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación*. México: Pearson.

Álvarez, Matilde; Correa, Marta; Uribe, Mónica. (2009). “Percepciones sociales frente a la comunicación del tratamiento y apoyo recibido por la población habitante de calle con tuberculosis”. En: *Medicina UPB*. Vol. 28, No. 1, pp. 22-33. Universidad Pontificia Bolivariana, Colombia.

Arias, Francisco Javier. (2004). “Apuntes para una ética de la intervención con habitantes de calle”. En: *Revista Universidad de San Buenaventura*. No. 20, pp. 73-82. Universidad San Buenaventura, Medellín.

Arancibia, Juana. (s.f.). “La palabra itinerante a propósito de la obra de Luisa Valenzuela”. En: <http://www.rodriquezfrancia.com.ar/img/escritor/La%20palabra%20itinerante.pdf>. [Noviembre 17 de 2010].

Barreat Montero, Yariani. (2006). *Indigencia un síndrome bio-psicosocial*. Caracas: Medicina familiar.

Bel Adell, Carmen. (2002). “Exclusión social origen y características”. En: http://enxarxats.intersindical.org/nee/CE_exclusio.pdf. [Septiembre 20 de 2009].

Calcagno, Luís. (s.f.). “Los que duermen en la calle: un abordaje de la indigencia extrema en la ciudad de Buenos Aires”. En: http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/des_social/documentos/documentos/1. [Octubre 12 de 2009].

Correa, Marta Elena; González, Lina Marcela; Palacio, Marta Aida; Pareja, Antonio y Zapata, Johanna. (2007). *La otra ciudad y el habitante de calle*. Medellín: Universidad Pontificia Bolivariana.

Correa, Nidia; Franco, José Gabriel; Correa, Marta Elena; Álvarez, Matilde. (2009). “Tuberculosis en población habitante de calle de Medellín: análisis de los patrones de transmisión de *mycobacterium tuberculosis* y su asociación con trastornos mentales y factores psicosociales”. Manuscrito no publicado.

Cubillo, Julio. (2002). “El trabajo precario en la sociedad global. Desafíos para los trabajadores de la información en América Latina”. En: *Ciencias de la información. Revista electrónica*. Vol. 33, No. 1.

DANE. (2002). *Censo sectorial de habitantes de calle*. Medellín: Dirección de Censos y Demografía.

Díaz, M; Muñoz, S. y García, L. (1998-2000). “Tuberculosis en el Hospital Universitario san José Popayán”. En: *Biomedica*. No. 24, pp. 92-101. Instituto Nacional de Salud.

Drake, Robert E.; Osher, Fred C y Wallach, Michael A. (1991). “Homelessness and dual diagnosis”. In: *American Psychologist*. Vol. 46 (11), pp. 1149-1158. [American Psychological Association](#).

Escarraga, Tatiana. (2007). “La tuberculosis se dispara entre la población inmigrante”. En: <http://www.20minutos.es/noticia/229835/1/tuberculosis/dispara/poblacion/>. [Julio 20 de 2009].

FEDEVIVIENDA ASOCIACIÓN DETRABAJO INTERDISCIPLINARIO. (2006). “Fundación foro nacional por Colombia, pobreza y exclusión social en Bogotá, Medellín y Cali”. En: www.foro.org.co/docum/documentos/forodebates5.pdf. [Febrero 15 de 2010].

Godard, Francis. (1996). *El debate y la práctica sobre el uso de las historias de vida en las ciencias sociales*. Bogotá: Centro de Investigación sobre Dinámicas Sociales, Universidad Externado de Colombia.

Gama, John; Moya, July & Rodríguez, Johana. (2010). “Sobreviviendo en el asfalto bajo los ojos ciegos de los mártires”. En: *Revista innovo*. Bogotá.

Gartner, María Lorena. (1992). “Seminario Internacional sobre uso de historias de vida en ciencias sociales, teorías, metodologías y práctica”. En: *Enfoques*. No 6. Universidad de Caldas.

Goffman, Erving. (1998). *Estigma de la identidad deteriorada*. Madrid: Amorrortu.

Góngora, Andrés y Suárez, Carlos. (2008). “Por una Bogotá sin mugre: violencia, vida y muerte en la cloaca urbana”. En: *Universitas Humanística*. No. 66. Universidad Javeriana.

Jaramillo, Javier; Arrubla, Marcela y Montes, Fernando. (2007). “Factores convencionales y no convencionales asociados al tratamiento con el fracaso del Tratamiento Antituberculosos”. En: *Revista Ces*. Vol. 21, No. 2, pp. 15-30. Facultad de Psicología de la Universidad CES, Medellín, Colombia.

Jodelet, Denise. (1986). “La representación social: fenómenos, conceptos y teoría”. En: *Psicología Social*. Vol. 2, Moscovicí S. Barcelona: Paidós.

Kindelan, José & Kindelan, Clara. (2006). "Tuberculosis en grupos de riesgo". En: *Sistema Nacional de Salud*. Vol. 30, No.1, pp. 3-9. Colombia.

Kleinman, Arthur. (1980). *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the bordeland between anthropology, medicine and psychiatry*. California: University of California Press.

Koegel, Paul; Burnam, Audrey & Farr, Rodger. (1988). "The prevalence of specific psychiatric disorders among homeless individuals in the inner city of los Angeles". In: *Arch gen psychiatry*. Vol. 45 (12), pp. 1085-1092. American Medical Association.

Krystal, Efrain. (1998). *Temptation of the word-the novels of Mario Vargas Llosa*. Nashville: Vandelrbilt University Press.

Laparra, Miguel. (2006). *La construcción del empleo precario, dimensiones causas y tendencias de la precariedad laboral*. Madrid: Caritas.

Lip, César y Rocabado, Fernando. (2005). *Determinantes sociales de la salud en Perú*. Lima: Ministerio de Salud; Universidad Norbert Wiener; Organización Panamericana.

Lulle, Thierry; Vargas Pilar y Zamudio, Lucero. (1998). *Los usos de las historias de vida en las ciencias sociales I*. Bogotá: Centro de Investigación sobre Dinámicas Sociales, Universidad Externado de Colombia.

Milburn, Norweeta & D'ercole, Ann. (1991). "Homeless women: moving toward a comprehensive model". In: *American Psychologist. Special issue: homelessness*. Vol. 46, pp. 1161-1169. [American Psychological Association](http://www.americanpsychological.org).

Montauk, Susan. (2006). "The homeless in America: adapting your practice". In: *Family Physician*. pp. 1132-1138. American Academy of Family Physicians.

Moscovici, Sergej. (1993). *Psicología social y problemas sociales*. Barcelona: Paidós.

Pergolis, Juan Carlos y Moreno, Danilo. (1998). "Ciudad y ciudadanía en Colombia a fines del Siglo XX". En: *Nómadas*. No. 9, pp. 105-113. Universidad Central, Colombia.

Pinedo, José y Sanrtelices, María. (2006). "Apego adulto, los modelos operantes internos y la teoría de la mente". En: *Terapia psicológica*. Vol. 24, No. 2, pp. 201-209. Sociedad chilena de psicología clínica.

Ramírez, Ana María. (2009). "Sobre la liquidez en los vínculos afectivos". En: *Poiesis*. Vol. 9, No. 17. FUNLAM.

Rojas Pedemonte, Nicolás. (2008). “El reconocimiento en el otro: autoafirmación y acción comunicativa en personas en extrema exclusión”. En: *Polis revista de la Universidad Bolivariana*. Vol. 7, No. 20, pp. 105-132. Universidad Bolivariana, Chile.

Romero, Claudia. (1999). “Creencias y consecuencias sociales de la tuberculosis pulmonar en dos comunidades indígenas del Estado de Oaxaca una aproximación cualitativa”. En: *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*. No. 4, pp. 235-249. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas.

Ruíz, Javier. (1999). “Los ciudadanos de la calle. Nómadas urbanos”. En: *Nómadas*. No. 10, pp. 172-177. Universidad Central, Colombia.

Rusell, D; Utrona, C.; Rose, J. & Yurko. K. (1984). “Social and emotional loneliness: an examination of Weiss’s typology on loneliness”. In: *Journal of personality and social psychology*. No. 46, pp. 1313-1321. American Psychological Association.

Toro, Paul & Wall, David. (1991). “Research on homeless persons: diagnostic comparisons and practice implications”. In: *Professional psychology: research and practice*. Vol. 26 (6), pp. 479-488. American Psychological Association.

Vendramini, Silvia; Scatena, Tereza; Geraldés, Lourdes y Gazetta, Claudia. (2007). “Aspectos epidemiológicos atuais da tuberculose e o impacto da estratégia DOTS no controle da doença”. En: *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. pp. 1-3. Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo.