



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

Representaciones Sociales de la Salud Infantil en niños, niñas y equipo de atención en salud, en contextos rural y urbano del departamento de Cundinamarca

María Fernanda Cañón Rodríguez

Universidad Nacional de Colombia
Doctorado Interfacultades de Salud Pública
Bogotá, Colombia
2019

Representaciones Sociales de la Salud Infantil, en niños, niñas y equipo de atención en salud, en contextos rural y urbano del departamento de Cundinamarca

María Fernanda Cañón Rodríguez

Tesis presentada como requisito parcial para optar al título de:

Doctora en Salud Pública

Directora:

PhD Maria Elsa Gutiérrez Malaver

Codirector:

PhD Roberto Fasanelli

Línea de Investigación:

Representaciones sociales

Universidad Nacional de Colombia

Doctorado Interfacultades de Salud Pública

Bogotá, Colombia

2019

Aprender de los niños, escuchar a los compañeros, entender a las familias, comprenderse a sí mismo, interpretar las realidades, retornar a lo básico, esta evidencia que tiene miles de millones de años, son algunos pasos en el complejo y maravilloso camino hacia la construcción de NUESTRA sociedad.

La autora.

Agradecimientos

A los niños que aceptaron el reto de escribir palabras, dibujar y responder las entrevistas, que les pareció interesante y parte de un juego hablar sobre salud y enfermedad. Gracias a sus docentes, en especial a la profesora Teo, su espontaneidad y alegría, su entrega y compromiso, que además de educadora hace parte de cada una de las familias de los niños que estudian en la escuela y a la profesora Alix quien cree en sus niños por sobre todas las cosas; conocerlas ha sido uno de los mayores regalos de mi formación doctoral. Gracias a las instituciones participantes, Institución Educativa de Cogua, Escuela Casablanca, Instituto Técnico Agrícola de Cachipay, Escuela Peñanegra, Institución Educativa Distrital Gerardo Molina, Institución Educativa Distrital Delia Zapata Olivella, Institución Educativa Distrital Nuevo Horizonte, cuyos rectores creen firmemente en la articulación educación y salud. Al Hospital Pedro León Álvarez de La Mesa (Cund.), Centro de salud de Cachipay, Hospital Universitario la Samaritana, Unidad Funcional Zipaquirá, Centro de Salud de Cogua, a los profesionales y técnicos de salud que dedicaron parte de su tiempo para compartir sus reflexiones para este trabajo.

A Daniel, el mayor agradecimiento y dedicatoria de esta tesis, su compañía, comprensión, largas horas de lectura y escucha, momentos de cercanía y distancia y sobre todo, por creer en mí, ese apoyo ha sido mi mayor soporte y motivación, eso es amor. A mi familia, Rosaura, Ceci, Luis Eduardo, Juan Pablo, Maria I., a quienes puedo abrazar, y también a los que ya se me fueron, con su ejemplo me han enseñado que el camino solo evidencia su existencia cuando se es construido. A Aided y Fabri por ser parte de ella, su acogida fue fundamental en momentos de soledad.

A mi alma mater Universidad Nacional de Colombia y al Doctorado Interfacultades en Salud Publica. A mi directora, profesora Maria Elsa Gutiérrez, con su experiencia y conocimiento creyó y guio desde un principio este proceso. A mis queridos compañeros de cohorte, entre

ellos Ruth, Sandra, Angelica, Luis Edgar, por su apoyo y compañía. Así como al apoyo permanente de Sandra Patricia, Rodolfo, Gloria y Luz Myriam.

Un especial agradecimiento al profesor Roberto Fasanelli, quien, al responder un correo en el lapso de diez minutos, aceptó la codirección y me abrió la perspectiva del mundo de las Representaciones Sociales, lo cual permitió hacer realidad esta investigación, el análisis, la reflexión y la relación con los teóricos. Como parte de ese mundo me presentó la Universidad Federico II de Nápoles, gracias por su hospitalidad, acogida, historia, a través de esta oportunidad conocí personas maravillosas, entre ellas la profesora Ida Galli, experiencia viva y académica de las Representaciones Sociales.

Gracias a mis queridos amigos de la pediatría social, profe Duran, profe Duarte, Javier, Lorena, Maria Camila, Claudia, Lucas, Yefry y Alexandra, ¿cómo no crecer con su presencia, durante nuestros espacios de discusión y reflexión?, es todo un honor aprender de cada uno, del grupo y de la experiencia conjunta. A mis compañeros de viaje, Angel Santillana, Maria Walter, Krisztina Lendenmayer, Zhu Hui, por su amistad, que se mantiene a través el tiempo y los kilómetros de distancia.

A los compañeros del Grupo de Investigación en Representaciones sociales, Lorena, Luis y Reynel, apoyo firme y construcción conjunta.

En este lapso temporo-espacial son muchas las personas e instituciones por las que se ha transitado y los agradecimientos continúan a pesar de no encontrarse explícitos en estos párrafos, compartir momentos, dificultades, logros, trabajar en equipo han contribuido innegablemente a cada uno de los párrafos aquí presentados.

Resumen

El presente trabajo se propuso comprender estructura y contenido de las Representaciones Sociales de la Salud y Enfermedad en niños, niñas y equipo de atención en salud, comparándolos entre los contextos rural y urbano del departamento de Cundinamarca. La investigación se inscribió epistemológicamente en el paradigma socio constructivista y teóricamente en el enfoque estructural de la Teoría de las Representaciones Sociales; utiliza multimetodología para la recolección, análisis e interpretación de la información, orientándose hacia la construcción socialmente compartida de las representaciones sociales estudiadas. Los resultados aportan al conocimiento científico a partir de la construcción de la realidad compartida socialmente y promueven un abordaje integral de la salud infantil acorde con las necesidades y realidades de la población

Palabras clave: representaciones sociales, salud materno-infantil; derechos del niño; pediatría; salud pública.

Abstract

This work was proposed to understand the structure and content of the Social Representation of health and illness in children and health care team, comparing between the rural and urban context of Cundinamarca, Colombia. This research was inscribed epistemologically in the socio-constructivist paradigm and theoretically in the structural approach to the Theory of Social Representations, uses multimethodology to obtain and to analyze the information, oriented towards the construction of social knowledge about social representations studied. The results contribute to scientific knowledge from the construction of socially shared reality and promote an integral approach to child health, according to needs and realities of this population.

Keywords: social representations, maternal-child health, children rights, pediatrics, public health.

Contenido

	Pág.
Resumen	IX
Lista de figuras.....	XII
Lista de tablas	XIII
Lista de abreviaturas.....	XV
Introducción	1
1. Salud de los niños, el aporte desde las Representaciones Sociales	3
2. Objetivos.....	19
3. Diseño metodológico	21
4. Resultados.....	35
5. Construcción de Representaciones Sociales en niños, niñas y equipo de atención en salud.....	111
6. Conclusiones y recomendaciones.....	131
Bibliografía	159

Lista de figuras

	Pág.
Figura 3-1. Diseño Metodológico	23
Figura 4-1. Grafo análisis de similitud RS Salud en niños de sector Rural	39
Figura 4-2. Grafo análisis de similitud RS salud niños urbanos.....	41
Figura 4-3. Grafo análisis de similitud RS Enfermedad en niños de sector Rural	45
Figura 4-4. Grafo análisis de similitud RS Enfermedad en niños de sector urbano	46
Figura 4-5 Análisis prototípico Salud profesionales de sector rural	77
Figura 4-6. RS Salud en profesionales de salud de sector Urbano	79
Figura 4-7. RS Enfermedad en profesionales sector rural.....	83
Figura 4-8. RS de la Enfermedad en profesionales de sector Urbano.....	84

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 1-1. Concepciones Salud Infantil	8
Tabla 3-1. Criterios para asegurar validez en la investigación	24
Tabla 3-2. Número de participantes en Evocación jerarquizada	29
Tabla 3-3. Número de participantes que elaboraron dibujos.....	30
Tabla 3-4. Número de participantes a los que se aplicó entrevista basada en dibujo	31
Tabla 4-1. Análisis prototípico RS Salud en niños de sector Rural	35
Tabla 4-2. Análisis prototípico RS Salud en niños de sector Urbano	37
Tabla 4-3. Comparación estructura RS Salud niños rurales - urbanos	42
Tabla 4-4. Análisis prototípico RS Enfermedad en niños de sector Rural	43
Tabla 4-5. Análisis prototípico RS Enfermedad en niños de sector Urbano	44
Tabla 4-6. Comparación estructura RS enfermedad niños rurales - urbanos.....	48
Tabla 4-7. Comparación de características de los dibujos de los niños de personas sanas	49
Tabla 4-8. Comparación de características de los dibujos de los niños de personas enfermas	52
Tabla 4-9. Categorías emergentes de la entrevista asociada a dibujo con relación a la salud en niños de sector urbano y rural	55
Tabla 4-10. Relación entre análisis evocación jerarquizada, dibujo y entrevista, niños sector rural.....	56
Tabla 4-11. Relación entre análisis evocación jerarquizada, dibujo y entrevista, niños sector urbano	57
Tabla 4-12. Categorías Enfermedad por niños de sector urbano y rural	69
Tabla 4-13. Análisis prototípico Salud en equipo de atención en salud de sector rural...	73
Tabla 4-14. Análisis prototípico Salud en equipo de atención en salud de sector urbano	75
Tabla 4-15. Comparación estructura RS Salud profesionales rurales - urbanos	80

Tabla 4-16. RS Enfermedad en profesionales sector rural	81
Tabla 4-17. RS de la Enfermedad en profesionales de sector Urbano	82
Tabla 4-18. Comparación estructura RS enfermedad profesionales rurales - urbanos....	85
Tabla 4-19. Comparación de características de los dibujos del equipo de atención en salud de personas sanas.....	86
Tabla 4-20. Comparación de características de los dibujos del equipo de atención en salud de personas enfermas	88
Tabla 4-21. Categorías emergentes de entrevista realizada a profesionales con relación a la salud	90
Tabla 4-22. Relación entre análisis evocación jerarquizada, dibujos y entrevista, equipo de atención en salud sector rural	91
Tabla 4-23. Relación entre análisis evocación jerarquizada, dibujos y entrevista, equipo de atención en salud sector urbano	92
Tabla 4-24. Categorías Enfermedad en equipo de atención de salud de sector urbano y rural	106

Lista de abreviaturas

AIEPI	Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
APS	Atención Primaria en Salud
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y Caribe
CIDN	Convención Internacional de Derechos del Niño
CIPI	Comisión Internacional de Primera Infancia
CONPES	Consejo Nacional de Política Social
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DNP	Departamento Nacional de Planeación
ESE	Entidades Sociales del Estado
ICBF	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
IED	Institución Educativa Distrital
INS	Instituto Nacional de Salud
LAC	Latinoamérica y el Caribe
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
NV	Nacidos Vivos
NBI	Necesidades Básicas Insatisfechas
NR	Niños Rurales
NU	Niños Urbanos
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PR	Profesionales Rurales
PU	Profesionales Urbanos
PDSP	Plan Decenal de Salud Pública
PIB	Producto Interno Bruto
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
RS	Representaciones Sociales
SCP	Sociedad Colombiana de Pediatría
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
TRS	Teoría de las Representaciones Sociales
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

Introducción

La infancia ha sido objeto de análisis e intervenciones prioritarias en las políticas de salud pública, estudiada desde diversas áreas del saber y definida como población vulnerable. Sin embargo y a pesar la mejoría de indicadores de morbilidad y mortalidad, coexisten importantes problemas en Colombia, con persistencia de enfermedades prevenibles como primeras causas de mortalidad en niños¹ menores de 5 años; siendo frecuentes las etiologías infecciosas (respiratorias - diarreicas), las asociadas a la desnutrición y la creciente incidencia de enfermedades relacionadas con problemas emocionales y del entorno social. Las respuestas a dichos problemas cuestionan las políticas dirigidas a la infancia construidas principalmente desde el modelo biomédico, con predominante orientación vertical y sectorial, llevando a visiones fragmentadas de la concepción de infancia y su problemática de salud, desconociendo el saber de la población, sus intereses y necesidades sentidas.

Se considera importante y necesaria la visibilización de los actores involucrados, sus miradas, imaginarios, representaciones, categorías emergentes y teorías construidas de la salud infantil, que a su vez se relacionan con prácticas o comportamientos compartidos socialmente. Desde la Teoría de las Representaciones Sociales es posible identificar, analizar y comprender los conceptos a los que se recurren como colectivo social y como individuos pertenecientes a una sociedad, evidenciando tensiones con relación al objeto representado. Tensión entre lo oficialmente establecido (como políticas y programas específicos), el conocimiento científico y lo vivido en la cotidianidad por las familias, la comunidad y los mismos servicios de atención en salud.

¹ Para el presente documento el término “niños” involucra tanto el género masculino como femenino. Sin embargo, se continuará utilizando la palabra “niñas” en lo específico del género correspondiente y lo requerido durante el desarrollo de la investigación.

Este trabajo de investigación se desarrolló como Tesis Doctoral del Programa Interfacultades del Doctorado en Salud Pública, inscrito en el Grupo de Investigación de Representaciones Sociales, financiado con beca otorgada por Colciencias en la convocatoria 617 de 2014. El proyecto y el estado del arte se presentó en la I Biental Internacional de Infancia y Juventud (2014), el desarrollo de la investigación en el I Congreso de Pediatría Social en Santiago de Chile (2016), los resultados parciales se presentaron en coloquios organizados por el Doctorado en Salud Pública, la XIV Conferencia Internacional de Representaciones Sociales en Buenos Aires Argentina (2018) y en el VIII Congreso de Investigación Cualitativa en Salud en Florianópolis-Brasil (2018). Así mismo se ha presentado en reuniones de grupos de investigación y en sesiones de clases de las carreras de Medicina, Nutrición y Psicología de la Universidad Nacional de Colombia.

El aporte al conocimiento de esta tesis parte de los intereses y las necesidades de la población hacia la construcción de la salud infantil, trascendiendo la medición de indicadores cuantificables al considerarla en términos positivos, y contribuir a la formulación de políticas públicas contextualizadas y participativas dirigidas a la infancia. En el primer capítulo se analiza el concepto de salud infantil, los enfoques desde la salud pública y el aporte desde la teoría de representaciones sociales. En el segundo, tercer y cuarto capítulos se encuentran pregunta de investigación, objetivos y diseño metodológico, respectivamente. El quinto capítulo muestra los resultados en cada uno de los grupos, niños y equipo de atención en salud, tanto de estructura como de contenido de las representaciones sociales. El sexto capítulo integra los resultados descritos con tres aspectos fundamentales en la formación, la articulación con el quehacer profesional en la atención de los niños y el planteamiento desde las políticas públicas. Finalmente se presentan las conclusiones, limitaciones y propuestas a futuro.

1. Salud de los niños, el aporte desde las Representaciones Sociales

El concepto de Salud infantil ha sido un interrogante permanente y transversal para la sociedad occidental en el esfuerzo de precisar tanto el significado como sus alcances en la vivencia cotidiana y en la formulación de las políticas públicas. El interés de la investigadora, inicia durante el ejercicio profesional como médica en sectores urbano y rural, siendo importante observar las dinámicas generadas durante la atención clínica de las personas, al comprender que la medicina es un campo profesional pero ante todo social, que incluye elementos del contexto simbólico y representacional en la vivencia de las enfermedades; como lo describe Ofman (2012) “las enfermedades pueden ser entendidas de diversas formas, según el punto de vista del actor social a que se haga referencia”.

Posteriormente el acercamiento a la investigación durante la maestría en Desarrollo Educativo y Social, sumada a la formación como especialista en pediatría y en pedagogía visibilizaron los alcances de mi responsabilidad como actor social (médica, pedagoga y pediatra); trascendiendo la atención tradicional y exclusiva de lo mórbido, considerando la salud como fenómeno positivo que parte del saber para comprender el hacer e identificar el qué hacer, así contribuir en la vida de niños, niñas, sus familias y por ende de la sociedad.

El interés por el concepto socialmente compartido de la salud infantil da pie al tema de investigación abordando la Teoría de las Representaciones Sociales, pues al comprender la representación se interpreta la acción y la apropiación por parte de los “beneficiarios” de las estrategias, planes, programas, elaborados por organismos estatales, locales, institucionales, sociales o no gubernamentales cuyo propósito es la “salud de los niños”.

Se ha considerado a la infancia es uno de los momentos de la vida en los que nos construimos como seres humanos, individuales y sociales; la evidencia científica ha demostrado que “los efectos adversos del pobre desarrollo en la primera infancia tienen efectos negativos a largo plazo en salud, productividad y bienestar general cuando los niños alcancen la adultez” (World Bank Group, 2017, pág. 78), razón de más para que niños, niñas y adolescentes sean prioridad en los escenarios económicos y políticos de nuestro tiempo. Por ello se considera una población de interés especial en la dinámica de la agenda pública, en las políticas que afecten sus condiciones de bienestar y salud.

A pesar de ello, la realidad de los niños colombianos es otra en virtud de su vulnerabilidad, con índices significativos de enfermedad por causas prevenibles, requiriendo consideraciones particulares e intervenciones sociales, económicas, educativas y en atención clínica, que se traduzcan en mejoría de indicadores trazadores; lo anterior requiere de una reflexión transectorial y transdisciplinaria. Ante la dificultad de una única definición holística que involucre lo integral del ser y donde converjan las diferentes dialécticas y traducciones, se hace necesario develar la construcción social del concepto de salud desde la mirada de los actores que intervienen, comparando entre lo cotidiano y lo establecido, y vislumbrando si hay coherencia con los enfoques teóricos y las acciones institucionales propuestas, tanto a nivel rural como urbano.

1.1 Infancia y Salud

Históricamente el término salud ha presentado transformaciones en su significado relacionadas con las condiciones de cada época e interpretaciones a la luz del conocimiento acumulado, orientando tanto la atención individual, como el ejercicio de la salud pública, acción misma que se ha construido a través de la negociación entre el saber científico o reificado y el saber común socialmente compartido. Por tanto, es necesario el análisis del concepto de salud, involucrando también su deconstrucción, para generar discursos coherentes con la realidad y con la situación de salud y enfermedad de los niños, es decir, una visión integral y colectiva que involucre su pensamiento y la representación social construida desde su propia vivencia. Como lo plantea Rosemberg (2009) “saldar la deuda con la infancia es traer al niño o la niña, su familia y sus necesidades al espacio público, fortaleciendo su poder de negociación en la arena pública del debate sobre las prioridades en políticas públicas” (pág. 24).

Durante los últimos veinte años se observa mejoría de los indicadores de salud en el país con descenso de la TMI² y de la TMM5³, pero con importantes diferencias entre los territorios, especialmente entre las zonas consideradas como urbana y rural. Condiciones relacionadas con pobreza y presencia de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), cuyas disparidades son reflejo de situaciones de desventaja social, entre ellas la diferencia entre zonas rurales y urbanas (UNICEF, 2016, pág. 9); con relación a la supervivencia, se ha calculado que el 30% de la población infantil más pobre lleva el 50% de la mortalidad infantil (OPS, 2012). Las causas de mortalidad y morbilidad en niños menores de cinco años las lideran reiterativamente las enfermedades respiratorias, diarreicas y nutricionales, todas ellas prevenibles; adicionalmente en Colombia hay diferencias entre los indicadores para las zonas rural y urbana, calculándose la TMM5 en contexto rural 2,4 veces más alta que en zona urbana, asociada a dificultades de acceso a agua potable, el desconocimiento sobre manejo de enfermedades prevalentes de la infancia, las mayores distancias entre los lugares de vivienda y los centros de asistencia médica, siendo significativa la vulnerabilidad en los municipios más rurales, dado por menor capacidad económica, institucional, capital humano, rasgos demográficos y presencia de violencia (Pineda Restrepo, 2012; PNUD, 2011).

La diferencia da cuenta de la brecha de “salud” aunada al componente histórico-social que reitera la importancia de centrar políticas y programas específicos en población, urbana o rural, involucrando elementos culturales contextualizados que las hagan viables como política de Estado (Parada Parra, 2018), así como saberes cotidianos que permitan replantear las necesidades y características de salud propias para cada población. El poder comparar y establecer relaciones entre estos saberes hacia la comprensión de las construcciones sociales de la salud como proceso, comprendiendo su dinámica, permitiría

² La TMI se define como la probabilidad que tiene un recién nacido de morir antes de cumplir un año de vida. Calculándose como la mortalidad de niños y niñas menores de un año de edad con relación a los nacidos vivos en el mismo periodo por mil. Da cuenta de la calidad de vida y bienestar de una población, la alta mortalidad infantil puede interpretarse como una brecha en la implementación del derecho a la salud, producto de la discriminación estructural (CEPAL, 2005)

³ La Tasa de mortalidad en menores de 5 años (TMM5), se considera como patrón para medir bienestar de la infancia con tres ventajas, mide resultados finales de proceso de desarrollo, implica amplia variedad de factores y esta menos expuesta a la falacia de promedio estadístico. (UNICEF, 2014).

no solo acercar las políticas públicas a los niños, sino también hacerla parte de su elaboración.

Contandriopoulos (2006) reitera la multidimensionalidad del concepto de salud, desde el cual cada persona da un valor a la vida, a la muerte, al dolor, a la enfermedad, de acuerdo con la posición ocupada en la sociedad y su relación con el campo médico, por tanto, son los actores los que construyen su propio saber en relación con la salud y la enfermedad, el cual determinará sus prácticas. Lo que le permite al autor identificar cuatro dimensiones sobre las cuales es mandatorio actuar desde la interdisciplinariedad.

Es fundamental comprender la construcción de los sistemas representacionales de la salud y la enfermedad por parte de los niños y por quienes son atendidos en los servicios de salud, diferenciando contextos rurales y urbanos y considerando sus particularidades geográficas, culturales, acceso a servicios de salud, da elementos para fortalecer la articulación entre la gestión pública, el compromiso de la sociedad y las condiciones de vida de la infancia; lo cual requiere que los intereses y problemáticas vividas por ellos sean elementos importantes en el agendamiento de sus prioridades, así como su posicionamiento público y gubernamental.

De esta forma se legitiman los procesos de formulación y elaboración de políticas, fortaleciendo a los agentes de cambio para la transformación de su realidad social. Por otra parte, es muy importante esta reflexión en los programas de formación de profesionales que laboran con y para la infancia, lo cual crea un desafío para la comprensión de la relevancia de los factores culturales en las respuestas de las poblaciones a la prevención, tratamiento y manejo de condiciones que amenazan la vida, así como a las prácticas ligadas a la promoción del bienestar infantil.

1.2 ¿Cómo se ha comprendido la salud infantil?

Los problemas conexos con la salud infantil se han caracterizado y analizado ampliamente en la literatura, durante el siglo XVIII se planteó la relación entre procesos de industrialización y de urbanización con las inadecuadas condiciones de cuidado, alimentación y seguridad para los niños pertenecientes a la clase trabajadora (Rosen, 1993). Engels (1845, citado por Starfield 2008), documentó que las tasas de mortalidad de viruela, sarampión, fiebre escarlatina y tos ferina hacia la mitad del siglo XIX eran mayores

entre los hijos de familias de clase trabajadora comparados con los de clase alta; identificando la correspondencia entre patologías de la infancia y sus condiciones sociales, sentando las bases para el estudio de los mecanismos por los cuales las desventajas sociales producen peor salud, lo cual fue reiterado por Virchow en su informe epidemiológico (Waitzkin, 2006).

Finalizando el siglo XIX los aportes desarrollados por la evolución de la bacteriología y los descubrimientos científicos de la época, marcaron el camino de la comprensión de la historia natural de las enfermedades infecciosas, además del desarrollo de las vacunas, posibilitando el control de algunas de las enfermedades contagiosas (Rosen, 1993); con impacto en la mortalidad y morbilidad de la población infantil, al ser más vulnerable ante dichas enfermedades.

El siglo XX se enmarcó por guerras mundiales, el crecimiento de la industria, la congestión de las comunidades urbanas, con profundización de problemas sociales como pobreza, malnutrición, enfermedad e inequidad. Se formularon programas con intervenciones preventivas de detección de factores de riesgo y la creación de entidades dedicadas a solucionar problemas de la infancia que promovieron la relación entre el cuidado y la idea de bienestar. Posterior a la Segunda Guerra Mundial disminuyeron las TMI y TMM5, mostrando que la supervivencia de los niños se asocia a cambios en la composición de la familia y la estructura social sumado al ingreso de la mujer al mundo laboral, hechos que transformaron las condiciones de vida cotidianas (García Caballero, 2000a). A partir de la Convención Internacional de los Derechos del Niño (CIDN) en 1989 y posterior adopción por los Estados Parte, se hace explícita la garantía en la máxima medida posible del derecho a la supervivencia, derivando directamente en el desarrollo, en la atención en momentos cruciales de la enfermedad, es decir, vinculando el derecho a la salud con el desarrollo integral del ser humano.

Así mismo, el desarrollo histórico epidemiológico y la concepción de infancia permiten también identificar tendencias teóricas del concepto de salud infantil, las cuales pueden articularse con los modelos en Salud pública propuestos por Hernández et al. (2012), enfoques identificados y adaptados para el presente documento, como se describen en la tabla 1.1.

Tabla 1-1. Concepciones Salud Infantil

Enfoque conceptual	Biomédico	Epidemiológico	Socio histórico	Promoción de la salud
Perspectivas de análisis	Enfermedad	Enfermedad – Factor de riesgo	Proceso salud-enfermedad	Bienestar infantil
Concepción de la salud infantil	Ausencia de enfermedad y discapacidad	Interacción entre factores de riesgo	Proceso social articulado con otros procesos sociales.	Estado dinámico relacionado con adecuado funcionamiento y tiene consecuencias a lo largo de la vida.
Enfoque epistemológico	Positivista	Post-positivista, constructivista	Teoría crítica	Constructivista, Participativo
Metodología	Investigación clínica	Investigación clínica, investigación cualitativa	Investigación cualitativa. Epidemiología social	Investigación cualitativa, Estudios longitudinales
Aportes	Identificación del agente causal con avances tratamiento diagnóstico, prevención (vacunas).	Identificación de factores de riesgo que permiten intervenciones puntuales.	Resalta la complejidad de la salud, como un proceso histórico y social.	Identificación de factores determinantes que requieren de intersectorialidad hacia intervenciones colectivas.
Limitaciones	Monocausal, desconoce el contexto sociocultural y el ambiente.	Centrado en la enfermedad y su etiología.	Dificultad de abarcar la complejidad del problema en su totalidad.	Tendencia a favorecer el interés del desarrollo económico sobre el social y humano.
Concepción de niño - niña	Objeto de intervención.	Objeto de intervención.	Sujeto de derechos,	Sujeto de derechos, Objeto de intervenciones

Fuente: Adaptación a partir de Hernández Girón, Orozco Nuñez, y Arredondo López, 2012.

Enfoque Biomédico: Al indagar por la definición de “salud infantil” en la literatura científica, el eje principal de estudio es el biológico, aportando a los importantes avances científicos y tecnológicos que han modificado drásticamente la supervivencia de la población. No obstante, esta producción científica se orienta principalmente hacia la enfermedad, tal y como lo había planteado Sigerist (1974, citado por Gómez, 2002), “la noción de enfermedad ha sido central en el discurso médico de la sociedad occidental positivista, (...) desde cuyo nicho comienza a ejercer en casi todo el mundo, una marcada influencia sobre los demás componentes de la utopía; en especial sobre la salud pública y la gestión de políticas públicas en salud” (pág. 3). Este enfoque concibe la salud infantil como ausencia de enfermedad y disfuncionalidad, cuyo propósito es explicar y solucionar los problemas

con tratamientos específicos. Apoyándose en investigación epidemiológica, basada en hallazgos clínicos médicos y de laboratorio, con avances en métodos diagnósticos, tratamiento y rehabilitación, como son las vacunas y la terapia antibiótica (García Caballero, 2000b).

Enfoque Epidemiológico: El elemento central de análisis es la identificación de factores de riesgo (Arredondo, 1992), por tanto, el concepto de prevención de la enfermedad cobra especial relevancia, con la premisa de intervenir sobre la mortalidad y morbilidad evitable por patologías infecciosas o crónicas relacionadas con modificaciones de hábitos de vida. Considerando la salud como ausencia de enfermedad, vinculando la importancia de elementos como el ambiente y los comportamientos de las personas.

Enfoque Socio histórico: Enmarcado en el movimiento de salud colectiva latinoamericano que reconoce el “carácter social del proceso salud enfermedad en cuanto a fenómeno material objetivo y tal como se expresa en el perfil patológico de los grupos humanos” (Laurell, 1994, pág. 6). Epistemológicamente se ubica en la teoría crítica con implicaciones metodológicas desde la epidemiología y determinación social, como lo muestran Carmona y Correa (2014), investigación en la cual analizan la relación entre desnutrición, desarrollo infantil y condiciones de vida, mostrando que un tercio de los niños estudiados entre tres y cuatro años cursan con desnutrición crónica y alguna limitación en la medición del desarrollo infantil, cuya situación de fondo se relaciona con los escasos ingresos económicos, inestabilidad laboral, nivel educativo de la familia bajo y presencia de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI). En este enfoque la relación salud-enfermedad se evidencia como proceso inacabado en el que se involucra necesariamente lo social (Quevedo Velez, 2007).

Enfoque de Promoción de la salud: En el cual se hace prioritario identificar los factores determinantes sobre los cuales las intervenciones deberían enfocarse, con el interés de asegurar la funcionalidad y el envejecimiento saludable ligados al concepto de bienestar. La Salud infantil está influenciada por factores sociales, ambientales, económicos y genéticos, definición articulada con lo planteado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946) y el enfoque de intervención propuesto en la Carta de Ottawa (OMS, 1986), considerando las etiologías de las enfermedades como procesos multifactoriales que requieren abordajes interdisciplinarios, por tanto, requieren vinculación simultánea de las ciencias de la salud y ciencias sociales, con una mirada longitudinal y poblacional.

Sumado a los anteriores, se puede plantear el enfoque de desarrollo económico, planteando que invertir (económicamente) en la infancia favorece el capital humano y económico (Irwin, Siddiqi, & Hertzman, 2007). Como se describe en documentos publicados por el Banco Mundial “las intervenciones que mejoren la nutrición, el desarrollo cognitivo y socioemocional en etapas iniciales de la vida, puede lograr retornos en las etapas posteriores que superan con creces sus costos” (Alderman, Behrman, Glewwe, Fernald, & Walker, 2017, pág. 94). Bajo la premisa que la salud se fomenta en los primeros años de vida siendo un elemento fundamental para el desarrollo infantil, se plantea como argumento reiterado por organizaciones internacionales como justificación de su objeto, “invertir en la niñez también es importante desde el punto de vista práctico, pues redundará en beneficio de las economías y las sociedades” (UNICEF, 2018), ubicando a la salud infantil como un determinante de las condiciones financieras de los países, priorizándola como proyecto de inversión con una explícita visión en términos de productividad.

Este enfoque hacia los rendimientos del individuo saludable se puede evidenciar en el aporte de Félix et al. (2014), quienes definen salud infantil como el estado dinámico, no simplemente ausencia de enfermedad o de discapacidad, pero también adecuada resiliencia que permita un funcionamiento óptimo físico, mental y social y una óptima calidad de vida en pro de lograr potencial total y el inicio de la independencia funcional y social individual (pág. 49, traducción libre). También en la definición propuesta por Wizemann y Anderson (2009) quienes consideran que la salud infantil “involucra algo más que proporcionar acceso a la atención médica. Salud está integralmente relacionada con el desarrollo y al aprendizaje, y lo que sucede en la vida temprana tiene consecuencias en toda la duración de la vida” (pág. 14).

Las apuestas ontológicas que subyacen a las definiciones descritas siguen una línea temporal, relacionada con la enfermedad inicialmente y con la capacidad productiva posteriormente. Es clara la orientación de considerar a los niños como objeto de intervención, es decir, como “un conjunto de necesidades, objeto de protección y control”, en contraposición de asumirlos como “sujetos de derechos exigibles” (Duran Strauch, 2007). Esta última como derrotero de las políticas públicas nacionales vigentes dirigidas a la infancia, que propongan la integralidad y el enfoque de derechos para su abordaje.

Enfoques que entran en contraposición con la legislación colombiana, partiendo desde la Constitución Política de Colombia (1991), cuyo artículo 44 dice “Son derechos

fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos (...) La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos. Los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás” y el Código de la Infancia y la Adolescencia - Ley 1098 de 2006, cuya finalidad es “garantizar a niños, niñas y adolescentes su pleno y armonioso desarrollo para que crezcan en el seno de la familia y de la comunidad, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión, prevalecerá el reconocimiento a la igualdad y la dignidad humana, sin discriminación alguna” (República de Colombia, 2006).

Este último fundamentado en la protección integral, a través de cuatro ejes, prevención de amenaza de derechos, garantía de derechos, restablecimiento inmediato y niños como sujeto de derechos (Ruiz Caicedo, 2008). Normativa que explícita la salud dentro de la primacía de los derechos de los niños, con el deber de ser garante por cualquier persona, independiente de su relación parental o afectiva, con la posibilidad de exigir de la autoridad competente su cumplimiento y la sanción a los infractores.

Pero la permanencia de la visión adulto-céntrica y con enfoque sectorial no posibilitan el ejercicio político acorde con la realidad, pues existe “ausencia de comprensión por parte de la sociedad y del Estado de la causalidad de los problemas de los niños y niñas, de manera que se afecta la superficie y no el fondo de los problemas” (Hernández, 2007, pág. 275), además de predominar el enfoque esencialmente biomédico, cuyo centro será la enfermedad y el enfermo, invisibilizando la salud en toda su complejidad. Reconociendo las limitaciones de los enfoques propuestos, se abre la puerta a concepciones ontológicas que involucren a los mismos niños y demás actores como sujetos, conocer sus representaciones, además de observar la transformación social y profesional dada a partir del desarrollo del cada vez más amplio conocimiento científico y técnico y su incorporación en el saber común.

El presente trabajo se asume bajo la premisa que la salud infantil se atraviesa necesariamente por la memoria colectiva, los aspectos culturales, el permanente diálogo

con la ciencia, involucra elementos propios del ser, de la sociedad y del contexto donde se desarrollan las comunidades. Dichas interrelaciones “deben ser reinterpretadas a la luz de las totalidades emergentes, las cuales se transforman en los contextos en las que aquellas quedan suprimidas-conservadas-superadas, transformándose en atributos o relaciones que pasan a tener valor de mediaciones representacionales” (Samaja, 2004, pág. 225).

Direccionándola hacia un enfoque epistemológico participativo e incluyente, en permanente construcción y transformación, que lleve implícita la participación de todos los actores principalmente a los niños, de forma que se posibiliten ejercicios de ciudadanía que permitan trascender el enfoque de “objeto” al real “sujeto de derechos” emancipado - emancipador; siendo importante un análisis más profundo de los conceptos que han construido los niños y sus familias a partir de su experiencia y elaboración social sobre lo vital y por ende de su propia salud.

A su vez, este enfoque implica reconocer la diferencia que se presente en diferentes contextos de vida, no solo desde los indicadores y sus importantes diferencias explicadas principalmente por brechas económicas, también identificar si hay diferencias entre la representación construida tanto en las regiones rurales como urbanas.

1.3 Representaciones Sociales de la Salud Infantil

Serge Moscovici (1961) definió las Representaciones Sociales (RS) como un “sistema de valores, ideas y prácticas que permiten establecer un orden social y facilitar la comunicación, las cuales transforman lo no familiar en familiar, por tanto, necesarias para construir el mundo social”. Definiendo también dos procesos interdependientes, el anclaje que hace lo no familiar en categorías familiares y la objetivación que permite la transformación de lo abstracto en concreto. Es así como la Teoría de las Representaciones Sociales (TRS) estudia el conocimiento del sentido común como una construcción útil en la cotidianidad, que proviene de la producción de toda una serie de informaciones que se transforman e integran antes de reapropiarse; en palabras del autor, se estudia el proceso de “cómo las personas transforman una pieza de conocimiento, crean información que luego confirman, y simultáneamente objetivan en sus prácticas diarias” (Moscovici, 1988).

A partir de la formulación de la TRS se han realizado múltiples trabajos de investigación alrededor del mundo, así mismo su estudio ha permitido desarrollar diferentes

aproximaciones teóricas derivadas de la teoría. Los temas representacionales han sido múltiples en diferentes campos del saber, en salud se ha trabajado desde salud/enfermedad, salud mental, VIH y en patologías específicas. Una de las primeras autoras que aborda la comprensión de las RS de la salud y la enfermedad es Claudine Herzlich (1969), refiere que estudiar la RS de la salud y la enfermedad, es observar como el conjunto de valores, de normas sociales y modelos culturales se piensan y viven por los individuos de nuestra sociedad (pág. 13, traducción libre), tanto la salud como la enfermedad son relevantes en el establecimiento y actualización de relaciones, ajustes del individuo o la sociedad, postura que trasciende el enfoque desde el sistema sanitario.

Bajo una concepción pluralista de la salud, refiere que no es posible hablar de “la salud”, sino de “las saludes”, identificando tres formas: salud vacía, fondo de la salud y equilibrio. La primera relacionada con la ausencia de enfermedad, la segunda como un capital dinámico - sea de vitalidad o de resistencia a la enfermedad - considerando que la infancia es un periodo particularmente propicio para desarrollar un buen fondo de salud, y la tercera como bienestar definido como un “todo o nada” (Herzlich, 1969, pág. 79). Por tanto, cada grupo social construye su propia representación, rescatando el peso de lo cultural en la elaboración del saber socialmente compartido, siendo una relación dinámica, en constante cambio y cuyas representaciones se influyen interdependientemente con las prácticas cotidianas.

En su obra, la autora identifica tres corrientes psicosociales sobre la enfermedad y la práctica médica como son, la medicina psicosomática, la relatividad cultural y la importancia de los comportamientos sociales concernientes a salud y enfermedad (Banchs, 2007). Muestra que existe diferencia de concepción de la enfermedad entre el médico y el enfermo, el primero la percibe de acuerdo con las categorías de su conocimiento profesional, mientras que entender la enfermedad para quien la padece “siempre es una manera de entender el orden del mundo” (Herzlich, 1997, pág. 48) expresando su relación con el orden social.

Lo anterior reitera que tanto la salud como la enfermedad son construcciones sociales donde convergen no solo los presupuestos académicos consensuados científicamente, también el empoderamiento de las comunidades desde su contenido oral tradicional, además de los símbolos, significados y significantes que concentran su propia RS y que sirven de base inicial para la explicación y vivencia de la misma. Todas las dinámicas

internas y externas entran en juego con los conocimientos adquiridos, recreados y subsumidos en el discurso que acompaña los signos de enfermedad o la presentación de los síntomas y sus posibles diagnósticos y soluciones, expresado en el diálogo entre Serge Moscovici e Ivana Markova (1990) “cuando se habla de un sistema de conocimiento científico, también se puede hablar de un sistema de conocimiento de sentido común, pero que también está relativamente bien estructurado y es muy rico” (Pág. 122).

La complejidad en la construcción de la “salud” en población infantil, se puede observar en investigaciones como las de Altman y Revenson (1985), Campbell (1975), Myant y Williams (2005), Pidgeon (1985), Piko y Bak (2006), sus trabajos se realizaron con niños entre los 4 y 14 años de edad, el objetivo común de las investigaciones mencionadas fue identificar los cambios tanto de conceptos estructurados como de percepciones sobre la salud y la enfermedad en relación con la edad y el grado de desarrollo de los niños, no indagaron específicamente por RS. En general los autores concuerdan sobre la relación entre la concepción de salud-enfermedad, la edad cronológica y sus experiencias previas; es decir, identifican en los niños más pequeños la tendencia a definir salud-enfermedad desde el modelo biomédico, en la dicotomía positivo – negativo, mientras que a mayor edad cronológica hay mayor complejidad de sus respuestas, desde visiones más holísticas, con mayor cantidad de elementos en su estructura relacionadas con las vivencias de cada uno de ellos.

Conclusiones similares al trabajo realizado por Maria del Carmen Vergara (2009), quien buscó comprender las RS sobre salud en jóvenes de Manizales, Colombia, los resultados mostraron la salud como un equilibrio mental, material, espiritual, emocional y moral, muy vinculado al contexto de violencia, derechos humanos y paz. Siendo coherentes con la intrincada dinámica social, es “indispensable conjugar estas prácticas de salud-educación con los distintos saberes: disciplinas científicas y conocimientos populares, superando así los cercos reduccionistas” (Corvalán, 2013, pág. 200), enfoques que desafortunadamente llevan a la generalización de intervenciones, perdiendo el protagonismo de cada una de las personas como gestores de su propio proceso, fomentando así la dependencia de las comunidades a la intervención dirigida.

Estudios específicos sobre RS de salud en niños iniciaron con Galli y Fasanelli (1995) quienes indagaron por las representaciones de salud y enfermedad en niños de nueve años en promedio, en colegios de Nápoles (Italia). Los autores concluyen que los niños no

piensan en abstracciones, piensan en realidades, es así como salud se representa desde la acción, el movimiento, la alimentación, la felicidad y la enfermedad desde la inactividad, la terapia y la relación con las experiencias personales. Para estos autores, identificar dichas RS es una condición para que la sociedad promueva la salud y solamente por este camino se espera realizar programas efectivos de prevención de la enfermedad y promoción de la salud.

A partir de ese momento, se han realizado otros estudios que corroboran dichos hallazgos, en los cuales los niños relacionan la salud con la adherencia a prácticas saludables, sentimientos positivos y funcionalidad; mientras que la enfermedad se representa desde los problemas o síntomas específicos, compromiso de la funcionalidad y sentimientos negativos (Cromack, Bursztyn, & Rangel, 2009; Lima & Serra de Lemus, 2014). Adicionalmente, Žaloudíková (2010) hace un llamado a la necesidad de trabajar con la representación de la muerte, pues hay dificultad por parte de los adultos a trabajar este tema, el cual consideran necesario abordarlo ante la aproximación infantil a la actitud negativa adquirida por el adulto.

Aim et al. (2018) realizan una revisión de la literatura sobre cómo los niños entienden la salud y la enfermedad, muestran que la salud se ve desde un sentimiento positivo, actividad deseable, ausencia de enfermedad, evidenciando que estos conceptos tienen estados sistemáticos y predictivos de acuerdo con el desarrollo cognitivo propuesto por Piaget. Afirman que al nacer hacen parte de un grupo que comparte ciertas imágenes del mundo, durante el proceso de socialización apropian el conocimiento social por procesos de interiorización, por tanto, es importante desarrollar estudios que muestren la simultaneidad entre el desarrollo cognitivo y moral de los niños y su relación con el desarrollo del conocimiento social.

Los resultados de estas investigaciones permiten comprender cómo los miembros de un grupo conceptualizan y se posicionan con relación a una enfermedad, un paciente y un comportamiento preventivo, requiriendo del enfoque multidisciplinario para su comprensión (Galand & Salès-Wuillemin, 2009), por otra parte, son importantes al determinar los comportamientos en salud (Knapp, León, Mesa, & Suarez, 2003). Sin embargo, no parece ser el común del pensamiento con relación a contextualizar las necesidades de los niños, y más aún la RS que tienen de salud-enfermedad, es así como Osses et al. (2014) muestran la escasa producción teórica sobre la comprensión de la salud de forma integral,

planteando la necesidad de continuar la investigación sobre el tema. Se evidencia entonces la falta de coherencia entre considerar constitucionalmente a los niños como sujetos de derecho y ser beneficiarios de atenciones que buscan el control de patologías, adicionalmente la mayoría de los estudios referenciados se elaboraron para fortalecer y mejorar programas de educación para la salud, pero con pocas excepciones se reconoce el papel activo de los niños en la construcción de ideas (Jimenez Balam, 2012).

Respecto al equipo de atención de salud es menor el número de trabajos identificados, se resalta un estudio sobre el papel de las enfermeras en el soporte a los padres, realizado por Eronen et al. (2010), quienes buscaron el empoderamiento de las decisiones acerca del cuidado infantil y la necesidad de construcción de la capacidad de los padres para tomar sus propias decisiones acerca del cuidado de los niños.

En Latinoamérica se encuentran investigaciones dirigidas a padres y cuidadores, como el elaborado por López et al. (2012), sobre la experiencia psicosocial de padres de hijos con leucemia en un hospital público; el de González, Hernández y Correa (2013), sobre la higiene bucal en madres y cuidadores de hogares infantiles, en los que se destacan aquellas concepciones de temor e incertidumbre por parte de los padres cuando se presentan patologías en sus hijos. Hallazgos que proponen a los investigadores acciones dirigidas al apoyo de la población, evidenciando factores que involucran el éxito o fracaso en ciertas intervenciones diseñadas para promover, prevenir o tratar. En Argentina, Corvalán (2013) publica una investigación donde analiza las representaciones sociales sobre salud-enfermedad infantil en cuidadores, docentes y profesionales de la salud en dos espacios sociales. Los resultados indican que las representaciones sociales de la salud de las madres son lineales a las practicas sanitarias centradas en un modelo biomédico, mientras que los maestros pocas veces se reconocen como protagonistas del proceso de salud del niño, en tanto que los profesionales de la salud (neurólogos pediatras) las relacionan con el equilibrio biopsicosocial que corresponde al niño sano que en ocasiones se contradice con la práctica centrada en la concepción biomédica. De nuevo, ninguno de ellos considerando al niño como agente de su propia salud.

Por cuanto existen marcos conceptuales que permiten ubicar la evolución del conocimiento acumulado; “solo un enfoque multidimensional podría dar cuenta de la complejidad de los procesos relacionados con la salud y la enfermedad, así como la diversidad de la experiencia de las personas y su participación en la atención” (Jodelet D. , 2013a, pág.

14). En la búsqueda de abordar la salud infantil, se observa que ha sido un interrogante permanente y transversal para la sociedad occidental en el esfuerzo por precisar tanto el significado, sus alcances en la vivencia cotidiana, así como en la formulación de las políticas públicas que benefician a la población y a los actores que desde las disciplinas de la salud (y otras alternas a estas) intentan mejorar las condiciones de vida saludable de los niños, niñas y adolescentes en todos los escenarios posibles y espacios geográficos locales, nacionales y globales.

1.4 Pregunta de investigación

La infancia es prioridad para la salud pública, además de tratarse de una población vulnerable, tiene preocupantes indicadores de mortalidad y morbilidad por causas prevenibles, diferencias más profundas en regiones más alejadas de los centros urbanos, por lo que se hace necesario consideraciones particulares y para ello una concepción de salud propia y diferencial que relacione las necesidades, los determinantes y el contexto en el que se encuentran. Bajo la premisa de la CIDN relacionada con el interés superior del niño y la corresponsabilidad entre Estado, sociedad civil y familia (UNICEF, 1989) que mejore las condiciones de vida y salud, les permita asumirse como ciudadanos, más allá de su condición de hijos.

Colombia cuenta con programas y normas sectoriales cuyo objeto es la salud de niños, niñas y adolescentes, sin embargo, no dan respuesta para la solución de los problemas que se presentan en los territorios, hay escaso cumplimiento por los diferentes actores, sin considerar la ausencia de participación de los niños en lo que les compete directamente. El poder comparar y establecer relaciones entre diferentes concepciones hacia la comprensión de las construcciones individuales y colectivas de la salud como proceso, situadas en los entornos donde se vive (sean rurales o urbanos), teniendo en cuenta sus características tanto geográficas como culturales, comprendiendo su dinámica, permitiría no solo acercar las políticas públicas a la población objeto, también hacerla parte de su elaboración.

Adicionalmente, es importante la colaboración intersectorial, con el visible papel del Estado y la sociedad civil, para resaltar la mirada sobre los sujetos, sus representaciones sociales, la construcción del conocimiento social sobre salud que se toca con la ideología, la tradición y la cultura propia de su región. Ante la dificultad en lo que implica la salud infantil,

esta investigación pretende develar su construcción social desde la mirada de los actores que intervienen en ella, para comparar entre lo cotidiano y lo establecido y vislumbrar si este es coherente con los enfoques teóricos y las acciones institucionales propuestas, tanto a nivel rural como urbano.

Comprender la complejidad de la “salud” en niños, niñas y equipo de atención en salud aporta elementos para fortalecer articulación entre la gestión pública, el compromiso de la sociedad y las condiciones de vida de la infancia y la adolescencia, la cual requiere que los intereses y problemáticas vividas por los actores sociales sean elementos importantes en el agendamiento de los problemas y su posicionamiento público y gubernamental. De esta forma se legitiman los procesos de formulación y elaboración de políticas, fortaleciendo a los agentes de cambio para la transformación de su realidad social. Por otra parte, la importancia de reflexión en los programas de formación de profesionales de la salud, siendo un desafío para el equipo de salud la comprensión de la relevancia de los factores culturales en las respuestas de las poblaciones a la curación, el sufrimiento y las condiciones que amenazan la vida, así como el bienestar infantil. En suma, el aporte se orienta tanto a las políticas como a los profesionales que trabajan por y para la salud de los niños.

Se plantearon las preguntas: ¿Cuáles son las representaciones sociales de la salud infantil en niños, niñas y el equipo de atención en salud?, ¿Cuáles son las divergencias y/o convergencias en las Representaciones Sociales de Salud infantil en niños, niñas y equipo de atención en salud en contextos rural y urbano?

Para poder llegar a su respuesta se desglosa esta pregunta en otras que permiten profundizar en la problemática, permitiendo la comparación entre los actores sociales y los contextos en los que se desarrollará la investigación: ¿Cómo se caracterizan las representaciones sociales en los actores sociales de la investigación?, ¿Existen diferencias en las representaciones sociales de los sujetos en torno a la salud infantil?, ¿Las representaciones sociales de salud infantil de los actores sociales en el contexto urbano difieren del contexto rural?

2. Objetivos

2.1 Objetivo General

Comprender los contenidos y la estructura de las representaciones sociales de la salud infantil en niños, niñas y equipo de atención en salud, comparándolos entre los contextos rural y urbano del departamento de Cundinamarca.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar estructura y contenido de las representaciones sociales de salud infantil en los niños y niñas en los contextos rural y urbano del departamento de Cundinamarca.
- Identificar estructura y contenido de las representaciones sociales de salud infantil en el equipo de atención en salud en los contextos rural y urbano del departamento de Cundinamarca.
- Analizar los aspectos convergentes y divergentes en las representaciones sociales de los niños, niñas y equipo de atención en salud en torno a la salud infantil.
- Comparar las representaciones sociales de salud infantil en niños y niñas con las encontradas en el equipo de atención en salud.
- Comparar las representaciones sociales de salud infantil en contexto rural con las encontradas contexto urbano en los sujetos estudiados.

3. Diseño metodológico

De acuerdo con lo planteado hasta este punto, el carácter ontológico de la investigación surge por la vinculación de elementos relacionados con las actividades esencialmente humanas, por tanto, relevantes para la existencia humana, como recuerda Moscovici (1961) “los individuos no son únicamente máquinas pasivas que registran mensajes y reaccionan a los estímulos exteriores” (pág. 37), es una actividad humana interpretar y significar tanto el espacio geográfico como social al que se pertenece, “representar una cosa, un estado, no es simplemente desdoblarlo, repetirlo o reproducirlo, es reconstituirlo, retocarlo, cambiarle el texto” (pág. 39). Dicho acto investigativo, involucra necesariamente elementos del contexto histórico y social específico, para poder darle significado y ubicar las realidades en un ámbito determinado.

De acuerdo con la TRS las sociedades y los grupos piensan y construyen teorías prácticas, ingenuas o subjetivas en torno a los objetos clave de sus campos de interés, desde la cual tanto salud como enfermedad son objetos construidos, representaciones activas que se traducen a lo cotidiano (Morin, 2006). Cuyo valor se potencia pues al expresarse evidencian la relación del individuo con la sociedad (Herzlich, 1969, pág. 176).

Al considerar el conocimiento como construcción social, basado en la comprensión e interpretación de realidades o subjetividades que aportan a la construcción de significados socialmente compartidos, esta investigación se ubica en el paradigma socio constructivista. Considerando que la construcción del saber y del sentido común se da en el campo social, en la especificidad de los contextos, los cuales deben ser conocidos o reconocidos en su totalidad mediante el diálogo de los elementos constituyentes y emergentes de los propios actores, a través de esta interacción se da lugar a la comprensión de la realidad.

Pero es la investigadora quien de acuerdo con su interpretación elabora un discurso que posteriormente va a contrastar nuevamente con lo encontrado, bajo la premisa que el

conocimiento se crea en la interacción entre el investigador y quienes le responden” (Guba & Lincoln, 2002, pág. 130), se hace una relectura de sus elementos desde la comprensión e interpretación, aportando a la teoría y a la comunidad científica un avance en el desarrollo del concepto socialmente construido de la salud infantil y generando propuestas que involucran la óptica de los actores directamente involucrados.

Se apuesta por estudiar las RS desde la aproximación estructural (Abric, 2001; Abric, 2003; Flament, 1994; Guimelli, 1994; Vergès, 1994, Vergès 1995), lo cual implica inicialmente encontrar los elementos de la organización de la RS. De acuerdo con Abric (2003), una RS es un conjunto organizado de informaciones, opiniones, actitudes y creencias sobre un objeto dado. La teoría del núcleo central tiene una consecuencia metodológica esencial, un estudio de RS requiere primero y, sobre todo, una búsqueda de sus componentes constituyentes del núcleo central. En efecto, dice el autor, conocer el contenido no es suficiente, es la organización de este contenido la que da sentido a la representación (pág.60, traducción libre).

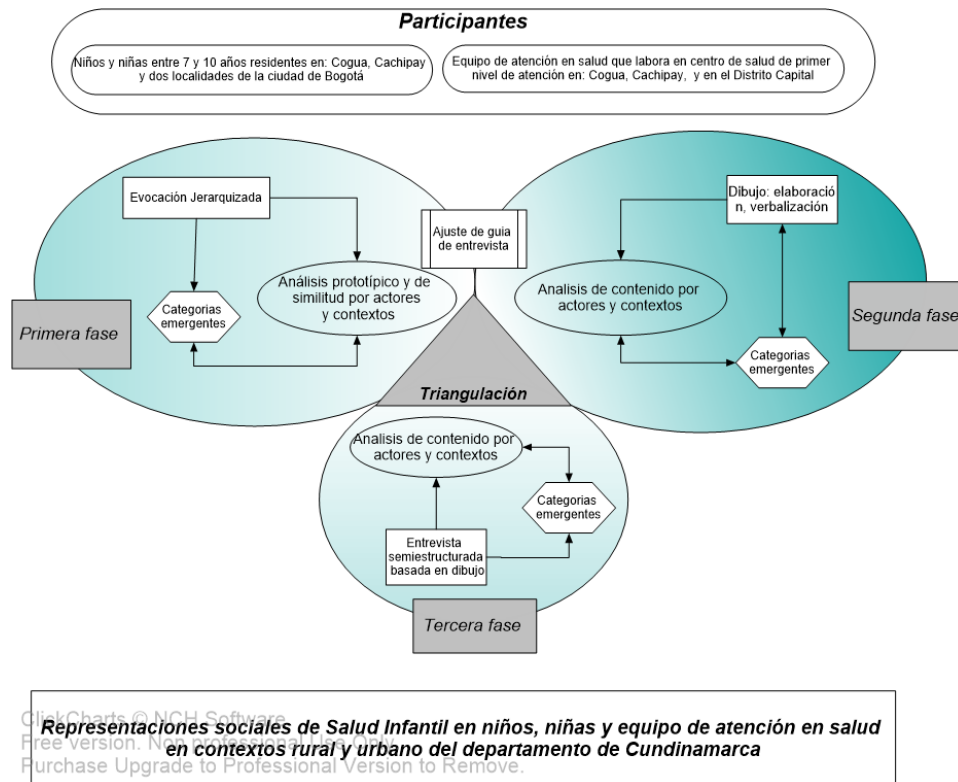
Una vez identificada la estructura, se procede al conocimiento y profundización del contenido de las RS estudiadas. Considerando este último como un producto constituido y en permanente cambio que se hace manifiesto durante su búsqueda, siendo una expresión que le da un “estado de realidad”, más tangible y observable (Dany, 2016) por tanto, aprehensible por el investigador.

Para dar respuesta a las preguntas y objetivos de investigación se decidió por el uso de métodos “que busquen identificar y hacer emerger los elementos constitutivos de la RS y por otra, conocer la organización de esos elementos e identificar el núcleo central de la RS. (...) Objetivos que impliquen una aproximación multimetodológico de las RS” (Abric J.-C. , 2001, pág. 54), en la línea del politeísmo metodológico planteado por Moscovici. No es posible que con el uso de solo método de abordaje permita acceder y dilucidar contenidos, estructura y elementos del núcleo central, por lo que se requieren varios métodos con los cuales se propicie la construcción de nuevos abordajes, revisión y creación de nuevos conceptos y categorías durante la investigación (Souza Minayo, 2009).

Se desarrollaron tres fases, cada una de las cuales se caracteriza por la utilización de un instrumento, durante ellas se realiza el análisis correspondiente. Entre la primera y la segunda fase se ajusta el instrumento propuesto. Se hace uso de entrevista semiestructurada compuesta por una prueba de Evocación jerarquizada, elaboración y

verbalización de dibujos, por último, entrevista basada en cada dibujo realizado, como se muestra en la figura 3-1. El lugar de aplicación en el caso de los niños se consideró el contexto escolar donde estudian a diario y en caso del equipo de atención en salud en el contexto laboral de cada uno de ellos en los propios municipios o localidades

Figura 3-1. Diseño Metodológico



Fuente: Elaboración propia

Debido al uso de varios métodos, se hizo necesario realizar triangulación entre ellos, considerando que su objetivo es mirar desde diferentes ángulos y así elucidar la diversidad o complejidad de cada suceso (Flick, Foster, & Caillaud, Researching social representations, 2015). Durante la presente investigación se realizó triangulación de investigadores, fuentes de información y metodológica. Cada una de ellas y todas en su conjunto “confieren a los pasos cualitativos no solo la validez, sino también y, sobre todo, el rigor, de la amplitud y de la profundidad en la investigación” (Apostolidis, 2003)

Durante la realización de la investigación, se tuvo como referencia los criterios de credibilidad, transferibilidad y confirmabilidad (Guba E. G., 1981), al considerar aspectos como la validez interna y externa desde la investigación cualitativa, como se muestra en la tabla 3-1. Con relación al criterio de credibilidad, durante la elaboración de la investigación se mantuvo contacto permanente con los participantes, se realiza retroalimentación al aplicar cada uno de los instrumentos y posteriormente se ajusta la información de acuerdo con sus observaciones. Para dar cuenta de los criterios de transferibilidad y confirmabilidad se describe en este documento el paso a paso metodológico y ruta de análisis realizado.

Tabla 3-1. Criterios para asegurar validez en la investigación

Criterios	Descripción
Credibilidad	El reconocimiento de los resultados como verdadero para las personas estudiadas, para ello el reafirmar el conocimiento con la visión de los participantes. En cada momento se preguntó a cada participante si lo registrado era lo que se quería comunicar.
Transferibilidad	Posibilidad de ampliar los resultados del estudio a otras poblaciones, para ello se tuvo en cuenta los contextos de las poblaciones estudiadas, de esta forma los lectores consideraran si es adaptable a otras poblaciones en contextos similares.
Confirmabilidad	Se refiere a la forma en la cual un investigador puede seguir la ruta de lo que hizo otro, para ello describen los momentos, las técnicas y la ruta de análisis realizado.

Fuente: Adaptación a partir de Guba (1981).

3.1 Participantes

Con el propósito de comparar entre sector urbano y rural, se escogió el departamento de Cundinamarca por especial interés de la investigadora, en el cual ha realizado la totalidad de la experiencia vital, familiar y laboral; llegando a la investigación con un conocimiento y lectura previa de la población infantil, los profesionales y contextos de salud territoriales.

Cundinamarca cuenta con 116 municipios, organizados administrativamente en 15 provincias, los municipios escogidos se decidieron por conveniencia de la investigadora, siendo Cogua y Cachipay, los cuales representaron el sector rural. Cogua pertenece a la provincia de Sabana Centro, con población total estimada a 2019 de 24.092 habitantes, de los cuales se estima que el 33% vive en zona urbana y el 67% en zona rural; y Cachipay, perteneciente a la provincia del Tequendama con 9.740 habitantes estimados a 2019, de

los cuales 40% vive en zona urbana y 60% en zona rural (DANE, 2007). De acuerdo con el nivel de urbanización, se clasifican ambos municipios como predominantemente rurales (Molina, Rueda, Sarmiento, & Pardo, 2003; Cundinamarca, 2015).

En el sector urbano, se escoge la ciudad de Bogotá, capital del departamento, con población estimada de 8'281.030 habitantes a 2019 (DANE, 2007), la cual se divide administrativamente en 20 localidades. En cada uno de los municipios y localidades seleccionadas se vinculan al estudio niños, niñas y equipo de atención en salud que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión como se describen a continuación.

Los participantes fueron niños entre 7 y 10 años de edad que estudian en instituciones educativas rurales (Casablanca en Cogua y Peñanegra en Cachipay), e instituciones educativas distritales de la zona urbana de Bogotá (IED Nuevo Horizonte en Usaquén y Gerardo Molina en Suba) y cumplieran criterios de inclusión, los cuales fueron: Edad entre los 7 y 10 años de edad, de sexo femenino y masculino, escolarizados, no posean limitaciones sensoriales o cognitivas, sin encontrarse hospitalizados en el momento del estudio, los padres y los niños aceptaran la vinculación en el proyecto y firmaran el respectivo consentimiento-asentimiento informado.

La selección de las instituciones escolares en los municipios de Cogua y Cachipay se realizó por medio de la autoridad municipal (Secretario de cultura y Alcalde, respectivamente), teniendo como premisa la solicitud de la investigadora que se ubicara y estudiaran niños de zona rural. En la ciudad de Bogotá se realizó la solicitud vía correo electrónico teniendo como insumo el directorio de Instituciones Educativas Distritales de la ciudad, la decisión de participar la tomó el rector de cada institución al responder el correo y acordar la cita con la investigadora, todas las instituciones educativas son de carácter público y los niños que asisten a ellas se ubican en estratos socioeconómicos I y II. Cabe anotar que la dinámica de cada uno es diferente, por tanto, los niños que participaron se seleccionaron de acuerdo con el cumplimiento de criterios de inclusión, no teniendo un límite superior de niños vinculados, mientras en una institución rural y una urbana se solicitó a la investigadora que hicieran parte del estudio todos los niños del curso, en las otras solo se logaron algunos consentimientos informados debidamente diligenciados y fue con este número de niños con quienes se trabajó.

Con relación al equipo de atención en salud, específicamente para el campo de la salud, se consideró como un concepto que ha desarrollado la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), se trata de un grupo de personas con habilidades complementarias hacia un propósito común, con metas de desempeño y con una propuesta por las que se consideran mutuamente responsables (Rosales & Valverde, 1998). Los criterios de inclusión se establecieron como profesionales o técnicos en enfermería, médicos generales, pediatras, odontólogos, psicólogos, nutricionistas, terapeutas físicas, terapeutas ocupacionales, terapeutas del lenguaje y/o trabajadores sociales, que laboren durante el tiempo de la investigación en los municipios de Cogua, Cachipay o en la ciudad de Bogotá, a los cuales tienen acceso los niños de dichas entidades territoriales, atiendan niños y niñas, acepten su participación y firmen el consentimiento informado.

Para el acceso a las instituciones de salud de los municipios se requirió solicitud al Hospital de referencia, Pedro León Álvarez de La Mesa en el caso de Cachipay y Hospital de la Samaritana en el caso de Cogua, tanto estos como los centros de salud que se ubican en cada municipio son de carácter público y se trata del servicio de salud al que asisten la mayoría de los habitantes. En cada una de las instituciones se contó con la participación de quienes trabajan en los centros de salud de Cogua y de Cachipay, sin embargo, eran muy pocas personas, lo que requirió ampliar el número de participantes de este grupo con quienes laboran en el hospital de referencia y realizan atención a los niños del municipio seleccionado.

En Bogotá se presentó la dificultad de cumplimiento de requisitos establecidos por las subredes en las que se organiza el sistema de salud de la capital, quienes solicitaban que un integrante de cada subred debería ser coinvestigador o coautor en los productos derivados de este trabajo de investigación, solicitud no aceptada por parte de la investigadora, directora ni codirector. Por lo que se decidió escoger a los participantes bajo la estrategia de bola de nieve⁴, a partir de la cual se completó el grupo de equipo de atención en salud de la salud de zona urbana.

⁴ La estrategia “Bola de nieve” se define también como muestra en cadena o por redes, se usa para acceder a poblaciones de baja incidencia. Se identifican participantes para agregar a la muestra y se pregunta si conocen otras personas que cumplan con los criterios de inclusión, así el tamaño de la muestra se incrementa durante el desarrollo de la investigación (Hernández - Sampieri, 2014).

A todos los participantes se les informó sobre la investigación, el objetivo, sus condiciones de vinculación, adicionalmente se entregó por escrito el consentimiento informado, cuya lectura y asentimiento era requisito para la vinculación por parte de cada uno de ellos, en caso de los niños la lectura, firma de los padres y del conocimiento y aceptación por parte de la rectoría de la institución y los docentes encargados (ver anexos 7 y 8). Se aplicaron los instrumentos de forma individual, en el caso de los niños durante las jornadas escolares y en el de los profesionales durante los espacios ofrecidos por parte de la coordinación médica y administrativa.

3.2 Técnicas

Para conocer la estructura de la representación estudiada se aplicó Evocación jerarquizada y para acceder al contenido de la representación cada participante realizó dibujos y entrevistas basadas en dibujo; en las cuales se solicitó que en una hoja de tamaño carta un dibujo de una persona sana y en otra hoja una persona enferma, partiendo de estos se realiza entrevista sobre los ejes salud y enfermedad (tabla 4). Se tuvo a disposición colores, marcadores, crayolas, lápices, borrador y tajalápiz, en las mismas condiciones tanto para niños como para adultos en los dos contextos.

Cada una de las técnicas se aplicó en dos niños como piloto, a partir del cual se ajustó tanto en forma como en acceso a la población infantil. Para generar confianza con los niños y permitir mayor interacción se inició la conversación sobre temas diferentes al de la investigación y luego de la elaboración de los dibujos se formuló la guía de preguntas. Se contó con grabadora digital durante la totalidad de la sesión.

3.2.1 Evocación jerarquizada

La teoría del sistema central y periférico permite comparar grupos, incluso representaciones con contenidos idénticos pueden corresponder a universos simbólicos totalmente diferentes, por tanto, a representaciones sociales diferentes (Fasanelli, Galli, & Somella, 2005). Se ha utilizado la evocación jerarquizada para identificar los “elementos significantes” de la representación social de salud y enfermedad, la posición de los elementos en la representación (sean centrales o periféricos) y la organización de estos. La versión más utilizada consiste en una tarea de libre asociación, con posterior jerarquización partiendo de un término inductor, la cual tiene una doble ventaja al relacionar

la frecuencia de los términos y la importancia que los participantes dan a cada uno de ellos. Para este trabajo se solicitó a cada participante (niños y profesionales) escribir las palabras que llegaran a la mente apenas se leyeron los términos inductores “salud de niños y niñas” y “enfermedad de niños y niñas”, posteriormente cada palabra debía ser enumerada por orden de aparición, luego considerar si se trata de términos positivos o negativos y por último indicar el orden de importancia de las palabras escritas.

Como lo plantea Abric (2003), un elemento central tiene todas las posibilidades de ser frecuente en las expresiones verbales de quienes las “producen”. Además, la centralidad es completada por información más cualitativa expresada por la atribución a la jerarquía entre los elementos, considerando el orden de importancia dado por los mismos sujetos. La necesaria intersección entre estos dos criterios hace que la identificación de los constituyentes o elementos significantes sea posible. Este método es útil no solamente para obtener los elementos significativos, también da un resultado inmediatamente inteligible para comprender cómo se ubican estos elementos dentro de la organización de la representación. Los datos recogidos fueron procesados inicialmente por análisis prototípico, seguido por el análisis de similitud (Flament, 1962; Vergès & Bouriche, 2009) soportados por el software *IRaMuTeQ*⁵, el cual tiene la ventaja de mostrar mejor la organización de los elementos significantes de cada estructura representacional.

Todo inicia en la elaboración de una matriz a partir del índice seleccionado, que depende de la naturaleza de la relación entre las variables consideradas. El análisis prototípico se basa en la frecuencia de ocurrencia y el rango de importancia que cada sujeto ubica, a través de los cuales se puede identificar los elementos centrales de la estructura interna de la representación social. Por otra parte, el análisis de similitud se basa en el índice de co-ocurrencias, cuyo resultado consiste en un grafo, donde los elementos significantes de la representación social se muestran con diferentes tipos de enlaces (de diferente grosor), basadas en su valor y umbral seleccionado. Estos enlaces expresan las relaciones (y su fuerza) entre los elementos estructurales y su red. El grafo final fue elaborado utilizando la

⁵ Este software se basa en Interfaz R para análisis multidimensionales de textos y cuestionarios. Permite acceso y uso libre.

lógica del “arbre maximum”, para obtener la información más sintética sobre los elementos de la agrupación (Vergès & Bouriche, 2009).

Tabla 3-2. Número de participantes en Evocación jerarquizada

Evocación jerarquizada	NIÑOS				Equipo atención en salud		
	Rurales		Urbanos		Rurales		Urbanos
	Cogua	Cachipay	Suba	Usaquén	Cogua	Cachipay	
Femenino	15	9	17	6	16	8	25
Masculino	13	4	18	5	3	6	7
Subtotal	28	13	35	11	19	14	31
Total	41		46		33		

Fuente: Elaboración propia.

Inicialmente se aplicó el instrumento de evocación jerarquizada en 46 niños y 31 profesionales de sector urbano, así como a 41 niños y 33 profesionales de sector rural (tabla 3-2). No todos ellos aceptaron continuar con los demás instrumentos, es así como luego se continuó con la realización del dibujo en menor número de participantes del grupo anterior y sólo quienes aceptaron continuaron con la entrevista. Cada grupo se contiene en el otro, es decir todos aquellos que participaron en la entrevista realizaron dibujo y quienes dibujaron diligenciaron la evocación jerarquizada.

3.2.2 Dibujos

Las imágenes mentales desempeñan un papel importante en los vínculos con el lenguaje, las cuales portan significaciones, por tanto, debe ser considerada como fuente, medio y producto de representaciones sociales (Moliner P. , 2008). El autor propone tres niveles de análisis, perceptivo, cognitivo y simbólico, de los cuales concluye que la comunicación entre espectador y pintor solo es posible en la medida en que ambos compartan un conocimiento común (pág. 16).

Es así como los dibujos se relacionan con la forma como las personas interpretan el mundo, por tanto, pueden ser utilizados para comprender los significados de las personas (Guillemin, 2004); aunque la autora sugiere que el método tiene mejor desempeño si es complementario a otros métodos de investigación, como las entrevistas. Cada imagen

producida contiene múltiples elementos, en los cuales se describe “lo que los individuos percibieron del objeto social, la forma en que se interpretó y lo que ellos piensan” (Moliner P, 1996, pág. 111)

El análisis de los dibujos se realizó basándose tanto en la representación gráfica que niños y adultos realizan, en los elementos que contienen, las características de lo dibujado, el uso del color, entre otros elementos; así como en la descripción que cada uno hace de su dibujo, identificando similitudes y diferencias entre ellos. Para ello se hace uso de una lectura tanto de lo icónico como de lo descrito, con posterior descripción de los contenidos que cada uno conlleva, a partir de las cuales se definen categorías, con el propósito de interpretar su contenido. Se observa en la tabla 3-3 el número de participantes que aceptó realizar los dibujos solicitados.

Tabla 3-3. Número de participantes que elaboraron dibujos

Dibujos	NIÑOS				Equipo atención en salud		
	Rurales		Urbanos		Rurales		Urbanos
	Cogua	Cachipay	Suba	Usaquén	Cogua	Cachipay	
Femenino	8	9	14	6	11	4	12
Masculino	6	4	15	4	3	4	3
Subtotal	14	13	29	10	14	8	15
Total	27		39		22		

Fuente: Elaboración propia.

3.2.3 Entrevista

Con la intención de ampliar y profundizar en el discurso de cada uno de los sujetos participantes, se decidió indagar específicamente por los dos ejes de esta investigación, salud y enfermedad de niños y niñas, haciendo manifiesto el contenido mismo de las representaciones estudiadas, para ello se realizó entrevistas semiestructuradas que acompañaron la realización y descripción de los dibujos. Es así como a cada participante que realizó el dibujo que se le propuso para continuar con la investigación, no todos aceptaron, la principal razón fue la disposición de tiempo, especialmente en quienes hacen parte del equipo de atención en salud (tabla 3-4).

Tabla 3-4. Número de participantes a los que se aplicó entrevista basada en dibujo

Entrevista	NIÑOS				Equipo de atención en salud		
	Rurales		Urbanos		Rurales		Urbanos
	Cogua	Cachipay	Suba	Usaquén	Cogua	Cachipay	
Femenino	8	3	5	6	7	4	9
Masculino	5	3	4	4	2	6	3
Subtotal	13	6	9	10	9	10	12
Total	19		19		19		

Fuente: Elaboración propia.

La guía de preguntas fue inicialmente puesta a prueba en niños y en adultos, la cual comprendió los dos ejes, salud y enfermedad, que dan cuenta del engranaje permanente entre ellos, cada uno de los elementos que les son propios, como es la relación con la práctica, los contextos y la acción. A partir de ello, se indagó por los siguientes aspectos:

Salud: Definición de salud, diferencias entre salud infantil y salud de los adultos, características de la salud, momentos en que se cuenta con salud, actividades relacionadas con la salud y prácticas de cuidado de la salud.

Enfermedad: el porqué de la enfermedad, actividades relacionadas con la enfermedad, tratamiento y manejo de la enfermedad.

El contenido de la RS se deriva de un proceso mental por la cual un individuo o un grupo reconstruye la realidad, la confronta y le atribuye una significación específica (Abric J. C., 1987), el acceso a ese contenido requiere de métodos que favorezcan la profundización de los relatos y permitan la expresión de la comunicación por medio del lenguaje. Por tanto, es fundamental realizar la tarea de identificar y analizar los elementos que se encuentran en su interior, por medio del análisis de contenido se da forma y significado a los contenidos, teniendo como objetivo identificar aquellos significativos, sus vínculos y se acerca a las condiciones de producción de los mismos (Dany, 2016).

Con las entrevistas grabadas y posteriormente transcritas en formato digital, se realizó análisis de contenido manifiesto categorial y temático, entendido desde la clasificación y enumeración por frecuencias de las unidades de sentido (Bardin, 1986). Se decidió que la

unidad de análisis es la entrevista completa y la unidad de registro es la frase con sentido, relacionando cada unidad con los temas definidos a priori. Se realizó lectura, identificación de las unidades de registro, codificación y categorización de estas, así como la elaboración de cuadros y tablas.

3.2.4 Triangulación de resultados

Se ha definido triangulación como una alternativa de validación y una posibilidad para ampliar el potencial del conocimiento, no solo se trata de confirmar los resultados de un método (Flick, Garms-Homolová, Herrmann, Kuck, & Röhnsch, 2012). Ofrece la posibilidad de estudiar simultáneamente diferentes dimensiones de las RS, formas de conocimiento, el proceso en relación con el contexto, relaciones intergrupos, aportando a su vez a la polifasia cognitiva (Caillaud & Flick, 2016).

De acuerdo con Denzin (1978), existen cuatro formas de triangulación:

1. Triangulación de datos que surgen de la aplicación.
2. Triangulación metodológica, usando una combinación de métodos independientes.
3. Triangulación teórica, la cual busca uso de varios enfoques teóricos para comprender mejor el fenómeno.
4. Triangulación de investigadores, en la cual los investigadores tienen diferentes recorridos teóricos y metodológicos.

Para el presente trabajo se hizo uso de tres de las cuatro mencionadas, triangulación de datos, metodológica y de investigadores. Los datos que emergen de cada uno de los métodos aplicados se ponen en conversación por grupos: niños rurales, niños urbanos, equipo de atención de salud rural y equipo de atención de salud urbano. Identificando semejanzas, diferencias, convergencias, divergencias entre ellos y se ponen en contexto.

La triangulación metodológica puede definirse como aprehender un objeto de búsqueda desde al menos dos puntos de vista diferentes, cada método da acceso a parte del fenómeno, habla de una faceta, una ventana abierta al objeto; al multiplicarlos se tiene una visión más global del objeto o fenómeno (Caillaud & Flick, 2016). Es así como la evocación jerarquizada permite mirar la estructura de las RS, y acercarse parcialmente al contenido; mientras que tanto dibujos como entrevistas permitieron profundizar en el contenido y dieron pistas sobre los contenidos del núcleo central.

Se acudió a investigadores de disciplinas de la psicología y pediatría para la presentación y elaboración de las categorías en cada una de las fases de la investigación. A través de sus miradas teóricas y experiencias en investigación se llegó a definir por parte de la investigadora y sus directores las categorías finales, sus contenidos y relaciones. El proceso además de develar las RS de la salud y la enfermedad permite potenciar el análisis, identificar mayor número de tensiones y proponer mayor número de preguntas derivadas de esta investigación.

3.3 Aspectos éticos

Se tuvo en cuenta los principios bioéticos de acuerdo con la resolución No. 8430 de 1993, promulgada por el Ministerio de Salud. De acuerdo con las categorías propuestas por dicha normatividad, la investigación permitirá la identificación de relaciones entre las concepciones de salud y enfermedad, la práctica médica y la estructura social, en la que prevalece el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar (MSPS, 1993). Se siguieron los criterios descritos, protegiendo la privacidad de los participantes.

Se trata de una investigación sin riesgo, en la cual no se realiza “intervención o modificación intencionada de variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los participantes”. Así mismo es fundamental cumplir con la CIDN de acuerdo con la confidencialidad de los datos obtenidos por los niños, previo asentimiento por los niños que hicieron parte del estudio, consentimiento informado firmado por los padres o representantes legales y permiso favorable desde las instituciones respectivas.

El consentimiento informado contiene los siguientes puntos, los cuales se hacen manifiestos en la normatividad citada, se dan a conocer a cada participante de forma oral y escrita sobre:

1. Justificación y objetivos de investigación.
2. Los procedimientos realizados y su propósito.
3. Molestias o riesgos esperados.
4. Beneficios que se puedan obtener.
5. Garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración de cualquier duda relacionados con la investigación.

6. Seguridad de no identificación del sujeto, manteniendo la confidencialidad relacionada con su privacidad.
7. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio.
8. En caso de que existan gastos adicionales, serán cubiertos por el presupuesto de la investigación.

Posterior a la aprobación y sustentación del proyecto de investigación fue puesto a consideración por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, quien dio recomendaciones con posterior aval para realizar la investigación. Se solicitó permiso en las instituciones educativas donde estudiaban los niños sujetos de este estudio y en los centros de salud donde se trabajó con el equipo de atención en salud. Se realiza reunión al final de la investigación, se retornaron los resultados a los sujetos participantes y quienes consintieron que se realizara dicha actividad.

4. Resultados

4.1 Niños

4.1.1 Evocación jerarquizada Salud

El instrumento de evocación jerarquizada tuvo como centro la frase “salud de niñas y niños”, los niños relacionaron en total 226 términos en el sector urbano y 183 en el sector rural, las diferencias entre ellos se comentarán posteriormente. Los cuales se organizan en 15 categorías⁶, que pasan por el software IRaMuTeQ, cuyo resultado del análisis prototípico se puede observar en la tabla 4-1 para niños de instituciones rurales y en la tabla 4-2 los de instituciones urbanas.

Tabla 4-1. Análisis prototípico RS Salud en niños de sector Rural

Salud niños rural		Rango de importancia						
		Fuerte $\leq 2,47$		Débil $> 2,47$				
Frecuencia de aparición	Alta $\geq 7,73$	I – Zona de núcleo		II – Primera periferia				
		Alimentación	24	2	Actividad física	12 2,9		
		Cuidado-Autocuidado	13	2	Juego	11 2,6		
	Baja $< 7,73$	Atención Servicios Salud		9	1,8	IV – Segunda periferia		
		III – Elementos de contraste				Seguir normas		
		Hogar	6	1,7	Cantar y gritar		5 4,6	
		Ausencia de síntomas/enferm	4	1,2	Relación naturaleza		4 3,5	
		Vivir	4	2,5	Estar bien		4 3	
						Alegría y felicidad		3 4,3
						Dormir		3 2,7

Fuente: Elaboración propia

⁶ En el anexo 9 se describe las categorías resultantes de la aplicación de evocación jerarquizada y su tratamiento posterior.

De acuerdo con Abric (2003), las categorías ubicadas en el cuadrante superior izquierdo de la tabla corresponden a la primera aproximación al contenido del núcleo de la representación, pues son las que presentan mayor frecuencia e importancia, dada por el valor bajo del rango de aparición. En el primer cuadrante de la tabla 4-1 se encuentran: *alimentación*⁷, *cuidado-autocuidado* y *atención en servicios de salud*. La categoría *alimentación* es descrita por los niños participantes con las palabras “alimentación”, “alimentarse”, “alimentarlos”, “comer” (NR12, NR15, NR17, NR19, NR21)⁸, así como la alusión a la comida saludable, con palabras como “comida saludable”, “comer fruta”, “comer la ensalada”, “comer verdura”, y otro grupo de palabras sobre alimentos específicos como “arroz”, “carne”, “chocolate”, “frutas”, “pan”, “verdura”, “huevos”, “papas”, “sopa”. La categoría *cuidado-autocuidado* vincula las palabras “atención”, “cuidar”, “cuidarlos”, “cuidados”, “cuidarlo”, “cuidarme”, “cuidarnos”, “cuidarse” y “cuido”. Y la categoría *Atención servicios de salud*, los niños asocian la frase inductora con las palabras “hospital”, “ir al médico”, “medicinas”, “que lo revisen”.

En el cuadrante superior derecho, segundo cuadrante, con una frecuencia de aparición alta, pero importancia débil, se puede ubicar los elementos constituyentes de la primera periferia, para este grupo son *actividad física* y *jugar*. La categoría *actividad física*, que involucra deportes “basquetbol”, “futbol”, “patinar”, “entrenar”, “educación física”, “hacer ejercicio” y otras actividades que involucran movimiento como “brincar”, “caminar”, “correr”, “laso”, “trepar árbol”, “pasamanos”, “pelota”, “salir”, “saltar”. La categoría *jugar* incluye el descriptor “juego” y “jugar”.

El tercer cuadrante, inferior izquierdo, contiene palabras con un rango de importancia fuerte, pero con una baja frecuencia, entre ellos se encuentran las categorías: *hogar*, *ausencia de síntomas/enfermedad* y *vivir*. Siendo elementos de contraste del núcleo de la representación. En el cuarto cuadrante, inferior derecho, se encuentran categorías que vinculan palabras con baja frecuencia y bajo rango de importancia, sugiriendo elementos que corresponden a la segunda periferia. Las categorías fueron *seguir normas*, *cantar* y

⁷ La letra cursiva hace referencia a las categorías resultantes, mientras que las comillas al contenido de cada categoría, siendo las palabras utilizadas por los niños en el instrumento.

⁸ La abreviatura NR identifica los Niños Rurales, seguido por el número progresivo específico correspondiente, cuyo resultado es el código de cada niño participante.

gritar, estar bien, relación naturaleza, alegría y felicidad, dormir. Se observa palabras positivas, que describen las necesidades básicas humanas, a excepción del *seguimiento de normas*, la cual es descrita en términos prohibitivos como “no jugar con tierra” (NR3), “no pensar en cosas que no son” (NR10), “no salir a la lluvia” (NR3) o “no caerse” (NR10).

El contenido sugiere que para los niños participantes del sector rural la centralidad de la salud está relacionada con la alimentación, el cuidado y la atención de los servicios de salud. La aproximación para los niños de esta submuestra del estudio es la relación entre la salud y el cuidado, la cual difiere de la concepción como ausencia de enfermedad, acercándose en mayor medida a considerar el cuidado como parte fundamental. Llama la atención el peso observado en la atención institucional, tanto desde la importancia de los medicamentos, el hospital y la relación con la asistencia médica.

Tabla 4-2. Análisis prototípico RS Salud en niños de sector Urbano

Salud niños urbano		Rango de importancia					
		Fuerte $\leq 2,48$			Débil $> 2,48$		
Frecuencia de aparición	Alta $\geq 9,67$	I – Zona de núcleo			II – Primera periferia		
		Alegría y felicidad	23	2	Actividad física	13	3,3
		Atención Servicios Salud	12	2,3	Estar bien	13	2,7
		Alimentación	11	2,3	Juego	11	2,9
	Baja $< 9,67$	III – Elementos de contraste			IV – Segunda periferia		
		Ausencia de síntomas/enferm	9	2,2	Estudiar	9	2,8
		Cuidado-Autocuidado	8	2,2	Hogar feliz	7	2,9
		Esquema corporal	3	2,3	Seguir normas	7	3
		Descansar	2	1,5	Ansiedad	2	3,5

Fuente: Elaboración propia.

El resultado del análisis prototípico de los niños que participaron en las instituciones educativas del sector urbano se observa en la tabla 4-2. En el primer cuadrante se ubica la categoría *alegría y felicidad* que involucran términos como “ser feliz” (NU31)⁹, “estar contento” (NU12, NU16, NU45, NU22) “divertirse” (NU41), “reír” (NU38), las categorías *atención en los servicios de salud*, que involucra frases como “llevarlo al médico” (NU5, NU6), “el dentista curo los dientes”(NU3) o “ir al hospital”(NU13, NU15, NU19, NU34), y la

⁹ La abreviatura NU identifica los Niños Urbanos, seguido por el número progresivo específico correspondiente, cuyo resultado es el código de cada niño participante.

categoría *alimentación* descrita con términos relacionados con la selección y consumo de alimentos, “tener una nutrición balanceada” (NU8), “comer frutas saludables”(NU5), o “todos deben comer sano para no enfermarse”(NU2), así mismo con la actividad de comer como necesidad básica, “se comen todo”(NU33) o “comer en el colegio”(NU19). Estos hallazgos favorecen las categorías que generan satisfacción, asociadas al alimentarse y la importancia de ser atendidos en los servicios de salud.

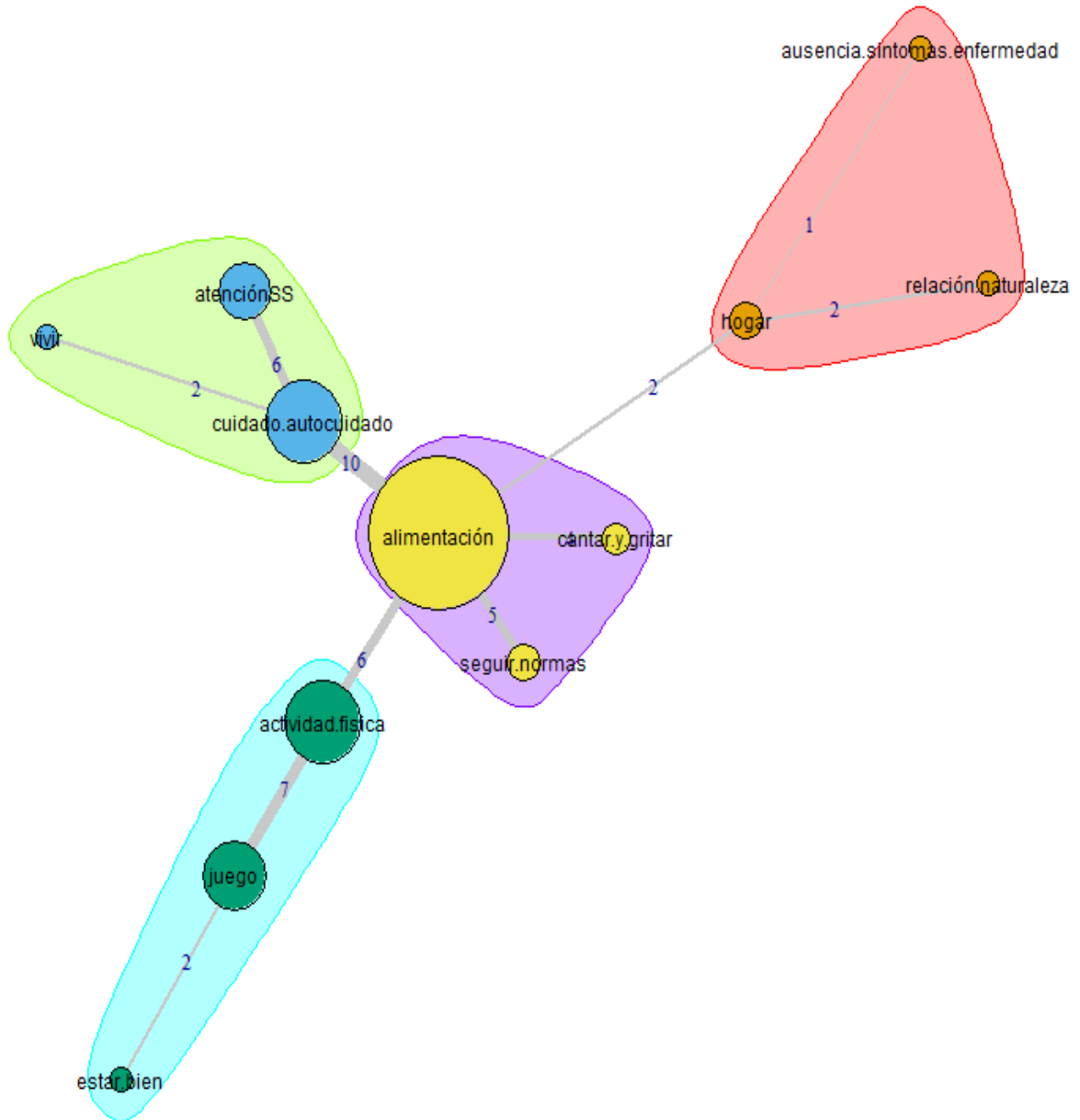
El segundo cuadrante incluye las categorías *actividad física, estar bien y juego*, las cuales permiten acercarse a los elementos de la primera periferia, con expresiones como “yo juego cuando estoy bien” (NU1), “poder caminar bien” (NU11), “poder hacer muchas cosas” (NU14), “van de viaje” (NU21), “cuando uno está bien puede patinar y jugar” (NU2), las cuales ubican a la salud integrada a los aspectos vitales, asociada a la posibilidad de experimentar dichos momentos por medio del movimiento. En el contenido de este cuadrante se resalta lo relacionado con *estar bien*, en la cual se incluyeron los términos “estar bien” o “bienestar”.

En el tercer cuadrante se ubican las categorías *ausencia de síntomas y enfermedades, cuidado-autocuidado*, o los relacionados con la concepción de corporeidad como lo refieren “buena agilidad – buen crecimiento” (NU9), así como “descansar”. Llama la atención la ubicación del cuidado en este cuadrante, podría interpretarse como un concepto holístico del cuidado tanto institucional, personal y familiar, relación que se esperaría profundizar posteriormente. En el cuarto cuadrante, los niños urbanos participantes ubican palabras relacionadas con *estudiar, hogar feliz, seguir normas* y llama la atención la descripción de la salud como *ansiedad*.

Al realizar el análisis de similitud en niños participantes tanto de sector rural como urbano (figuras 4-1 y 4-2), se encuentran las relaciones que establecen los niños entre las palabras relacionadas con el término inductor, lo que permite comprobar o descartar la propuesta generada con el análisis prototípico y, por tanto, acercarse a la estructura de la representación. Hay que aclarar que algunos de los elementos contenidos en las tablas desaparecen, resultado de su baja frecuencia o relaciones no significativas. El umbral para incluir las categorías se propone al 10% de los respondientes, lo que indica que para que cada categoría se observe en el grafo debería ser utilizada en las evocaciones jerarquizadas al menos por el 10% de los niños participantes. Este análisis se apoya en la Teoría de Grafos para visualizar dichas relaciones, siendo esta una “teoría matemática que

estudia las propiedades combinatorias, topológicas y probabilísticas, de las configuraciones particulares de objetos, llamadas nodos o vértices y un conjunto de relaciones entre pares de objetos, llamados arcos o aristas” (Fasanelli & Galli, 2017, pág. 276; Fasanelli & Galli, 2017).

Figura 4-1. Grafo análisis de similitud RS Salud en niños de sector Rural



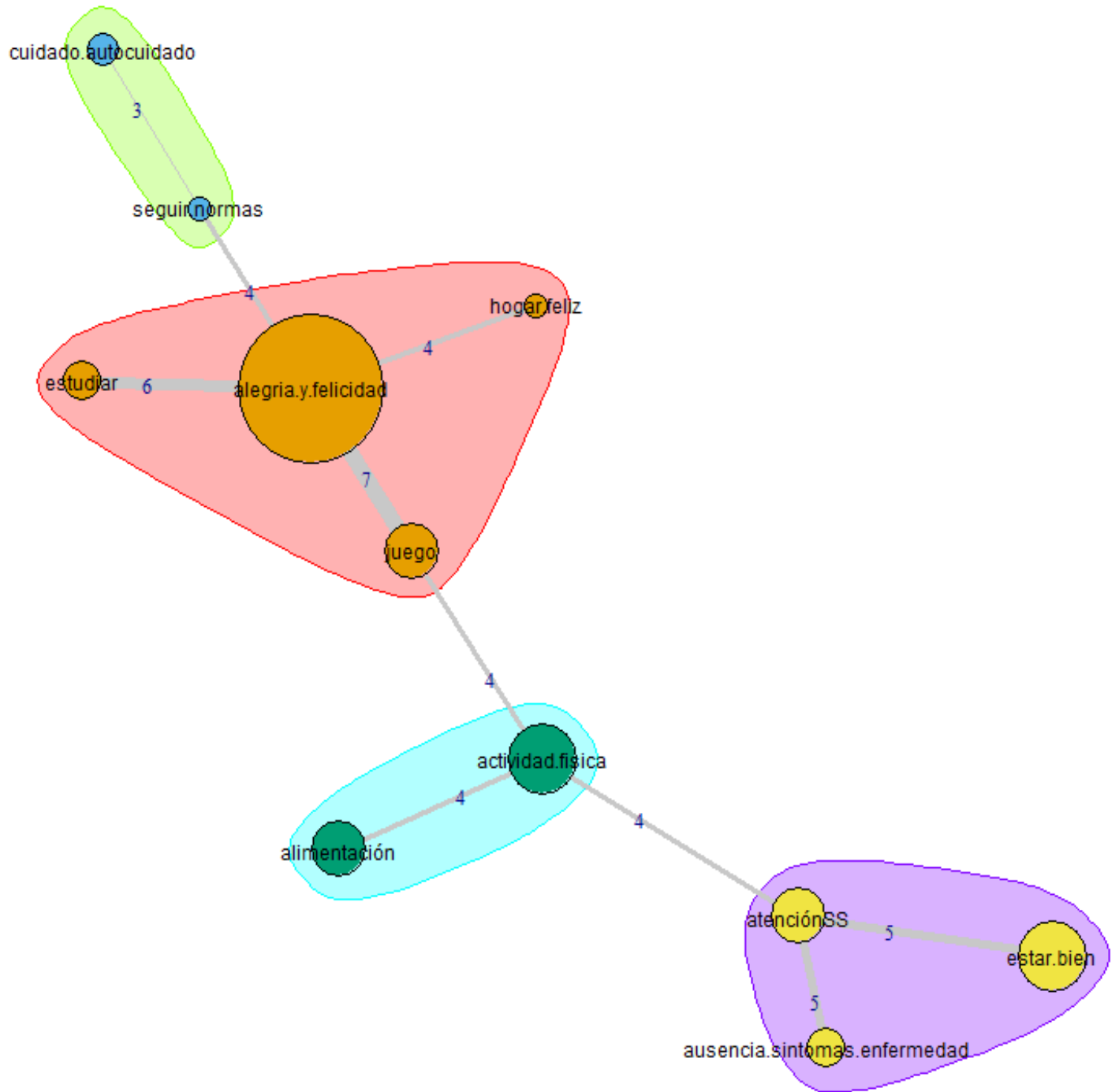
Fuente: Elaboración propia.

La figura 4-1 muestra el grafo de la estructura de la representación de salud de los niños en el sector rural, la centralidad se encuentra en la categoría alimentación, a partir de la cual se desprenden cuatro agregados. Uno de estos, parte del nodo cuidado-autocuidado relacionado directamente con las categorías atención de servicios de salud y vivir; el segundo parte de actividad física en relación con juego y estar bien y el tercero desde el nodo hogar conectado con relación de la naturaleza y la ausencia de síntomas o enfermedad, el cuarto se refiere a las dos categorías directamente cercanas a la categoría alimentación, como son cantar y gritar y seguir normas.

La relación entre el análisis prototípico y de similitud es fundamental para poder ubicar y definir la estructura de la representación. En los niños de sector rural se observa que el núcleo es Alimentación, la primera periferia se constituye por cuidado autocuidado, actividad física, juego y hogar; la segunda periferia por atención servicios de salud, ausencia de síntomas/enfermedad, vivir, seguir normas, cantar y gritar, relación con la naturaleza, estar bien, alegría y felicidad y dormir. Por tanto, los niños que participaron en la elaboración de la red semántica identifican la salud en términos positivos y no en la relación dicotómica con la enfermedad.

Por otra parte, el grafo correspondiente al análisis de similitud de la submuestra de niños de instituciones urbanas, figura 4-2, muestra la categoría alegría y felicidad como la categoría más significativa e interconexa, tanto en frecuencia de apariciones de sus elementos constitutivos, como la co-ocurrencia entre ellos; hecho que confirma el núcleo central de la representación propuesto por el análisis prototípico. Igualmente se observan diferentes agregaciones correlacionadas entre ellas, una en relación directa con el núcleo que vincula las categorías *juego, estudiar y hogar feliz*.

Figura 4-2. Grafo análisis de similitud RS salud niños urbanos



Fuente: Elaboración propia.

Se observa un segundo agregado cuyo nodo es *actividad física* en directa relación con *alimentación*, este se conecta con las categorías *juego* como con la *atención en servicios de salud*, mostrando la influencia que podría tener la estructura de la representación con el discurso y la concepción de hábitos saludables.

Un tercer agregado se articula con el nodo *atención servicios de salud* relacionado con el *estar bien* y *ausencia de síntomas o enfermedad*, elementos que se centran en la concepción de salud como ausencia de enfermedad. Por último, se observa el cuarto agregado que vincula la relación entre *seguir normas* y *cuidado-autocuidado*, que podría suponer el carácter normativo de este último sea desde la familia o desde otros espacios donde se desarrollan los niños.

La estructura de la representación de salud en el grupo de niños urbanos permite corroborar tanto por el análisis prototípico como de similitud la categoría *alegría y felicidad* como el núcleo de esta. En la primera periferia se ubican las categorías *juego*, *actividad física* y *atención en servicios de salud*, mientras que la segunda periferia podemos ubicar *cuidado autocuidado*, *seguir normas*, *estudiar*, *hogar feliz*, *alimentación*, *estar bien* y *ausencia de síntomas de enfermedad*.

Tabla 4-3. Comparación estructura RS Salud niños rurales - urbanos

Niños	Rurales	Urbanos
Núcleo	Alimentación	Alegría y felicidad
Primera periferia	Actividad física Cuidado autocuidado Hogar Juego	Actividad física Atención en servicios de salud Juego
Segunda periferia	Alegría y felicidad Atención en servicios de salud Ausencia de síntomas o enfermedad Cantar y gritar dormir Estar bien Relación con la naturaleza Seguir normas Vivir	Alimentación Ausencia de síntomas o enfermedad Cuidado autocuidado Estar bien Estudiar Hogar feliz Seguir normas

Fuente: elaboración propia

De acuerdo con lo anterior, hay diferencias en la estructura de la representación de la salud en los niños de instituciones urbanas y rurales como se puede observar en la tabla 4-3.

Mientras para los niños rurales la *alimentación* es el núcleo la cual está muy relacionada con el cuidado, el hogar, el juego y la actividad física, recordando los hábitos saludables y las condiciones mínimas para la supervivencia. Para los niños urbanos el núcleo es la *alegría y felicidad* en relación cercana con *actividad física y juego*, mostrando la importancia de la lúdica en la representación de los niños. Para los dos grupos la ausencia de síntomas de enfermedad no son elementos centrales de esta representación.

4.1.2 Evocación jerarquizada Enfermedad

Con relación al término motivador “enfermedad de niños y niñas” se obtuvieron 194 términos escritos por los niños de las instituciones rurales y 227 para el grupo de niños de las instituciones urbanas, los cuales se organizan en 16 y 11 categorías respectivamente.

Tabla 4-4. Análisis prototípico RS Enfermedad en niños de sector Rural

Enfermedad niños rural		Rango de importancia				
		Fuerte $\leq 2,65$		Débil $\geq 2,65$		
Frecuencia de aparición	Alta $\geq 9,5$	I – Zona de núcleo		II – Primera periferia		
		Dolor	26	2,3	Enfermedades no infecciosas	15 2,7
		Enfermedad-síntomas respiratorios	23	2,4	Enfermedades por mosquitos	12 2,7
					Brotos en piel	12 3,2
	Baja $< 9,5$	III – Elementos de contraste		IV – Segunda periferia		
		Contagio	7	2,3	Fiebre	9 3
		Efecto de enfermedad	5	2,4	Vomito y diarrea	7 3,3
		Heridas	5	2,2	Mareo	3 2,7
Prevención	3	1,7	Sida	3 2,7		
			Esquema corporal	3 4,7		

Fuente: elaboración propia

La tabla 4-4 corresponde al análisis prototípico con las categorías de los niños que participaron en el sector rural. En el primer cuadrante se ubica tanto el *dolor* como *enfermedades-síntomas respiratorios*, en el primero se puede identificar en los descriptores que ubican los niños como “dolor de cabeza”, “dolor de barriga”, “dolor de garganta”, “dolor de extremidades”. La enfermedad respiratoria es descrita como “estornudos”, “crisis de asma”, “tos” y “gripa”, en total relación con el perfil epidemiológico de la zona, sugiriendo el núcleo de la representación. En el segundo cuadrante se

encuentra *enfermedades no infecciosas* entre las que ubican el “cáncer”, la “diabetes”, “enfermedades cardiacas”, “anemia”, “epilepsia”, y “enfermedades transmitidas por mosquitos” (“chicunguña”, “dengue” y “Zika”), ubicándose como elementos de la primera periferia. En el tercer cuadrante, como elementos de contraste, se encuentran las categorías *contagio, efecto de enfermedad, heridas y prevención*. En el cuarto cuadrante *fiebre, vómito y diarrea, mareo, Sida y esquema corporal*.

El análisis prototípico resultante sobre los términos libremente asociados de los participantes del grupo de niños en instituciones educativas urbanas se encuentra en la tabla 4-5; la cual muestra que en el primer cuadrante se encuentran las categorías *dolor y enfermedades respiratorias*, las cuales podrían conformar el núcleo de la representación. Soportadas en una primera periferia por la categoría *fiebre*. Como elementos de contraste se identifican *enfermedades no infecciosas, causas nutricionales y heridas*. Y como segunda periferia en el cuarto cuadrante *vómito y diarrea, brotes piel, efecto de la enfermedad, causas ambientales y enfermedad*.

El análisis de similitud para niños de sector rurales, figura 4-3, muestra la relación entre las categorías *enfermedad-síntomas respiratorios y dolor*, con la frecuencia y alto índices de co-ocurrencia; siendo consistente para considerar estos elementos en el núcleo de la representación en este grupo.

Tabla 4-5. Análisis prototípico RS Enfermedad en niños de sector Urbano

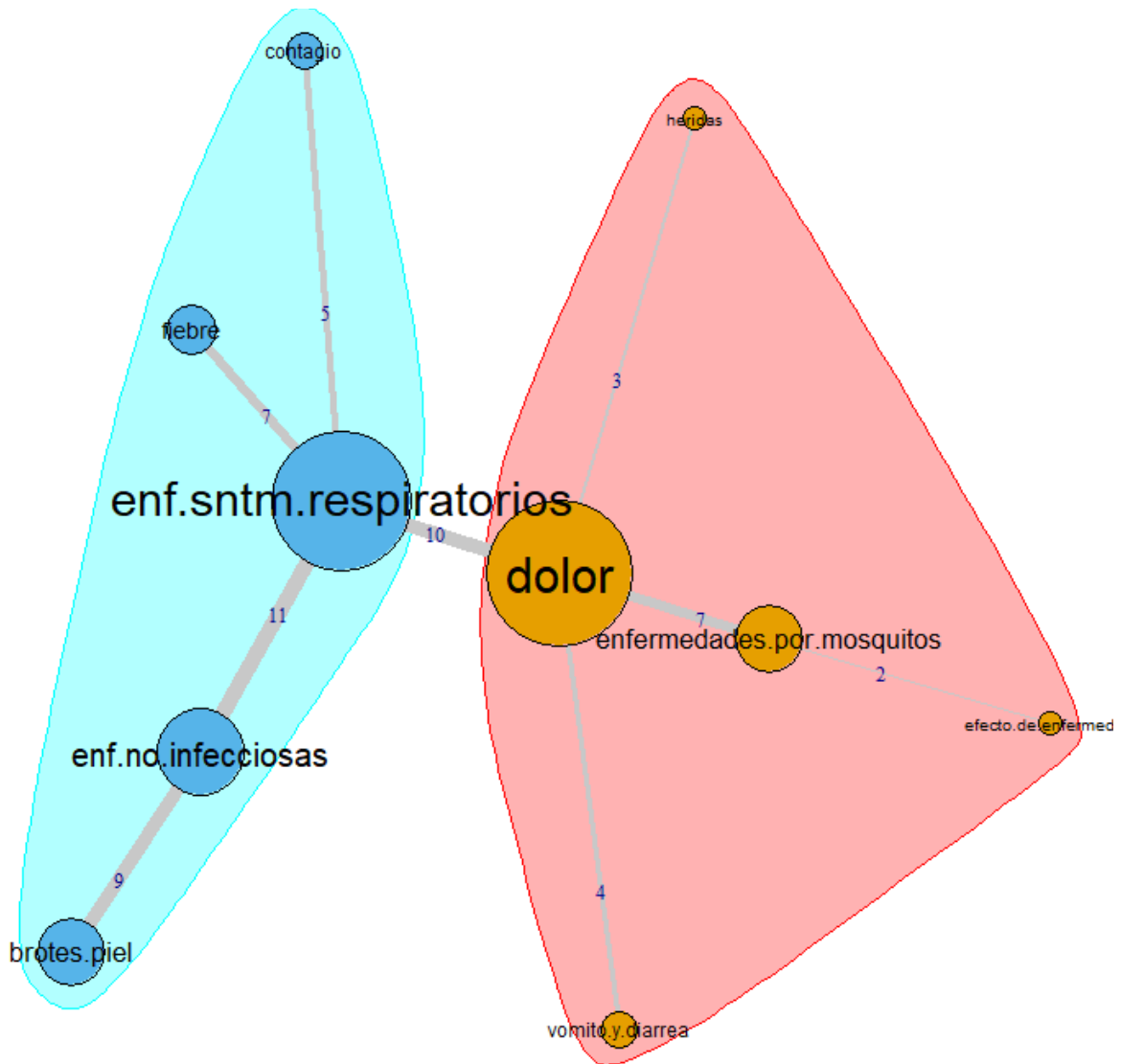
Enfermedad niños urbano		Rango de importancia				
		Fuerte $\leq 2,43$		Débil $\geq 2,43$		
Frecuencia de aparición	Alta $\geq 12,36$	I – Zona de núcleo		II – Primera periferia		
		Dolor	37	2	Fiebre	21 3
	Baja $< 12,36$	III – Elementos de contraste		IV – Segunda periferia		
		Enfermedades no infecciosas	12	1,8	Vómito y diarrea	12 3
		Causas nutricionales	4	2	Brotes piel	9 2,8
		Heridas	2	2	Efecto enfermedad	6 3,3
					Causas ambientales	2 3

Fuente: elaboración propia

En el grafo también se puede observar dos agregaciones, la primera relacionando *enfermedad-síntomas respiratorios* con *enfermedades no infecciosas, brotes en piel, fiebre*

y *contagio*. La segunda relaciona *dolor* con *enfermedades por mosquitos*, *vomito y diarrea*, *efecto de enfermedad* y *heridas*.

Figura 4-3. Grafo análisis de similitud RS Enfermedad en niños de sector Rural

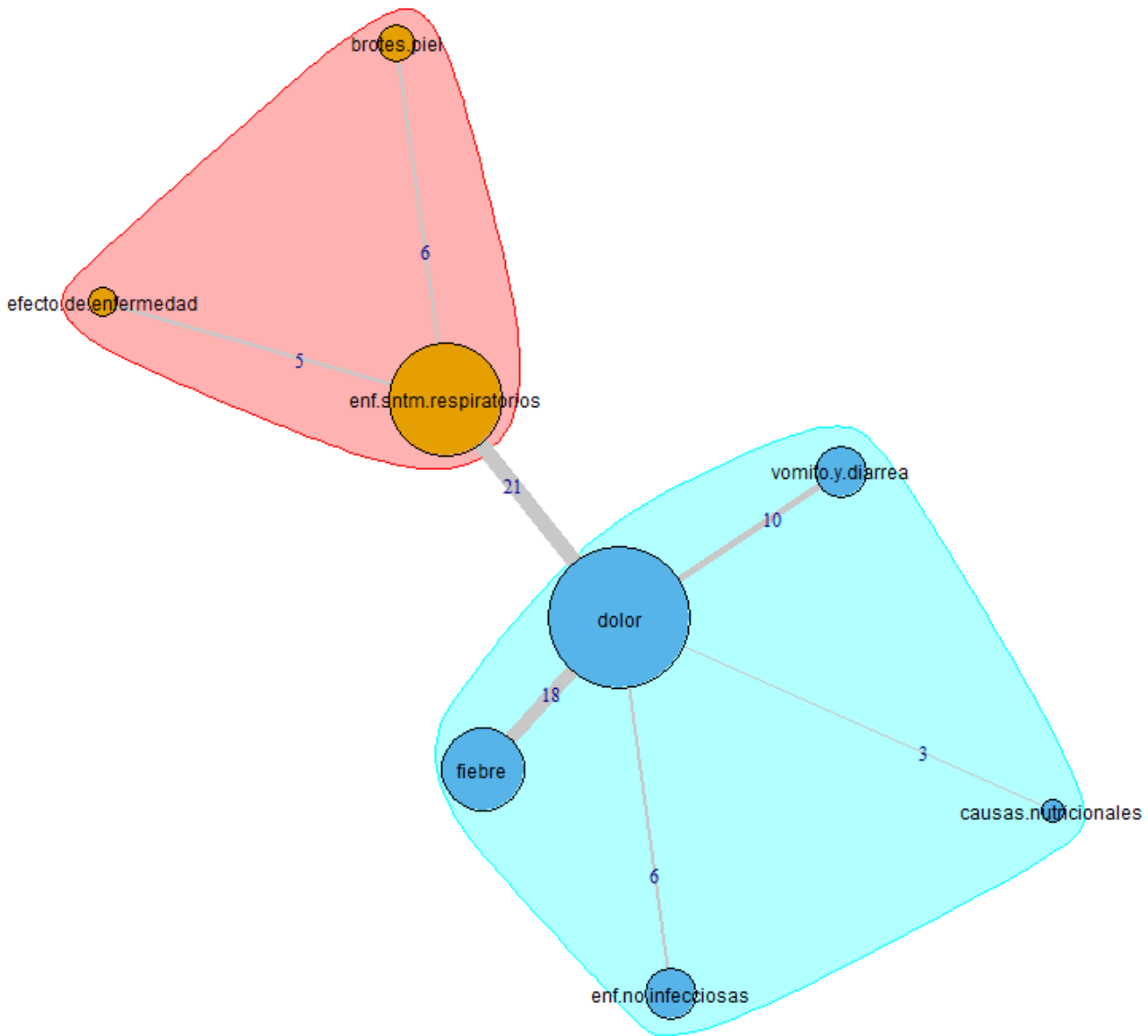


Fuente: Elaboración propia.

Consistente con el análisis prototípico, el análisis de similitud permite confirmar que, la estructura de la representación social de enfermedad en este grupo de niños ubica en la

primera periferia las categorías *enfermedades no infecciosas* y *enfermedades por mosquitos*, en relación con las vivencias de los niños. Mientras que la segunda periferia incluye *brotos en piel*, *fiebre*, *contagio*, *heridas*, *efectos de la enfermedad* y síntomas como *vómito* y *diarrea*.

Figura 4-4. Grafo análisis de similitud RS Enfermedad en niños de sector urbano



Fuente: Elaboración propia.

A diferencia de lo observado con el término inductor de salud, se observa que la representación de la enfermedad tiene mayor similitud en su estructura entre niños urbanos

y rurales estudiados. Para el grupo de niños de los colegios urbanos, figura 4-4, el núcleo se encuentra conformado por las categorías *dolor* y *enfermedad respiratoria*, con índice de co-ocurrencia de 21, siendo el *dolor* el elemento más central de los mencionados. Vale la pena resaltar que la enfermedad respiratoria además de síntomas respiratorios o términos relacionados con procesos infecciosos, adicionalmente se encuentra el término “asma”, no identificado en el grupo de niños rurales.

De igual forma se observa dos agregaciones, una que parte de *dolor*, con mayor número de relaciones, como son las categorías *fiebre*, *vómito* y *diarrea*, *enfermedades no infecciosas* y *causas nutricionales*. El segundo agregado tiene como nodo *enfermedades – síntomas respiratorios*, relacionándose con *efecto de enfermedad* y *brotos en piel*.

En este grafo se observa que en la primera periferia ubica la *fiebre*, considerando el alto valor del índice de co-ocurrencia de 18. Mientras que la segunda periferia incluye *enfermedades no infecciosas*, *brotos en la piel* (en esta última se agrupan los términos “varicela”, “alergia de mosquitos”, “tener brote”, “dermatitis” y “sarampión”), así como *efectos de la enfermedad* y *causas nutricionales*, encontrando los siguientes descriptores “el pollo te hace daño”, alusión al frío, a la falta de alimento, a un mosquito, problemas o golpes.

Por tanto, en el núcleo de la representación de enfermedad de los niños urbanos se encuentran las enfermedades prevalentes para este grupo etéreo asociadas al dolor, lo que corrobora la relación de la propia experiencia de vida con el marco representacional. Teniendo en cuenta que el término dolor, se refiere con mayor frecuencia al “dolor de cabeza” mostrando la periodicidad que este síntoma tiene para ellos, incluso que dolores en otras partes del cuerpo. Lo que hace importante considerar la prevalencia de este síntoma en este grupo de niños, a la cual se le da escasa importancia durante los encuentros sanitarios asistenciales.

La comparación entre los grafos derivados del análisis de similitud, permite observar que el núcleo de la representación del término enfermedad es igual en los niños de sector urbano y rural estudiados, tabla 4-6.

Tabla 4-6. Comparación estructura RS enfermedad niños rurales - urbanos

Niños	Rurales	Urbanos
Núcleo	Dolor Enfermedad – síntomas respiratorios	Dolor Enfermedad – síntomas respiratorios
Primera periferia	Enfermedades no infecciosas Enfermedades por mosquitos	Fiebre
Segunda periferia	Brotes en piel Fiebre Contagio Efectos de la enfermedad Heridas Vómito y diarrea	Brotes en piel Causas nutricionales Efectos de la enfermedad Enfermedades no infecciosas

Fuente: elaboración propia

La primera periferia para los niños de sector rural se conforma por las enfermedades por mosquitos, hecho que difiere con el grupo de niños urbanos quienes no ubican esta categoría como existente, evidenciando la magnitud de la representación de los niños con relación a las enfermedades prevalentes en los contextos locales, reiterando en la relación entre la experiencia y la construcción de la representación. En la segunda periferia se encuentran nuevamente categorías coincidentes como son *brotes en la piel* y los *efectos de la enfermedad*.

4.1.3 Dibujos Salud

Como se describió previamente, a cada niño participante se solicitó dibujar en una hoja una persona sana, en total se obtuvieron 27 dibujos elaborados por niños en sector rural y 38 en sector urbano. Se realizó una lectura general en conjunto e individual, identificando doce (12) elementos de análisis, correspondientes al dibujo y la descripción que cada niño realizó.

Se observó en cada uno de los dibujos el uso de color, la ubicación de la persona dibujada, el número de personas, de quienes se trataba, la presencia de elementos adicionales en el lugar, la existencia de texto adicional, la expresión del rostro, la postura de las personas dibujadas, postura de los brazos, otras características corporales, elementos en contacto con las personas, referencia a la acción y el por qué se encuentra sana.

La tabla 4-7 muestra las diferencias y/o similitudes identificadas en cada subgrupo. En la mayoría de los dibujos hay predominio por el uso del color en relación con la felicidad,

“Está feliz porque no tiene color gris, el color gris es muy triste” (NU5). En general se dibuja a una sola persona en cada hoja, sin especificar que esta sea conocida. Las imágenes se ubican fuera de espacios cerrados, los niños lo describen como en el campo o el afuera, con elementos que identifican estos lugares, como son el sol, las nubes, arboles, montañas, animales. Solo un niño en sector rural ubica su dibujo en el interior de la casa, y un niño de sector urbano en la habitación. “El arcoíris es porque ella está feliz jugando (...) El sol es para que no este triste jugando” (NU24).

Tabla 4-7. Comparación de características de los dibujos de los niños de personas sanas

	Niños sector Rural	Niños sector Urbano
Color	4/27 no utilizan color 23/27 si lo hacen	2/38 no utiliza color 1/38 escaso color 35/38 con color
Ubicación	22/27 exterior 1/27 en el interior de la casa 4/27 no es clara	30/38 exterior 1/38 en la habitación 7/38 no es clara
Número de personas dibujadas	27/27 una persona	31/38 una persona 6/38 dos personas 1/38 tres personas
A quien dibujan	1/27 Se dibuja a si mismo 5/27 alguna persona conocida (papá 2/5) 21/27 no referencia específica	7/38 se dibujan a sí mismos 21/38 alguna persona conocida 10/38 no referencia específica
Elementos adicionales en el lugar	3/27 no dibujan 1/27 cama 23/27 árboles, nubes, montañas, sol, animales	9/38 no dibujan 1/38 elementos de aseo y habitación 1/38 una mesa con comida 1/38 hospital, calle y taxi 3/38 arcoíris. 23/38 Presencia de árboles, nubes, sol
Texto adicional	4/27 colocan texto solo para indicar que se trata del dibujo de persona sana	11/38 escriben texto adicional, reafirmando los dibujos y el relato
Postura de las personas	1/27 acostada 26/27 de pie	1/38 no la identifica 37/38 postura de pie
Postura de brazos	23/27 los dibujan abiertos 4/27 hacia abajo	17/38 abiertos 17/38 hacia abajo 2/38 hacia arriba
Otras características de las personas	5/27 nada adicional 22/27 vestido de colores y diferencia con relación a los dibujos de persona enferma	1/38 nada adicional 37/38 Bien peinado y Vestidos de colores
Elementos adicionales en contacto con las personas	1/27 una corona 26/27 ninguno	29/38 ninguno 1/38 anillo 1/38 balón 1/38 cartera 1/38 patines 2/38 frutas 3/38 lazo
Cara de las personas	26/27 sonrientes. Los ojos solo hay diferencia en un dibujo	38/38 sonrientes 17/38 ojos abiertos y expresivos
Referencia a la acción	22/27 hacen referencia a la acción Pasear – salir – bailar - Comer Descansar Disfrutar el sol Feliz (2) Ir al colegio Jugar (8) trabajar levantar las manos	31/38 hacen referencia a la acción Comer (2) tender la cama saludan o posan (3) caminan al hospital (2) Jugar (16) caminan – hacen ejercicio - saltan (5) bailar estudiar comprando

Fuente: elaboración propia

Con relación a la postura, se observa que la mayoría de los dibujos tanto de niños rurales como urbanos se encuentran de pie, solo en un caso se dibujó a una persona sana acostada. Los brazos en la mayoría de los dibujos de los niños rurales se encuentran abiertos, mientras que en el otro grupo son menos de la mitad los que muestran los brazos abiertos y dos de ellos hacia arriba. El vestido y el peinado muestran mayor dedicación por parte de los niños al realizar los dibujos, siendo más frecuente en niños urbanos, lo que permite observar mayor colorido, “porque esta alegre y pues porque una persona enferma no se viste chévere (...) Se cuida el pelo, nunca se lo corta, se lo peina bien y se hace trenzas para que le crezca más el cabello” (NU8). La cara de las personas dibujadas se caracteriza por ser sonrientes, solo una de un niño de sector rural no presenta esta condición, pero si la totalidad de los niños urbanos.

Los niños de los dos grupos en su mayoría no dibujan otros objetos relacionados, (solo 9 de 38 del sector urbano y un niño del sector rural); contrario a lo observado con referencia a la acción, es así como ocho niños rurales mencionan particularmente al juego, los demás niños de este grupo hacen referencia a pasear, salir, bailar, comer, disfrutar el sol, ir al colegio, trabajar o el hecho de levantar las manos. En el grupo de niños urbanos 31 hacen referencia explícita a la acción, concretamente a comer, tender la cama, saludar, caminar al hospital, hacer ejercicio, bailar, estudiar, comprar y 16 de ellos a jugar.

En los relatos relacionados con los dibujos, los niños de sector rural refieren que las personas dibujadas están sanas porque están felices (NR22, NR41, NR5), juegan (NR4, NR11, NR39), come (NR35, NR37), están de pie (NR1, NR6), trabaja (NR6), no tienen nada (NR21, NR18, NR20, NR 19), no están enfermas (NR7, NR3), no tosen (NR2, NR36), no tienen brote (NR17), pueden salir (NR3, NR7), están vivas (NR14), son jóvenes (NR16), o la interacción “porque no está enfermo, se ve bien, se ve feliz” (NR40).

Los niños de sector urbano explican que la persona está sana porque: está feliz (NU2, NU8, NU9, NU10, NU12, NU13, NU14, NU16, NU18, NU19, NU24, NU25, NU30, NU31, NU39, NU41, NU42, NU45), juega (NU2, NU5, NU32, NU33), come frutas (NU6, NU11, NU23, NU39), trabaja (NU43), hace ejercicio (NU17, NU27), no tiene nada (NU1, NU7, NU36), no está enferma (NU21, NU34, NU38), sale del hospital (NU37), está bien (NU46), o como lo manifiesta un niño “estoy jugando, haciendo así con la mano y estoy comiendo algo” (NU4).

La representación gráfica tanto de los niños de sector urbano como rural dibujan las personas sanas con color, ubicándolas fuera de casa, con imágenes de naturaleza, sol radiante, nubes, que recuerdan días bellos, calurosos y agradables, la postura de las personas es de pie, lo más llamativo es la permanencia de la sonrisa en las caras de los dibujos, así como la referencia al movimiento o a la acción.

Para los niños en sector rural no se observa una respuesta predominante, a excepción de ausencia de síntomas o enfermedad (9/27), siendo superior a felicidad (3/27), jugar (3/27), comer (2/27), aunque llama la atención encontrar respuestas que no se observan en el grupo contrario, como es la relación de la salud con estar de pie, estar vivo, ser joven o poder salir. En cambio, los niños de sector urbano hacen mayor énfasis a la alegría y felicidad (18/38), jugar (4/38), comer frutas (4/38) como características positivas, aunque también se puede observar en sus respuestas la ausencia de síntomas o enfermedad (6/38). Hallazgos estrechamente relacionados con lo identificado en el análisis prototípico y de similitud de este grupo.

4.1.4 Dibujos enfermedad

Adicional al dibujo de persona sana, cada niño elaboró un dibujo de persona enferma, en total se obtuvieron 26 dibujos en niños de zona rural y 37 en zona rural. Se realiza el mismo análisis que para los anteriores dibujos, cuyos resultados se observan en la tabla 4-8.

Similar a lo observado en los dibujos de personas sanas, hay uso de color, predominio de una persona en los dibujos sin diferencia entre los dos grupos, así como la mayor tendencia a dibujar personas conocidas y la ausencia de texto adicional.

Con relación a la ubicación aparecen espacios como el interior de la casa, tanto en niños rurales como urbanos y solo para este segundo grupo el hospital y la ambulancia. En niños rurales hay mayor predominio del espacio exterior con dibujos similares a los de las personas sanas, mientras que para los niños de sector urbano este espacio es menos frecuentemente dibujado. Hecho similar con los elementos adicionales en el lugar, en estos la cama y la camilla cobra mayor relevancia, así como las nubes oscuras, rayos, lluvia que indican días tristes.

Tabla 4-8. Comparación de características de los dibujos de los niños de personas enfermas

	Niños sector Rural	Niños sector Urbano
Color	5/26 no utilizan color 21/26 si lo hacen	1/37 no utiliza color 2/37 escaso color 34/37 con color
Ubicación	14/26 exterior 6/26 en el interior de la casa 6/26 no es clara	13/37 exterior 11/37 en el interior de la casa 9/37 no es clara 3/37 en el hospital 1/37 en la ambulancia
Número de personas dibujadas	25/26 una persona 1/26 dos personas	32/37 una persona 5/37 dos personas
A quien dibujan	20/26 no referencia específica 6/26 alguna persona conocida	19/37 alguna persona conocida 12/37 no referencia específica 6/37 a si mismo
Elementos adicionales en el lugar	15/26 nubes, sol 7/26 cama 3/26 no dibujan 1/26 corazones y una imagen de virus	16/37 cama o camilla 12/37 relacionados con nubes, arboles, algunos de ellos incluyen lluvia, rayos, neblina, sol escondido. 6/37 ninguno 1/37 un carro 1/37 un hospital 1/37 silla
Texto adicional	4/26 colocan texto solo para indicar que dibujo es	5/37 escriben texto adicional, reafirmando los dibujos y el relato
Postura de las personas	19/26 postura de pie 7/26 acostado	21/37 postura de pie 12/37 acostado 3/37 sentado 1/37 conduciendo
Postura de brazos	17/26 abiertos 4 /26 hacia abajo 5/26 no definido	9/37 abiertos 17/37 hacia abajo 11/37 no definido
Otras características de las personas	7/26 Puntos en cara y brazos	Como cara asustada, cabello no aparenta peinado, un dibujo de una persona calva, un dibujo con un yeso en un brazo
Elementos adicionales en contacto con las personas	4/26 Una corona, un termómetro, líneas de tos, zancudo.	9/37 Estornudo, tapabocas (3), termómetro, sangre, muletas, silla de ruedas, yeso
Cara de las personas	9/26 tristeza 8/26 sonriente 7/26 inexpresiva 1/26 se ve enferma 1/26 no es clara	26/37 tristeza 8/37 ojos inexpresivos 3/37 boca abierta
Referencia a la acción	8/26 Acostado 3/26 No puede salir 6/26 No refiere 1/26 Ir al hospital 7/26 nada 1/26 caminando a casa	9/37 Acostado 2/37 No puede salir 5/37 No refiere 6/37 Ir al hospital 10/37 no va a hacer nada 5/37 caminando a casa

Fuente: elaboración propia

Las personas predominantemente se ubican de pie, con alguna proporción de personas acostadas y en el sector urbano también son dibujadas sentadas o conduciendo. En niños de sector rural es interesante las manifestaciones en la piel de la enfermedad, como puntos, relacionados con enfermedades como varicela, zika, dengue o chicunguña. Otros detalles en contacto con las personas se encuentran en niños rurales un termómetro, manifestaciones de tos y uno de ellos con un insecto transmisor; mientras que para niños urbanos se observa el dibujo del tapabocas, de estornudo, aditamentos para la movilidad.

La cara de las personas no es tan uniforme como la de las personas sanas, hay manifestación de tristeza más frecuente en niños urbanos, para los niños rurales es similar el número de dibujos con rostro triste como sonriente.

Sobre las actividades que cada dibujo intenta plasmar hay menor diversidad, varían entre estar acostado, no poder salir, no hacer nada o caminar a casa, hay mayor número de niños urbanos que refieren ir al hospital.

Al preguntar sobre el por qué la persona del dibujo se encuentra enferma, los niños de las instituciones rurales responden sobre la presencia de dolor (NR5, NR36), brote en la piel (NR4, NR17, NR18, NR20, NR22, NR38, NR39), síntomas respiratorios (NR2, NR7, NR14, NR21, NR40), contagio (NR11, NR12), está acostado (NR6), tuvo un accidente (NR35, NR37), le dan ataques (NR16), tiene fiebre (NR3, NR22). Mientras que las explicaciones de los niños de las instituciones urbanas son dolor (NU1, NU2, NU4, NU6, NU17, NU23, NU25, NU26, NU34, NU36, NU41, NU46), brote en la piel (NU18), síntomas respiratorios (NU10, NU24, NU35), está acostado (NU5), tuvo un accidente (NU9, NU43), tiene fiebre (NU10, NU11, NU45), tiene cáncer (NU8), está hospitalizado (NU12, NU16, NU33), tiene tapabocas (NU30), pero la mayor referencia es a la tristeza (NU13, NU14, NU19, NU21, NU31, NU32, NU37, NU39, NU42).

Se puede observar diferencias, como la referencia al contagio y la mayor frecuencia de los brotes en piel en niños rurales, para los niños urbanos la relevancia del dolor y la tristeza como la explicación del por qué está enfermo, así como la referencia a la hospitalización. Sin embargo, los dos grupos muestran coherencia interesante con los hallazgos del análisis prototípico y de similitud, corroborando tanto el núcleo como los elementos periféricos centrados en el dolor y en enfermedades respiratorias.

4.1.5 Entrevistas Salud

La entrevista de cada uno de los niños se realizó posterior a la elaboración del dibujo, con relación a salud se plantearon preguntas sobre ¿qué considera que es la salud?, ¿qué características tiene?, ¿cuándo considera que un niño se encuentra sano?, ¿qué actividades realiza un niño sano? y ¿qué hace para cuidar la salud? Con ello se busca no solo identificar la definición que cada uno tenga de este eje, también los elementos que consideran importantes tanto en la representación misma, como en las prácticas derivadas.

Se realizó una prueba del instrumento en dos niños conocidos con las mismas características, posterior a la cual se ajustó la forma de realizar las preguntas que luego se aplicaron en los grupos de estudio.

Es importante anotar que las preguntas no se realizaron de forma sucesiva tanto en la prueba como en el estudio, pues requerían que cada niño se encontrara en un ambiente de confianza y considerando las características de los interlocutores no era posible ceñirse a una estructura rígida de entrevista. Así mismo, no todos los niños respondieron a cada una de las preguntas formuladas a pesar de insistir en varias oportunidades, por tanto, hay algunas preguntas que no tuvieron respuesta por algunos niños en particular.

Posterior a su formulación, grabación, transcripción, lectura, se realizó análisis de contenido categorial-frecuencial, como lo propone Bardin (1986), en el cual se identificaron categorías iniciales, que posteriormente se depuraron tanto desde la visión individual de la investigadora, como desde el trabajo realizado con profesionales de psicología y pediatría, con quienes se ajustaron y se definieron las categorías presentadas en este documento. Se definieron 12 categorías, las cuales se muestran en la tabla 4-9.

Se observa un espectro que va desde la ausencia de enfermedad a lo considerado como conceptos holísticos de la salud, muy relacionado con los dibujos realizados, que permite identificar la correspondencia con las respuestas verbales de los niños, los niños en su mayoría dibujan caras felices y hacen referencia a la definición de salud con alegría, con el movimiento y el juego.

En general para el grupo del sector rural, las respuestas más frecuentes en la entrevista se ubican en la categoría *movimiento y salud como jugar*, resaltando las actividades propias de la infancia de por sí placenteras relacionadas con la salud. Mientras que los niños de sector urbano reafirman la definición de la salud desde el consenso, en el juego y las actividades propias de la infancia; así mismo dan importancia al cuidado para preservar su salud.

Tabla 4-9. Categorías emergentes de la entrevista asociada a dibujo con relación a la salud en niños de sector urbano y rural

Categorías Salud	Definición	MU(11)	HU(8)	MR(11)	HR(8)
Salud como bienestar	La salud es la integridad biopsicosocial, se relaciona con los términos armonía, equilibrio, verse bien.	7	3	4	3
Salud como realizar plenamente de sus roles	Tener la posibilidad de realizar lo esperado como niño o niña, incluyendo actividades escolares, participación, hacer muchas cosas, dormir, pintar, imaginar.	9	8	6	6
Salud como jugar	El juego es una de las actividades inherentes a la infancia, en palabras de Tonucci, es la actividad de la infancia. Esta categoría recoge la relación que plantean los niños entre la salud y el juego, es la manifestación, pero también es la condición, si se está sano se puede jugar.	11	7	8	6
Movimiento	Respuestas que vinculan la actividad física como manifestación de salud	8	6	11	6
Antagonista de enfermedad	Ausencia de enfermedad, síntomas o muerte, así mismo la referencia de algunos entrevistados al silencio de los órganos	5	5	7	5
Salud como la referencia a la alegría y felicidad	Se refiere a la definición de salud como sentimiento positivo, respuestas como felicidad, alegría, divertirse, disfrutar.	7	7	6	6
Salud como resultado	La salud es el producto de la interacción entre diferentes factores	2	0	2	0
Trascendencia	Hace referencia a considerar la salud como más allá de lo tangible por medio de los órganos de los sentidos, definida con libertad, confianza, transformación.	2	1	1	1
Alimentación	Relación con el alimento y el acto de comer	8	7	8	4
Cuidado autocuidado	La referencia que hacen con relación al cuidarse por sí mismo, o por el otro, cuyo beneficio se traduce en salud.	9	7	10	4
Hogar y familia	Cuando los entrevistados hacen referencia a los integrantes de la familia o a su pertenencia, igualmente la relación con los amigos o la casa para referirse a la salud.	6	3	5	5
Referencia a la higiene	Los entrevistados consideran que la higiene, limpieza o aseo son prácticas relacionadas con la salud.	1	4	2	1

MU: Mujeres urbano HU: Hombres urbano MR: Mujeres rural HR: Hombres rural. Los números en paréntesis indican el total de niños entrevistados de cada grupo.

Al triangular la información obtenida de cada instrumento, como fue descrita en el desarrollo metodológico, se encuentra coherencia entre la frecuencia de las respuestas de las categorías de la entrevista, lo encontrado en la evocación jerarquizada, tanto en el análisis de prototypicalidad como en el análisis de similitud y lo representado en los dibujos que la antecedieron. Las categorías de la entrevista más frecuentes se pueden relacionar

con los términos ubicados en el primer y segundo cuadrante en niños del sector rural, como se observa en la tabla 4-10.

Tabla 4-10. Relación entre análisis evocación jerarquizada, dibujo y entrevista, niños sector rural

CATEGORIAS SALUD NIÑOS RURALES	Posición en la estructura: análisis prototipicalidad y similitud	Evocación jerarquizada: cuadrante del análisis de prototipicalidad	Dibujo presencia	Frecuencia de la categoría en la Entrevista
Movimiento	1ª periferia	II	Si	17
Salud como jugar	1ª periferia	II	Si	14
Cuidado autocuidado	1ª periferia	I	No	14
Salud como realizar plenamente sus roles	2ª periferia	IV	Si	12
Antagonista de enfermedad	2ª periferia	III	Si	12
Referencia a la alegría y felicidad	2ª periferia	IV	Si	12
Alimentación	Núcleo	I	Si	12
Hogar y familia	1ª periferia	III	Si	10
Salud como bienestar	2ª periferia	IV	No	7
Referencia a la higiene	2ª periferia	IV	No	3
Salud como resultado				2
Trascendencia	2ª periferia	III	Si	2

Fuente: elaboración propia

Para los niños del sector urbano, se observa que las categorías más frecuentes son las relacionadas con el segundo y tercer cuadrante, las medianamente frecuentes se relacionan con el primer y segundo cuadrante y las menos frecuentes con el cuarto cuadrante, como se observa en la tabla 4-11.

Adicionalmente los elementos constitutivos del núcleo de la representación previamente identificados en la evocación jerarquizada de niños rurales, *alimentación, hogar y familia, movimiento, juego y el cuidado autocuidado*, continúan como frecuentes en las entrevistas y en los dibujos, permitiría confirmar la estructura de dicha representación. De igual forma para los niños del sector urbano en las categorías de *salud como jugar, movimiento y referencia a la alegría y felicidad*. En los dos grupos es interesante destacar el *realizar plenamente sus roles* cobra gran importancia para quienes participaron, incluye la relación entre asistencia a institución educativa, hacer las tareas y no perder clase.

Con relación a las prácticas para el mantenimiento de la salud, los niños se refieren a ellas como actividades genéricas, sin relación al espacio ni al tiempo, igual que en las anteriores no se observa diferencia importante entre sector urbano y rural. A continuación, se describe el contenido de cada una de las categorías presentadas.

Tabla 4-11. Relación entre análisis evocación jerarquizada, dibujo y entrevista, niños sector urbano

CATEGORIAS SALUD NIÑOS URBANO	Posición en la estructura: análisis prototipicalidad y similitud	Evocación jerarquizada: cuadrante del análisis de prototipicalidad	Dibujo presencia	Frecuencia de la categoría en la Entrevista
Salud como jugar	1ª periferia	II	Si	18
Salud como realizar plenamente sus roles	2ª periferia	III	Si	17
Cuidado autocuidado	2ª periferia	III	No	16
Alimentación	2ª periferia	I	Si	15
Movimiento	1ª periferia	II	Si	14
Referencia a la alegría y felicidad	Núcleo	I	Si	14
Salud como bienestar	2ª periferia	II	No	10
Antagonista de enfermedad	2ª periferia	III	Si	10
Hogar y familia	2ª periferia	IV	Si	9
Referencia a la higiene	2ª periferia	IV	Si	5
Trascendencia	2ª periferia	IV	No	3
Salud como resultado				2

- Salud y su relación con la alimentación:

Las diferencias observadas entre los grupos rural y urbano con relación a la estructura de la RS de salud radican en la ubicación de los elementos centrales, sin embargo, el contenido es similar en cada una de estas categorías propuestas. Para los niños rurales el núcleo se conforma por la categoría *alimentación*, en la cual los niños hacen referencia frecuente y reiterada a la alimentación con frutas y verduras, sin dulces y la denominada por ellos mismos como “comer bien” (NR35) definida como la elección balanceada de los alimentos, es así como las respuestas con relación a las prácticas de cuidado de la salud encontrando la primera y tal vez única “necesidad básica” identificada en esta estructura. Asociada como práctica de mantenimiento de la salud, “como frutas saludables, la manzana, la pera y las fresas” (NR2), “comer comida balanceada, no comer tanto dulce” (NR3), “come bien, verduras, frutas, a veces come dulces” (NR7), “yo si como verduras y

frutas” (NR18), “ella come harto, comía muchas verduras, no comía dulce. Se cuida con frutas, con bajo de sal, con vegetales” (NR35), “tienen que comer, que cuidarse y comer manzanas, pera ...” (NR37).



Dibujo 4-1. “Porque si no está sana se puede enfermar. Pero como ya no está enferma está comiendo sopa, manzana, pera y bananos” NR37

La alimentación para los niños rurales también la relacionan con la enfermedad, sea para recuperarse, “Ella casi no comía tanto y ahora le toca comer tres vasos pero un poquito más bajos de sal, menos azúcar, menos dulces y menos chicle, por lo que adentro hay unos gusanitos y eso es lo que la enferma de la barriga” (NR36), o como causa de enfermar “Los dulces no son saludables, las gaseosas tampoco” (NR2), “Mi hermano esta delgado porque no come nada, le salen energías pero no come ni nada” (NR4) y como actividad fundamental tanto cuando se está sano como cuando se encuentra enfermo, “me ayuda a estar grande y no estar enferma” (NR18).

Se tratan de hallazgos no identificados en trabajos previos sobre RS de salud, por tanto, en este estudio se muestra la relevancia que para este grupo de niños implica alimentarse, sea porque se ubican en un entorno absolutamente agrícola, como por las practicas cotidianas y la relación de las familias en torno a la alimentación (Dibujo 4-1).

Los niños de la zona urbana vinculan también la alimentación como parte de la RS de salud, ubicándose en la segunda periferia. Como se mencionó, el contenido no varía considerablemente, pues los niños de este grupo se refieren con mayor frecuencia a la alimentación con frutas y verduras en relación con la alimentación saludable, como lo refieren en las siguientes respuestas: “Comer muchas frutas y verduras para crecer y

tomarse las vitaminas. Me gusta el banano, el mango, la pera, las uvas, la papaya, el melón. ¿Y verduras? También, Brócoli, pepino, ¿ehhh que más? Habichuela, mmm no me acuerdo” (NU6). Así mismo, es evidente que los niños disfrutaban de dichos alimentos, “Mi mamá me hace verduras, son una delicia, habichuela, zanahoria, fruta, pero el melón me lo tomo es con jugo la guanábana no me la como, no me gusta” (NU2).

Hay consenso en el no consumo de azúcares, tan apetecidos por ellos, “come cosas sanas, verduras y cosas así. Los dulces no son sanos, pero los comemos porque nos gustan, pero para la salud es malo” (NU8), “Me dijeron que no podía comer nada de dulces. ¿Y tú los comes? Si, un día que mi mamá se fue a trabajar y yo fui y compré un bom bom bun y me lo comí y me dolió la barriga” (NU17), “comer, sopa-papa-pollo. Dulces casi no porque los dientes se dañan. Pero algunos días si puede” (NU25), “Comer frutas, verduras, comer sano. ¿Si me tomo una gaseosa? Sube de peso, ¿Y es sano? No sano, tiene azúcar. Si lo lee tiene azúcar, tiene calorías, tiene grasas, solo 1% de ...” (NU35)

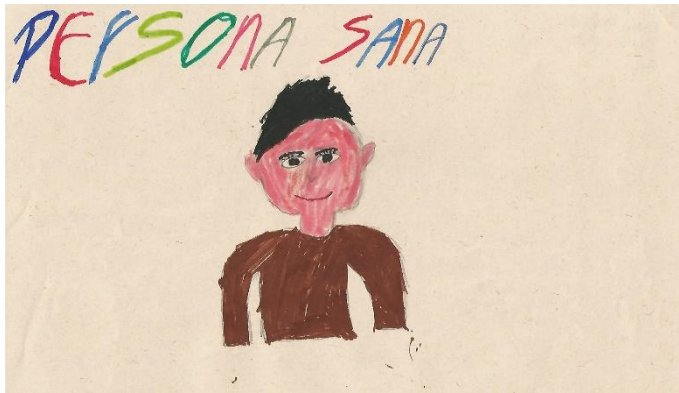
Se plantea también la alimentación como causa de enfermedad “no comer cosas que nos hagan daño, ni que no sean extrañas porque tienen dulces. Ver si algo no está vencido, si está vencido no se lo puede tomar, si no está vencido entonces toca aprovechar y tomárselo antes de que se venza” (NU3), “Si uno está enfermo no comer galguerías, a uno le toca no comer todo lo que le prohíben, porque si no nunca va a sanarse” (NU17) y su contraparte, como elemento fundamental del cuidado, “Como... que los adultos no brincan y no juegan, por eso son menos sanos. Los adultos no comen ni frutas ni verduras” (NU6), “La que está enferma es que como un día esta con peste, debe comer frutas, cerezas, moras para mejorarse” (NU5)

- Salud como felicidad

La categoría *alegría y felicidad* ha sido permanente en cada uno de los instrumentos trabajados, su relación es evidente en todos ellos cuando se trata de salud. En la presente investigación hace parte del núcleo en los niños urbanos y primera periferia para los niños de zona rural, en los dos grupos el contenido la hace manifiesta tanto en los dibujos como en las entrevistas.

Es así como los niños del sector urbano consideran la manifestación de una persona sana en la sonrisa, “¿por qué sabes que está sano? Por la sonrisa” (NU9), así como por la

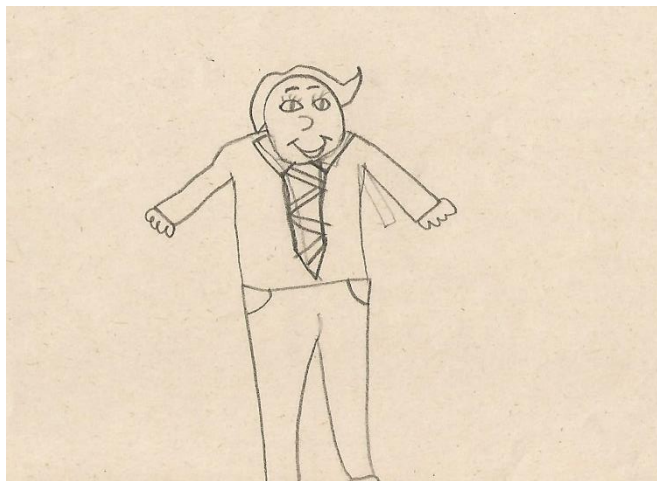
percepción de felicidad “porque está feliz” (NU45), “porque la veo sonriendo y feliz” (NU24), como lo muestra el dibujo 4-2.



Dibujo 4-2. Niño sano NU7

Por otra parte, la diversión es factible cuando se es sano “es mejor estar sano porque uno se puede divertir” (NU8), porque les permite desarrollar diferentes actividades, entre ellas jugar, pintar, salir, estudiar “La persona sana es una persona normal, porque esta alegre, está feliz, está jugando en el parque” (NU14).

Los niños de sector rural también identifican a las personas sanas porque se encuentran “felices, alegres, contentos” (NR5), “ella está feliz, pues cuando uno está bien, está feliz” (NR17), “está sano cuando se siente alegre” (NR7).



Dibujo 4-3. "Una persona feliz que está sano" NR5

La felicidad se objetiva con el uso del color y dibujos con sol o arcoíris, “en este dibujo está feliz. ¿Sabes por qué está feliz? Porque no tiene color gris, porque el gris es un color muy

triste" (NU5), "¿por qué pintaste sol radiante? Porque alguien está feliz" (NU9), "se ve feliz por lo que tiene colores, y las flores también" (NR40), como se observa en los dibujos 4-3 y 4-4.



Dibujo 4-4. "está sano porque está feliz" NR41

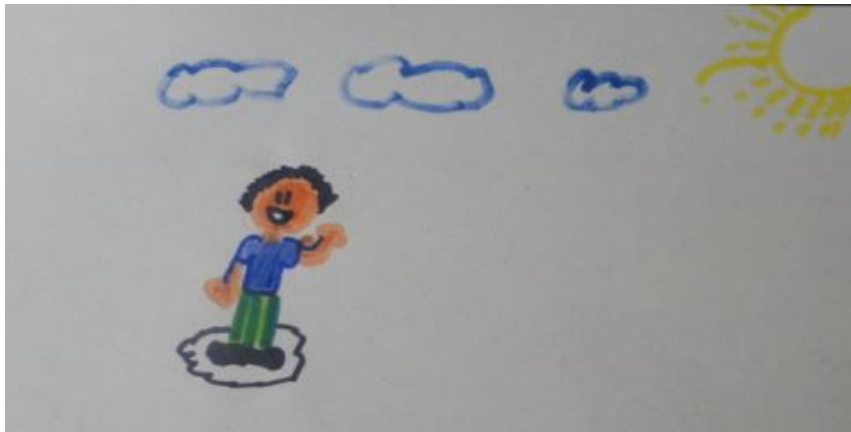
- Salud como movimiento



Dibujo 4-5. "está feliz, se fue para el colegio" NR12

Para los dos grupos, se ubica el movimiento como parte de la primera periferia. Las citas de las entrevistas ubicadas en esta categoría se relacionan en su mayoría con el tránsito entre ambientes, al considerar la salud como el potencial para desplazarse entre diferentes lugares, pues salir y cambiar de espacios les permite jugar, ir al colegio, disfrutar de sus

entornos o visitar a otras personas. Es así como los niños rurales consideran que, “La niña sana va a jugar con los amigos, ir a estudiar” (NR7), “está feliz, se fue para el colegio” (NR12), “En cambio ella si puede salir, ella puede salir al calor, a cualquier lado” (NR36); y los niños urbanos consideran que es mejor estar sano porque “uno puede jugar y no quedarse en la casa todo el día metido” (NU2). “los niños sanos pueden salir a la calle” (NU6, NU17), “Salir al parque, para asolearse, para hacer ejercicio, en el parque hay zonas de diversión y uno puede jugar baloncesto” (NU25), “visitar a la familia, poderle dar un rato a la familia. Ir al parque y divertirse” (NU28).



Dibujo 4-6. "Está saludando a una persona, después va a correr" NU9

Las respuestas con relación a la definición, momentos y características de la salud siempre hacen alusión a la actividad física. Al preguntarles sobre qué actividades ellos consideran pueden realizar los niños sanos, es llamativo que además de ser específicos en la puntualidad de cada una de ellas, entre las cuales se encuentran correr, saltar, pasear, hacer ejercicio, bailar, o deportes específicos (fútbol, baloncesto, patinaje, montar bicicleta), o lugares que les gustan (piscina, parque). Incluso hacen referencia a moverse durante el compartir con otras personas (amigos, hermanos) y con animales “hacer ejercicio, corro con los chivitos” (NR4).

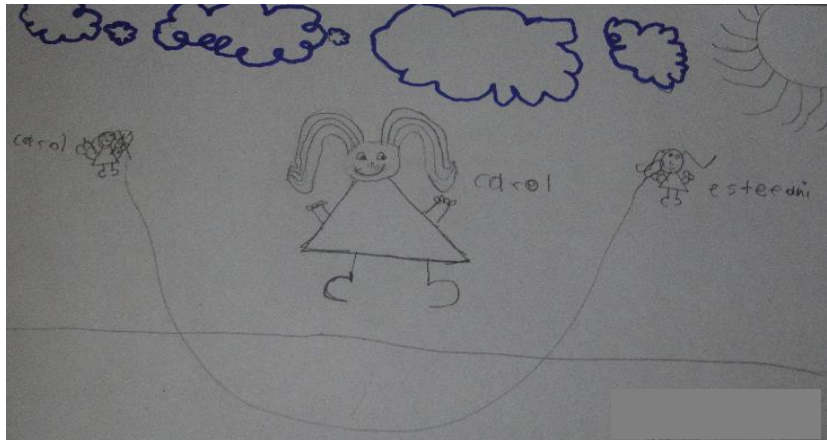


Dibujo 4-7. "Aquí dibuje a la niña sana, porque está feliz, ella está bailando el rock and roll, hace ejercicio" NU16

- Salud como juego

Es tan frecuente identificar códigos de movimiento como de juego, este último es compartida por los niños de zona urbana y zona rural de forma homogénea y se puede afirmar que casi la totalidad de los niños de la zona urbana hacen referencia al juego cuando se entrevista sobre salud, mientras que los niños de la zona rural lo relacionan en menor proporción. Llama la atención la inversión de frecuencia de respuestas con la categoría *movimiento*, los niños de la zona rural la relacionan más con salud, no siendo así con los de zona urbana. El juego uno de los elementos centrales, es importante destacarlo y estudiarlo en profundidad desde el enfoque de las ciencias de la vida, y ubicándolo en cercanía a la salud como un elemento esencial al hablar de salud infantil, que no es exclusivo de las ciencias pedagógicas o de la conducta.

La alusión al juego como actividad a desempeñar cuando se encuentran sanos lo pone en una posición privilegiada en la estructura de la representación y como elemento importante de análisis en el campo sanitario pediátrico. Esta actividad se relaciona con la felicidad, descritas por los niños como "se divierten" y "ser feliz", fortaleciendo esta dupla *juego-alegría* y *felicidad – movimiento*, para los niños de zona urbana es *juego – alegría felicidad* y para los niños de zona rural es *movimiento – alegría felicidad*.



Dibujo 4-8. "Está sana porque está feliz. Está jugando lazo con las otras niñas" NU45

El juego para los niños es también una manifestación de salud, "pueden jugar y divertirse y pueden pararse y pueden jugar hartos y también pueden ir a la escuela y no quieren ir al médico. También se divierten y juegan muchísimo" (NR14), "Jugar, divertirse, hacer fiestas, disfrazarse, hacer una pijamada con las amigas" (NU2); así como una práctica de promoción de la salud "Que haces para mantenerte sana? Jugar. Hacer tareas, mirar televi" (NR11).



Dibujo 4-9. "Un niño sano que juega" NR4

Aunque es mucho más frecuente la referencia al juego activo que incluya movimiento, también involucran el juego electrónico, "jugar en la Tablet o en el celular. porque me gusta

tanto jugar en la Tablet” (NU45), esto en dos niños de las instituciones urbanas, lo que permite identificar preferencias de los niños entrevistados.

- Salud como cuidado – autocuidado

Los niños consideran que el cuidado es una práctica para mantener la salud, esta categoría se ubica en la primera periferia de la estructura de niños rurales y segunda de los niños urbanos, se relaciona tanto para hacer referencia a “los otros se cuidan” (NU8), como a sí mismo “me cuido” (NR16). Profundizar en este punto es importante, pues los niños tanto en zona rural como urbana manifiestan su rol activo en la protección y recuperación de su propia salud.

El grupo de niños rurales tiene preferencia hacia el resguardo en casa y evitar el frío, el segundo con la preparación o administración de alimentos como intervención importante para mantenerse sano y resguardo en casa. Cuidarlos es “darles comida y alimentándolos” (NU9), “tiene que comer bien” (NU3), “comer frutas saludables” (NR2), “no meterse al agua, salir abrigado” (NU10), “si está lloviendo uno no salga porque la lluvia es mala para uno” (NU24), “no mojarse, no darse el viento ni saliendo” (NU14), “quedarse en casa” (NR2, R17). O evitar el contagio, “no juntándose con personas que tienen enfermedades que se pueden prender” (NU8), “tener cuidado con algo que tenga gérmenes” (NU2).

Hay dos puntos importantes para considerar en esta categoría, la primera es la norma “Haciendo caso a la mamá” (NR22), “Toca hacerle caso a la mamá en no comer muchas galguerías, si uno come muchas galguerías y no le hace caso a la mamá de eso, entonces él se va a enfermar” (NU17). El segundo es la relevancia de las mujeres en el cuidado, “¿Qué haces para mantenerte sano? Me cuido, cuando tengo algo, yo le digo mamá tengo algo” (NR16), “dejándome donde mi abuela todos los días. Es que a mí me gusta estar con mi abuela” (NU14), aunque hay una niña que vincula al padre en el cuidado y el juego “los papas los cuidan y juegan con ellos. Las niñas pueden ir con los papas o las amigas, se van a jugar o a patinar o a comer un helado, o a la casa a ir a jugar con las muñecas. Los niños normales ellos se encuentran, van a jugar bicicleta, también a jugar con esos muñecos” (NU2).

- Hogar y familia

Esta categoría se ubica en la primera periferia del grupo de niños de zona rural y en la segunda de zona urbana. Haciendo referencia a las actividades cuando se encuentran sanos, es así como los dos grupos dan importancia a que la salud se construye al interior de la familia y en su casa “está sano porque esta con los hermanos, con la mamá, con el papá” (NU17), así como a la cercanía con los hermanos “juegan con los hermanos” (NR17), “¿qué hacen los niños o las niñas cuando están sanos? Jugar, estar con su familia” (NR22), “¿La salud tiene que ver con la casa de Maria? Si, porque es la casa” (NU38), esta niña hace énfasis en que permanecer en su hogar permite sentirse sana.

Por otra parte, con el apoyo que puedan brindar en las tareas cotidianas “ayudarle a la mamá” (NR 6, NR18), “tender la cama, barrer” (NR11), “cuando un niño está sano puede ayudarle a la mama, por ejemplo, yo se cocinar, cuando la mamá está enferma yo le cocino por ahí huevos, hago el arroz y hago la papa. Y yo con mis ahorros compro mayonesa y mi mamá le hecha mayonesa a la papa y me la como” (NU1), “puedo ayudar a hacer la comida” (NU3). Adicionalmente los niños relacionan la salud con las relaciones fraternales con sus padres, abuelos, amigos y con los animales.



Dibujo 4-10. "Está jugando" NR18



Dibujo 4-11. "Estoy jugando futbol con mi hermano" NU36

- Salud como realizar plenamente sus roles



Dibujo 4-12. "Estoy tendiendo mi cama" NU1

Los roles de los niños los expresan principalmente en el estudio, el colegio, tiene que ver con la ocupación formal y con el cumplimiento de su deber, pero también con actividades placenteras que hacen parte de sí mismos, como son el dormir, pintar, imaginar o la posibilidad de "hacer muchas cosas", entre ellas las actividades de apoyo en el hogar. Se ubica en la segunda periferia de cada uno de los grupos de niños estudiados.

La educación y la cotidianidad vivida al interior de la institución educativa es evidenciada y descrita por los niños como “se va para la escuela a estudiar” (NR2, NR3, NR4, NR6, NR12), “hacer las tareas” (NR4, NU6, NU45), “no pierde clase” (NU9), siendo otra de las actividades que frecuentemente consideran hace un niño sano. De acuerdo con estas respuestas, para los niños, la escuela es un espacio vital, de aprendizaje, de juego, de ser felices, por tanto, un espacio para la salud.

Las diferencias entre niños de zona rural y urbana radican en que los primeros hacen mayor referencia al referirse a los adultos en el trabajo, “estoy pintando a mi papa, ..., está trabajando, se va a trabajar, él trabaja en la granja. Él algunas veces va a la granja y algunas veces no” (NR16).



Dibujo 4-13. “¿Cómo sabes que está sano? porque está de pie y está trabajando” NR6

Se esperaba que los niños describieran prácticas sociales definidas que realicen pensando en la salud, sin embargo, las respuestas de cada uno de ellos no permiten definir frecuencias ni prácticas específicas como la define Abric (2001), las cuales fueron descritas como actividades genéricas, sin relación al espacio ni al tiempo, cumplirían entonces con el segundo factor, mas no con el primero:

“El análisis de cualquier práctica social supone que sean tomados en cuenta por lo menos dos factores esenciales: por una parte, las condiciones sociales, históricas y materiales en las que ella se inscribe, y por otra, su modo de apropiación por el individuo o grupo respectivo, modo de apropiación en el que los factores cognitivos, simbólicos, representacionales desempeñan igualmente un papel determinante” (p. 213).

4.1.6 Entrevistas Enfermedad

Los niños identifican la enfermedad como patologías puntuales, mas no como un concepto amplio y abstracto, al indagar por los factores que ellos consideran la causa de las enfermedades, la mayoría de ellos hacen referencia a las enfermedades que han vivido.

Bajo las mismas condiciones descritas previamente durante la realización de la entrevista y basándose en el dibujo de persona enferma, las preguntas dirigidas a esta representación fueron ¿el porqué de la enfermedad?, actividades relacionadas con la enfermedad, tratamiento y manejo de la enfermedad. Respuestas que permiten definir 10 categorías, como se describe en la tabla 4-12.

Tabla 4-12. Categorías Enfermedad por niños de sector urbano y rural

CATEGORIAS	Definición	MU(11)	HU(8)	MR(11)	HR(8) ¹⁰
Causas de enfermedad	Cada entrevistado ubica en una etiología la enfermedad.	10	8	9	7
Enfermedad como dolor	Los entrevistados la definen exactamente la enfermedad como "duele"	5	4	5	3
Estar mal	Los entrevistados la definen exactamente la enfermedad como "estar mal"	0	0	1	2
Mal funcionamiento del cuerpo	Relacionada con perdida de parámetros fisiológicos que se consideran como normales, por ejemplo, la presencia de síntomas	4	2	8	4
Sentimiento negativo	relacionada con sentimientos negativos, tristeza, angustia, desesperanza, inconformidad	7	5	5	3
Medicalización	Respuestas de entrevistados que consideran la necesidad de abordar la enfermedad desde los medicamentos, atención médica, en hospitales o instituciones de salud	10	8	7	7
Como Ausencia	se define la enfermedad como la "falta de"	2	1	1	1
Inactividad	No tener la posibilidad de moverse ni desplazarse	9	8	9	7
Oportunidad	enfermedad vista como la posibilidad de cosas o momentos positivos	2	1	0	0
Tratamiento de la enfermedad	respuesta a la pregunta sobre cómo se resuelven las enfermedades	6	4	4	3

Fuente: Elaboración propia.

¹⁰ Las abreviaturas MU: Mujeres urbano HU: Hombres urbano MR: Mujeres rural HR: Hombres rural. Los números en paréntesis indican el total de niños entrevistados de cada grupo.

Se observa que en contraposición se encuentra la enfermedad al no poder realizar las actividades que les son placenteras, por tanto y de acuerdo con los niños participantes, la salud y la enfermedad están ligadas a la dualidad actividad – inactividad como lo plantea Herzlich (1969). La salud entonces hace la vida a los niños, mientras que la enfermedad la cohibe, ante los episodios de enfermedad no aparecen como “perdidas”, la “no posibilidad de” salir, jugar, hacer, momentos asociados a tristeza y el aburrimiento.

En los dibujos de las personas enfermas, en general los niños identifican la enfermedad con la cama, la quietud, las caras tristes, como se observa en los siguientes dibujos.



Dibujo 4-14. "Están tristes, están molestos, les duele" NU25

En la evocación jerarquizada se tiene como tema inductor sobre la representación de la enfermedad, la cual parece ser más tangible de identificar, aunque solo aparece al preguntar específicamente por ella. Como se espera, su aproximación en los niños es desde el modelo biomédico, los niños la representan como momentánea en el tiempo, como una transgresión a la cotidianidad. Ante esta evidencia, desde el ámbito clínico se requiere pensar un trabajo hacia la identificación de la cefalea como evento mórbido importante y darle la importancia que los niños identifican en la representación.

La necesidad de vincularla obedece a la dualidad salud-enfermedad, evidenciando que para los niños participantes se relaciona con sus propias experiencias, en la cual el dolor es predominante; en la estructura se observa predominancia de las enfermedades más frecuentes en la región y el país en relación con el perfil epidemiológico local, departamental y nacional, y a las que se ha desplegado grandes métodos para su control,

entre ellas estrategias de educación para la salud, lo que puede explicar adicionalmente la referencia. Identificando adicionalmente como parte del contenido y la estructura el dolor de cabeza en los niños, el cual es realmente un tema desconocido para los profesionales de la salud, anulando su significado en el medio clínico, entidad no vinculada a los esquemas terapéuticos frecuentes en la atención directa.



Dibujo 4-15. "Le toca quedarse en la cama" NU6



Dibujo 4-16. "A esta niña le dio varicela, luego se acostó en la cama, la mamá le dio un jarabe y se lo tomó" NR18

En sector rural este gran tema se relaciona con las enfermedades transmitidas por vectores (dengue, Zika, chicunguña), conocidas y prevalentes en el momento de la interacción con los niños, entidades que en Bogotá no se presentan hecho que explica que no hagan parte de las relatadas por los niños urbanos y por tanto en estos últimos la periferia muestra los elementos de dolor y enfermedad de la piel, siguiendo el perfil epidemiológico conocido, como se observa el siguiente dibujo.



Dibujo 4-17. "Es una niña que está brotada, la pica un mosquito y se enfermó. Le dio un zancudo que era el zika, porque el mosquito la picó" NR17

4.2 Equipo de atención en salud

4.2.1 Evocación jerarquizada Salud

Los profesionales relacionan con el estímulo "salud de niñas y niños", en total 153 términos en el sector urbano y 165 en el sector rural. Se organizan en 24 y 22 categorías respectivamente. El análisis prototípico sugiere que los profesionales en el sector rural ubican en el cuadrante correspondiente al núcleo las categorías *alimentación*, *bienestar*, *atención de servicios de salud*, *la familia* y *el amor*, como se observa en la tabla 4-13.

En el primer cuadrante se ubican las categorías *alimentación*, *bienestar*, *atención servicios de salud* y *familia*. Las palabras que los profesionales vinculan con la categoría *alimentación* son: “come frutas y verduras” (PR17)¹¹, “nutrición” (PR3, PR23, PR26, PR33), “leche materna” (PR16) y “alimentación” (PR1, PR4, PR6, PR8, PR15, PR19, PR21, PR28). Para *Bienestar* se encuentran los términos “bienestar” (PR2, PR3, PR7, PR10, PR12, PR14, PR18, PR28, PR 32, PR 34), “confort” (PR32) y quienes lo relacionan con “bienestar físico” (PR22, PR24, PR27), “educativo” (PR27), “familiar” (PR27), “psicológico” (PR22, PR 27), “social” (PR27). La categoría *atención de servicios de salud* se encuentra “atención médica” (PR8), “crecimiento y desarrollo” (PR2, PR3), “controles de crecimiento y desarrollo” (PR9), “puericultura” (PR9), “medico” (PR19), “odontología” (PR26), “enfermera” (PR26), “AIEPI” (PR4, PR16), PAI (PR4), “vacunación” (PR1, PR2), “vacunas” (PR16), “prevención” (PR31) La categoría *familia* incluye las palabras “familia” (PR6, PR11, PR18), “red de apoyo familiar” (PR8), “hogar” (PR23, PR30), “pautas de crianza” (PR16) y “roles” (PR33).

Tabla 4-13. Análisis prototípico Salud en equipo de atención en salud de sector rural

Salud rurales	profesionales	Rango de importancia				
		Fuerte ≤ 2,98		Débil > 2,98		
Frecuencia de aparición	Alta ≥ 5,78	I – Zona de núcleo		II – Primera periferia		
		Alimentación	15	2,9	Educación	13 2,9
		Bienestar	13	2,2	Alegría y felicidad	11 3,1
		Atención servicios de salud	10	2,9	Juego	7 4
		Familia	9	1,8	Actividad física	7 4
		Amor	8	1,1		
	Baja < 5,78	III – Elementos de contraste		IV – Segunda periferia		
		Prioridad	5	2,4	Higiene	4 3
		Vivir	2	2	Entorno	4 4
					Biológico	4 3,5
					Protección	4 3,2
					Desarrollo	3 4
					Lo mental	3 3,7
					Equilibrio	2 3
			Comunicación	2 2,5		
			Compromiso	2 5		
			Paciencia	2 4,5		

¹¹ La abreviatura PR identifica los Profesionales Rurales, seguido por el número progresivo específico correspondiente, cuyo resultado es el código de cada profesional participante.

		Problemas	2 4
--	--	-----------	-----

Fuente: elaboración propia

En el segundo cuadrante se encuentran *educación, alegría y felicidad, juego y actividad física*, relacionadas con las actividades cotidianas de los niños. Los términos relacionados con cada una de ellas son los siguientes, para la categoría *educación* son “educación” (PR7, PR10, PR11, PR19, PR21, PR22, PR23, PR24, PR28, PR30), “educación escolar o familiar” (PR9), “inteligencia” (PR33) y “escolaridad” (PR6). La categoría *alegría y felicidad* incluye los términos “alegre” (PR13), “alegría” (PR17, PR19, PR24, PR25, PR32), “felicidad” (PR5, PR33, PR34), “sonrisa” (PR15), “satisfecho” (PR29), “sueños” (PR29), “curiosidad” (PR25). La categoría *juego* contiene los términos “juego” (PR10, PR15, PR19), “juego y recreación” (PR9, PR17), “jugar divertirse” (PR23), entretenimiento y juegos (PR21). Por último, la categoría *actividad física* vincula “activo” (PR13), “agilidad” (PR25), “actividades lúdicas” (R11), “recreación” (PR1, PR8, PR28), “recrear” (PR2).

En el tercer cuadrante se encuentran las categorías *prioridad* y *vivir*. La primera se encuentran las palabras “lo mejor” (PR31), “logro” (PR29), “más garantía” (PR31), “buen trato” (PR11, PR14), “Estado” (PR34), “derechos” (PR14), “promoción” (PRPR31) y “prioridad” (PR31) y en *vivir* se ubican “viviendo” (PR21) y “vitalidad” (PR13). Y en el cuarto cuadrante, con frecuencia menor y alto rango, se encuentran las categorías *higiene, entorno, biológico, protección, desarrollo, lo mental, equilibrio, comunicación, compromiso, paciencia* y *problemas*, que sugieren hagan parte de la segunda periferia en la estructura de esta representación.

Este contenido sugiere que para los profesionales que laboran en el sector rural y participaron en esta investigación, la salud se centra en la alimentación, el bienestar, atención de servicios de salud y familia. Es interesante que tanto alimentación como familia y amor se encuentren en el mismo cuadrante, sugieren prácticas tradicionalmente cercanas en las familias colombianas, como el momento y la oportunidad de compartir más allá de satisfacer la necesidad biológica de consumir alimentos. Por otra parte, la frecuencia de atención en servicios de salud puede ser parte del grupo, considerando su quehacer como fundamental en la salud. Por otra parte, el resultado del análisis prototípico de los profesionales que participaron en el sector urbano se observa en la tabla 4-14.

Tabla 4-14. Análisis prototípico Salud en equipo de atención en salud de sector urbano

Salud profesionales urbanos		Rango de importancia				
		Fuerte $\leq 2,82$		Débil $> 2,82$		
Frecuencia de aparición	Alta $\geq 5,28$	I – Zona de núcleo		II – Primera periferia		
		Bienestar	13	2,5	Atención servicios salud	14 2,9
		Alegría y felicidad	11	2,5	Cuidado	7 3,3
		Familia	9	2	Integral	7 4,2
		Derechos	8	1,9	Educación	7 3,2
		Responsabilidad	6	2,3	Prioridad	6 3,7
		Convivencia	6	2,8		
			Alimentación	6	2,3	
	Baja $< 5,28$	III – Elementos de contraste		IV – Segunda periferia		
		Intervención	4	2	Biológico	4 3,5
		Vivir	3	1	Juego	3 3,3
		Amor	3	2,3	Confianza	3 3,7
					Desarrollo	3 3,4
					Actividad física	3 3,3
				Oportunidad	3 3,7	
			Equilibrio	2 3		
			Lo mental	2 3,5		
			Problemas	2 3,5		

Fuente: elaboración propia

En el primer cuadrante se ubican las categorías *bienestar*, *alegría y felicidad*, *familia*, *derechos*, *responsabilidad*, *convivencia* y *alimentación*. A la categoría bienestar corresponden los términos “bienestar” (PU2, PU4, PU8, PU9, PU10, PU11, PU14, PU19, PU20, PU22, PU29, PU30, PU31)¹², y “calidad de vida” (PU9). *Alegría y felicidad* incluye las palabras “alegría” (PU11, PU14, PU29), “alegres” (PU21), “diversión” (PU13, PU26), “felicidad” (PU2, PU8, PU20), “reír” (PU12), “sonrisa” (PU2, PU8). *Familia* se refiere a los términos “familia” (PU11, PU13, PU14, PU21, PU26), “depende del cuidador y la familia” (PU9), “protección del cuidador” (PU22), “protección y amor familiar” (PU15), “relaciones sociales familiares” (PU25). *Derechos* vincula “derecho” (PU3, PU4, PU5, PU6, PU7, PU16, PU19), “diferencial” (PU5), “dignidad” (PU7), “respeto” (PU3, PU6), “respeto de sus derechos” (PU15). *Responsabilidad* incluye “responsabilidad” (PU17, PU20, PU26), “responsabilidad Estado, sociedad y familia” (PU22), “compromiso” (PU31), “conciencia” (PU22), “deber” (PU4). *Convivencia* agrupa “comunidad” (PU23), “convivencia” (PU20), “compartir iguales” (PU27), “entorno adecuado” (PU15), “sociedad” (PU13) y “sociedad y

¹² La abreviatura PU identifica los Profesionales Urbanos, seguido por el número progresivo específico correspondiente, cuyo resultado es el código de cada profesional participante.

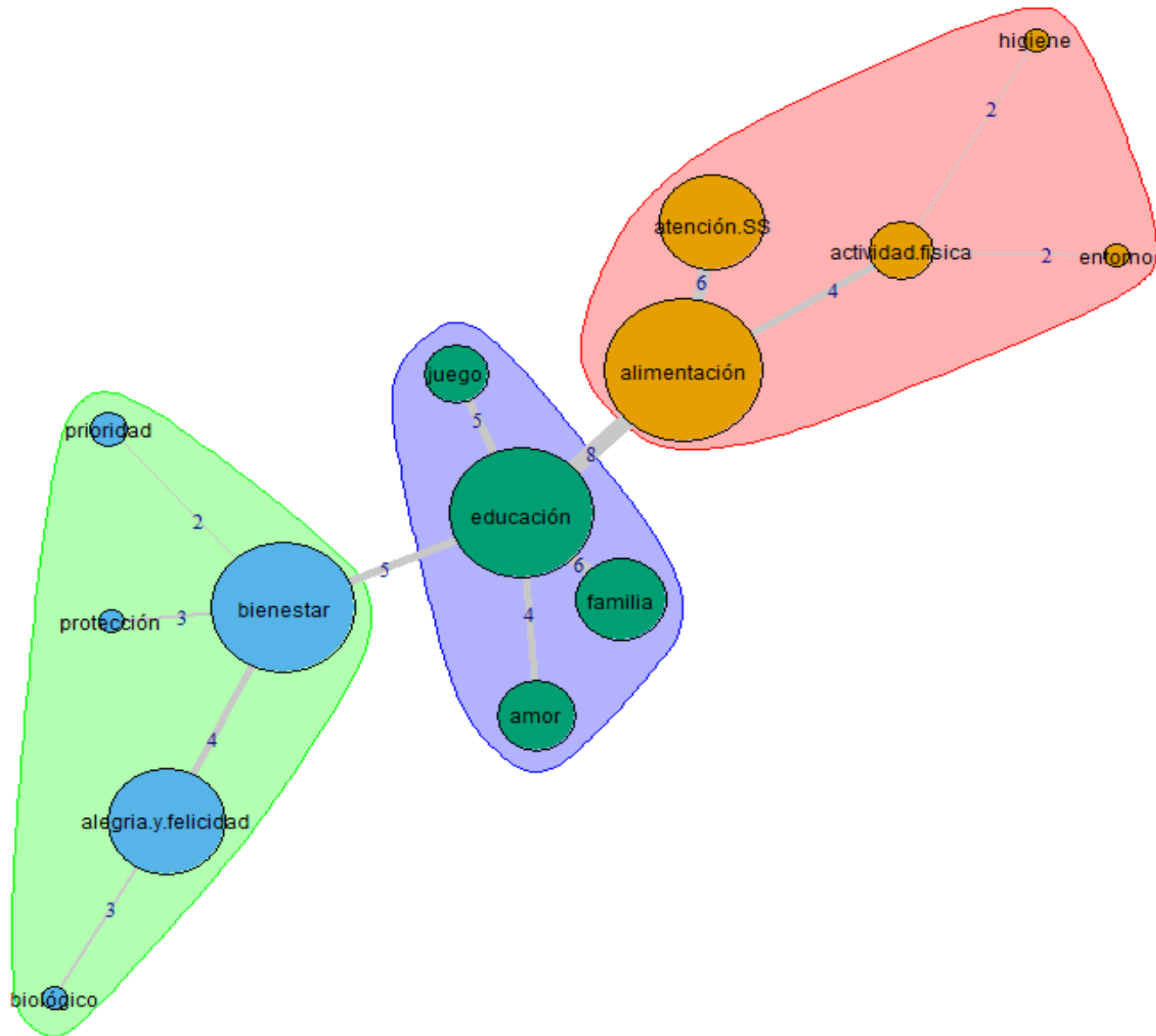
leyes” (PU18). Y *alimentación* incluye “alimentación ok” (PU23), “alimentación” (PU25), “adecuada alimentación” (PU27), “alimentación saludable” (PU29), “sana alimentación” (PU15) y “comer bien” (PU21).

El segundo cuadrante incluye las categorías *atención servicios de salud*, *cuidado*, *integral*, *educación* y *prioridad*. Los términos que surgen de los profesionales por cada una de ellas son los siguientes: *atención servicios de salud* con “accesibilidad – calidad” (PU5), “acceso” (PU19), “acceso a salud” (PU6), “atención” (PU16, PU30), “controles médicos” (PU8), “vacunación”, “vacunas” o “esquema de vacunación completo” (PU8, PU11, PU14, PU27), “complejidad servicios” (PU18), “equipo médico” (PU23), prevención (PU17, PU24), “pediatría” (PU28). *Cuidado* con los términos “cuidado” (PU7, PU16, PU17), “cuidado, amor, dedicación” (PU22), “compañía, cuidado” (PU27), “dedicación” (PU24), “protección” (PU31). *Integral* con “integral” (PU16, PU24), “integridad del individuo” (PU9), “integridad” (PU31), “trabajo en equipo” (PU20), “experiencia” (PU17). *Educación* con “educación” (PU13, PU18, PU19, PU24), “educación y esparcimiento” (PU15), “comportamiento” (PU10), “disciplina” (PU13). Y *prioridad* con “preferencia” (PU16), “prioridad” (PU3, PU4, PU5, PU6), “importante” (PU1).

En el tercer cuadrante se encuentran *intervención*, *vivir* y *amor*. Y en el cuarto cuadrante se ubican *biológico*, *juego*, *confianza*, *desarrollo*, *actividad física*, *oportunidad*, *equilibrio*, *lo mental* y *problemas*.

Organización que sugiere que los profesionales urbanos participantes dan mayor peso al teóricamente denominado bienestar y menor peso a la alimentación que los profesionales del grupo rural consideran tanto más frecuente como importante. En este grupo la relevancia de salud como derecho y la responsabilidad sugiere un compromiso desde la equidad como grupo prioritario. Llama la atención en los dos grupos la presencia de la categoría *educación*, como relevante. Por otra parte, las categorías *juego* y *actividad física* son más frecuentes e importantes para el grupo de profesionales rurales, mientras que en el grupo contrario se ubican en el cuarto cuadrante, sugiriendo parte de la segunda periferia.

Figura 4-5 Análisis prototípico Salud profesionales de sector rural



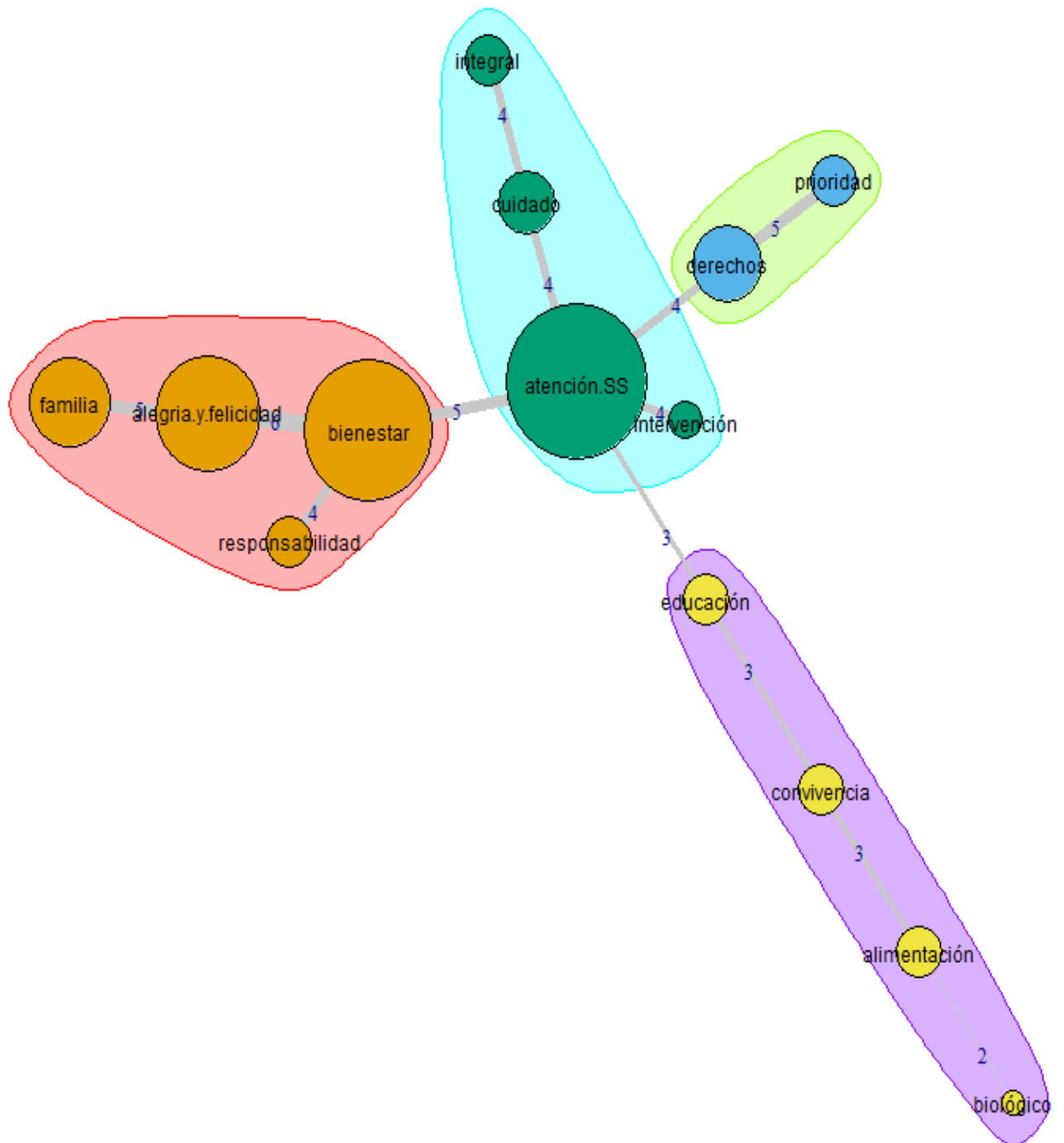
Al realizar el análisis de similitud en los profesionales participantes se observa en los grafos de las figuras 4-5 y 4-6, los cuales se centran sobre las co-ocurrencias entre categorías analíticas en los discursos de los entrevistados. Para el grupo de profesionales rurales la centralidad se encuentra en la categoría *educación*, gracias a su posición en la configuración, el número de conexiones que tiene con los otros elementos, en relación directa con *alimentación* y *bienestar*.

En la figura 4-5 el grafo muestra tres elementos centrales, sugiriendo que en ellos se encuentran los elementos constitutivos del núcleo de la representación de salud para los profesionales del sector rural, como son *bienestar*, *alimentación* y *educación*. Los dos primeros hacen parte del primer cuadrante del análisis prototípico de este grupo, y el último, con mayor número de relaciones, ubicado en el segundo cuadrante. A partir de ellos se disponen las demás categorías, observando tres agregados, uno que parte de la categoría *bienestar*, vinculando *alegría y felicidad*, *protección*, *prioridad* y *biológico*, propone la relación entre aspectos positivos y de prevalencia. Un segundo agregado partiendo de *alimentación* en relación directa con *atención servicios de salud* y *actividad física*, esta última también relacionada con *higiene* y *entorno*, sugiriendo la cercanía que hay entre el apoyo institucional asociado a elementos que recuerdan el discurso de “hábitos de vida saludables”. El tercer agregado parte de *educación*, relacionándolo con *familia*, *juego* y *amor*, elementos menos teóricos y más cotidianos o vivenciales. Esta organización sugiere el deber ser (primer agregado descrito), el real hacer desde los equipo de atención en salud (segundo agregado descrito) y la cotidianidad de los niños (el tercer agregado descrito).

Para el grupo de profesionales urbanos, el grafo de análisis de similitud, figura 4-6, muestra la centralidad en *atención servicios de salud*, lo que permite corroborar el análisis prototípico como elemento constituyente del núcleo de la representación, partiendo de esta categoría se observan cuatro agregados. Uno de ellos con nodo en *bienestar* en directa relación con *responsabilidad* y *alegría y felicidad*, este último cercano a *familia*. Un segundo agregado compuesto de dos categorías, *derechos* y *prioridad*. El tercero con nodo en la categoría central *atención servicios de salud* en relación con *intervención*, *cuidado e integral*. Y el último agregado parte de *educación* del cual desprenden *convivencia*, *alimentación* y *biológico*.

Por tanto, para los profesionales urbanos la *atención* es fundamental, incluso planteándola en su cercanía a la categoría *derechos*, pero a su vez con atributos que involucran la relacionan con la protección desde los servicios de salud y en fuerte relación con el *bienestar*. Este grupo incluye la categoría *alegría y felicidad* como manifestación de niños sanos. Llama la atención lo ausente que se encuentran en estos grupos las categorías *juego* y *actividad física*, tan centrales desde la representación de los niños y presentes en la de los profesionales rurales.

Figura 4-6. RS Salud en profesionales de salud de sector Urbano



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4-15. Comparación estructura RS Salud profesionales rurales - urbanos

Profesionales	Rurales	Urbanos
Núcleo	Educación Alimentación Bienestar	Atención servicios de salud
Primera periferia	Alegría y felicidad Familia Juego Amor Atención servicios de salud Actividad física	Bienestar Alegría y felicidad Cuidado Derechos Intervención Educación Convivencia Alimentación
Segunda periferia	Prioridad Protección Biológico Entorno Higiene	Responsabilidad Familia Integral Prioridad Biológico

Fuente: elaboración propia

La tabla 4-15 muestra las diferencias en la estructura de la RS de salud para profesionales rurales y urbanos; para los primeros el núcleo tiene tres ejes, en su primera periferia se encuentran elementos que sugieren tanto aspectos positivos de la vida como de la integridad familiar, incluyendo la atención a servicios de salud, y en la segunda periferia se relacionan concepciones teóricas tradicionales de salud. Para los profesionales urbanos participantes la centralidad son los servicios de salud, soportados en una primera periferia compuesta de elementos que sugieren tanto la institucionalidad (*derechos, intervención, educación, convivencia, bienestar*), como familiares y personales (*alegría y felicidad, alimentación, cuidado*) y la segunda periferia con quien soporta ese carácter normativo y de prioridad.

4.2.2 Evocación jerarquizada Enfermedad

Desde el término motivador “enfermedad de niños y niñas” se identifican 165 términos escritos por los profesionales rurales y 154 para el grupo de las instituciones urbanas, los cuales se organizan en 24 categorías.

El análisis prototípico en los profesionales del sector rural (tabla 4-16) ubica en el primer cuadrante, las categorías *alimentación, consecuencias de la enfermedad, maltrato y violencia, enfermedad respiratoria* y *diarrea-vomito*, mostrando el perfil epidemiológico de la zona. En el segundo cuadrante, como aproximación a la primera periferia se encuentra

familia, abandono, emoción negativa, otras enfermedades, hábitos-higiene y dolor. En el tercer cuadrante se encuentran *relación educación, condiciones económicas, perdida de equilibrio, atención servicios de salud, malestar, fiebre, interacción y lo positivo*, en el cuarto cuadrante se sitúan *descuido, Estado y sociedad* como posibilidad de segunda periferia, que sugiere intervenciones macro que afectan las enfermedades.

Tabla 4-16. RS Enfermedad en profesionales sector rural

Enfermedad profesionales rural		Rango de importancia				
		Fuerte $\leq 2,8$		Débil $> 2,8$		
Frecuencia de aparición	Alta $\geq 5,87$	I – Zona de núcleo		II – Primera periferia		
		Alimentación	16	2,7	Familia	8 3,5
		Consecuencia	10	2	Abandono	8 2,9
		Maltrato y violencia	8	2,6	Emoción negativa	8 3
		Enfermedad respiratoria	8	2,6	Otras enfermedades	8 4
	Diarrea y vómito	7	2,4	Hábitos e higiene	7 3	
	Baja $< 5,87$	III – Elementos de contraste		IV – Segunda periferia		
		Relación educación	5	2,2	Descuido	5 3,6
		Condiciones económicas	5	1,6	Estado	4 3
		Pérdida de equilibrio	4	2,5	Sociedad	3 4,3
		Atención servicios salud	4	2,2		
		Malestar	3	2,3		
		Fiebre	3	2,7		
		Interacción	2	2,5		
Lo positivo		2	1			

Fuente: elaboración propia

Para los profesionales urbanos el análisis prototípico, tabla 4-17, ubica en el primer cuadrante *atención servicios de salud, alimentación, consecuencias, cuidado, condiciones económicas, maltrato-violencia*, elementos centrados no en la patología en sí misma, sino en las condiciones que la solventan. En el segundo cuadrante las categorías *enfermedad respiratoria, lo positivo y otras enfermedades*, centradas en la patología. En el tercer cuadrante *familia, sociedad, vulnerabilidad, hábitos y sedentarismo y transformación*. Y en el cuarto cuadrante *relación educación, emoción negativa, diarrea y vomito, causas, contagio, ambiente y abandono*.

Tabla 4-17. RS de la Enfermedad en profesionales de sector Urbano

Enfermedad profesionales urbano		Rango de importancia				
		Fuerte $\leq 2,83$		Débil $> 2,83$		
Frecuencia de aparición	Alta $\geq 5,52$	I – Zona de núcleo		II – Primera periferia		
		Atención servicios salud	13	2,5	Enfermedad respiratoria	7 3,7
		Alimentación	10	2,1	Lo positivo	7 3,1
		Consecuencias	7	2,7	Otras enfermedades	6 3,3
		Cuidado	7	2,1		
		Condiciones económicas	6	2,8		
		Maltrato y violencia	6	2,3		
	Baja $< 5,52$	III – Elementos de contraste		IV – Segunda periferia		
		Familia	5	2,6	Relación educación	5 3,6
		Sociedad	4	2	Emoción negativa	5 3,4
		Vulnerabilidad	4	2	Diarrea y vómito	5 3,4
		Hábitos y sedentarismo	3	2,7	Causas	4 3
		Transformación	3	2,3	Contagio	4 3,5
					Ambiente	4 3,2
			Abandono	3 3,7		

Fuente: elaboración propia

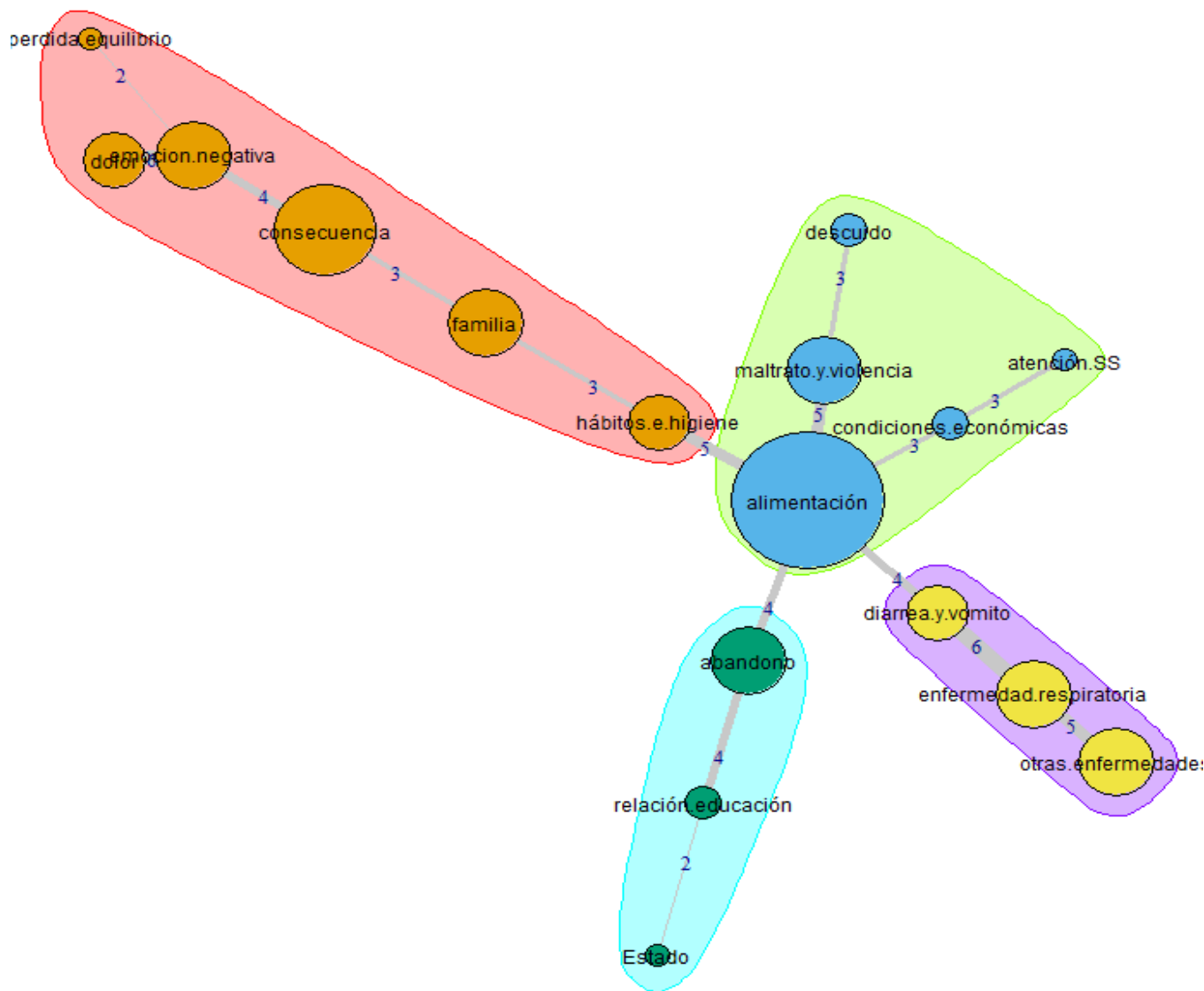
En el grafo resultante de análisis de similitud de las categorías de los profesionales rurales, figura 4-7, muestra la categoría *alimentación* en el centro, lo que confirma lo identificado en el análisis prototípico como el núcleo de la representación. A partir de ella se organizan las demás categorías. El grafo muestra cuatro agregados, uno que parte de las categorías *maltrato y violencia* y *condiciones socioeconómicas*, en relación directa con *descuido y atención servicios de salud*, sugiriendo que en el grupo hay preocupación por lo que suceda con el interior de la familia.

El segundo que parte de *hábitos e higiene*, el cual se relaciona en cascada con *familia, consecuencias, emoción negativa, dolor y pérdida de equilibrio*. El tercero inicia en *abandono*, se conecta con *relación educación y Estado*. El último vincula las patologías *diarrea y vomito, enfermedad respiratoria y otras enfermedades*.

Para los profesionales rurales el análisis de similitud confirma lo presentado por el prototípico con relación a la centralidad de la categoría *alimentación*, mientras que la primera periferia se encuentra conformada por elementos que se ubicaron en el primer, segundo y tercer cuadrante, como son *hábitos e higiene, maltrato y violencia, condiciones socioeconómicas, diarrea y vomito, enfermedades respiratorias, abandono, familia, consecuencia, emoción negativa*. La segunda periferia muestra mayor número de

elementos como *dolor, perdida de equilibrio, relación educación, Estado, otras enfermedades, atención servicios de salud y descuido.*

Figura 4-7. RS Enfermedad en profesionales sector rural

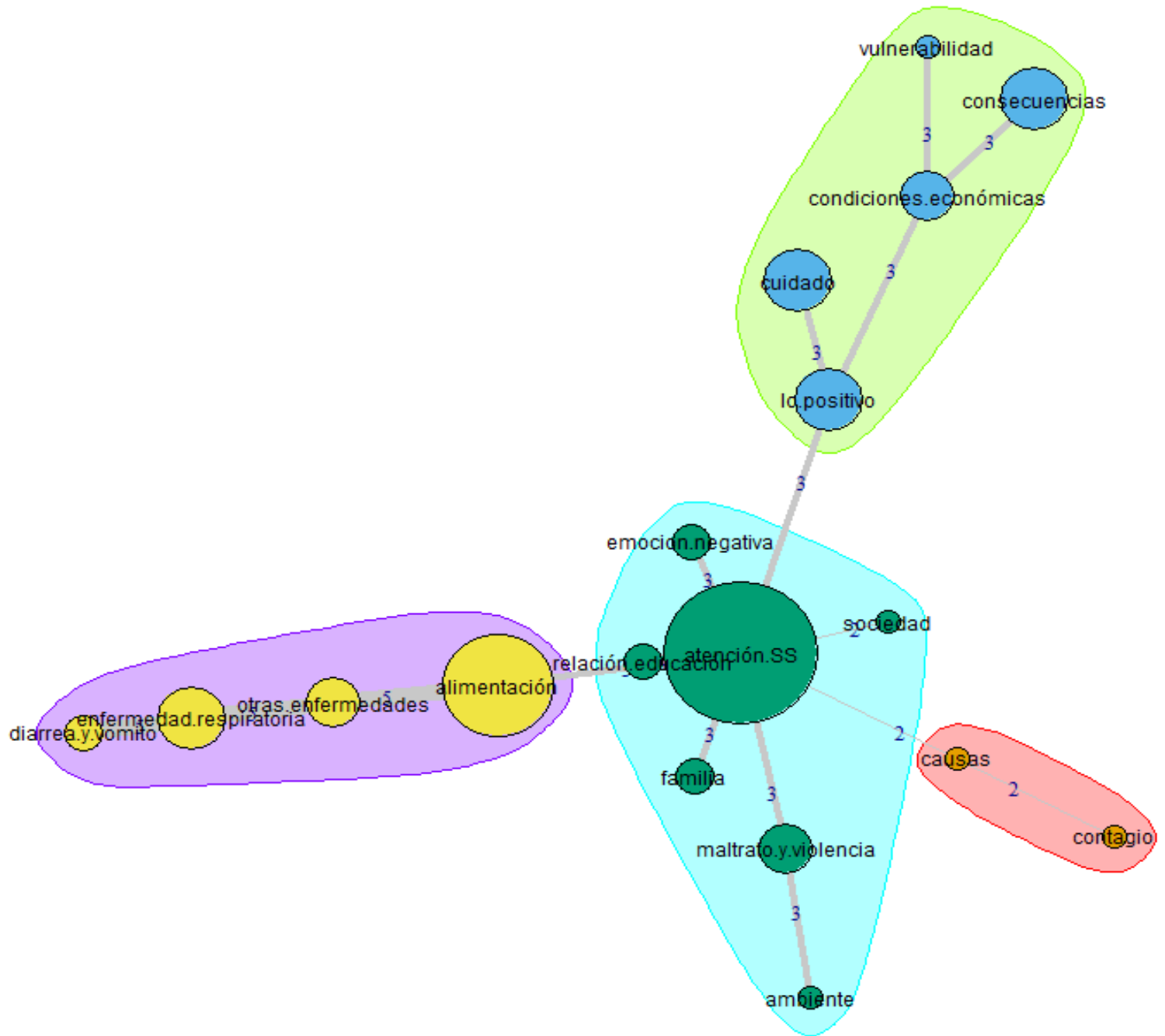


Fuente: Elaboración propia.

Por otra parte, el grafo del grupo de profesionales urbanos, figura 4-8, muestra que es la *atención en servicios de salud* lo predominante, sugiriendo que se trata del núcleo de esta representación, y confirmando una vez más el análisis prototípico previamente descrito. A su vez muestra cuatro agregados, uno partiendo de la categoría *alimentación* que involucra las patologías propiamente dichas, otro de la categoría *causas* en las que *contagio* es cercana, un tercero parte de *lo positivo* en relación con diferentes factores que intervienen

en la presencia de las enfermedades y el ultimo conformado por los elementos en directa relación con el núcleo como son *emoción negativa*, *relación educación*, *familia*, *maltrato y violencia* y *sociedad*.

Figura 4-8. RS de la Enfermedad en profesionales de sector Urbano



Fuente: Elaboración propia.

A diferencia de lo que ocurre en los niños estudiados, la estructura de la representación de enfermedad tanto en profesionales urbanos como rurales difiere, teniendo la primera su centro en *atención en servicios de salud* y la segunda en *alimentación*, así como los elementos que la componen, hay consenso en cada grupo mas no entre los grupos estudiados. Se extraña en las dos la ausencia de la categoría *dolor*, tan presente en el contenido de los niños. Como se puede observar en la tabla 4-18.

Tabla 4-18. Comparación estructura RS enfermedad profesionales rurales - urbanos

Profesionales	Rurales	Urbanos
Núcleo	Alimentación	Atención servicios de salud
Primera periferia	Hábitos e higiene Maltrato y violencia Condiciones socioeconómicas Diarrea y vomito Enfermedades respiratorias Abandono Familia Consecuencia Emoción negativa	Alimentación Otras enfermedades Lo positivo Condiciones socioeconómicas Maltrato y violencia Enfermedad respiratoria
Segunda periferia	Dolor Pérdida de equilibrio Relación educación Estado Otras enfermedades Atención servicios de salud Descuido.	Cuidado Consecuencias Vulnerabilidad Causas Contagio Diarrea y vomito Emoción negativa Relación educación Familia Sociedad Ambiente

Fuente: elaboración propia

4.2.3 Dibujos salud y enfermedad

Similar a lo descrito para el trabajo con los niños, a cada profesional que aceptó continuar con la aplicación de instrumentos, se le solicitó dibujar a una persona sana en una hoja y una persona enferma en otra diferente. Se obtuvieron 22 dibujos de profesionales rurales tanto de persona enferma como sana y 15 parejas de dibujos del equipo de atención en salud de sector urbano. Se realizó análisis similar al descrito en los dibujos de los niños tanto del propio dibujo en relación permanente con su descripción. Se describe en la tabla 4-19 el correspondiente a personas sanas y en la tabla 4-20 el de personas enfermas.

Tabla 4-19. Comparación de características de los dibujos del equipo de atención en salud de personas sanas

DIBUJOS PERSONAS SANAS	Sector Urbano	Sector Rural
Color	9/15 no utilizan color 6/15 si lo hacen	10/22 no utiliza color 12/22 con color
Ubicación	7/15 exterior 1/15 en el interior de la casa 7/15 no es clara	10/22 exterior 12/22 no es clara
Número de personas dibujadas	11/15 una persona 1/15 dos personas 3/15 tres a cinco personas	17/22 una persona 1/22 dos personas 2/22 tres personas 2/22 cuatro personas
A quien dibujan	15/15 no referencia específica	1/22 le coloca nombre, no conocido 2/22 dibujan familias 6/22 refieren que es un niño o niña 14/22 no referencia específica
Elementos adicionales en el lugar	6/15 no dibujan 7/15 árboles, nubes, montañas, sol, animales 1/15 edificios 1/15 puerta	9/22 no dibujan 1/22 una imagen de juego de golosa 1/22 un metro 3/22 imagen de hospital, dos acompañados de la escuela 5/22 Presencia de árboles, nubes, sol o montañas
Texto adicional	4/15 escriben texto adicional para reafirmar el dibujo	3/22 escriben texto adicional, reafirmando los dibujos y el relato
Postura de las personas	12/15 de pie	22/22 postura de pie
Postura de brazos	8/15 los dibujan abiertos 1/15 abrigando al hijo y esposa 3/15 no dibujan brazos 2/15 hacia adelante 1/15 hacia atrás	14/22 abiertos 1/22 hacia abajo 7/22 indiferente
Otras características de las personas	6/15 nada adicional 7/15 vestido de colores y diferencia con relación a los dibujos de persona enferma 1/15 gordita 1/15 en movimiento	6/22 nada adicional 10/22 Bien peinado y Vestidos de colores 2/22 sugieren movimiento 2/22 dibujan un corazón en el vestido relatando el estado anímico 1/22 piensa en la familia 1/22 actúa como médico
Elementos adicionales en contacto con las personas	9/15 ninguno 1/15 balón 1/15 carpeta de salud 2/15 mascota 1/15 amantando 1/15 raqueta	14/22 ninguno 1/22 balón 2/22 lazo 1/22 juego de golosa 1/22 fonendoscopio 1/22 maleta y lonchera 1/22 notas musicales 1/22 metro
Cara de las personas	15/15 sonrientes. 8/15 ojos abiertos	21/22 sonrientes 1/22 no dibuja expresión de la cara
Referencia a la acción	8/15 hacen referencia a la acción Amamantar Caminar (3) Jugar (4)	14/22 hacen referencia a la acción Bailar Caminar (3) Jugar (5) Cantar Actividad física Saltar lazo (2) Pasear

Fuente: elaboración propia

Con relación a los dibujos de profesionales urbanos se observa predominio por dibujar sin color, sin diferencia en el exterior o en interior de espacios cerrados, no hay referencia a quien dibujan, aunque siete de quince identifican una persona sana con forma de niño, de estos solo tres son niñas. Todas las representaciones graficas de estas personas las identifica como sujetos independientes de un contexto. Como si la salud puede ser una condición intrasubjetiva independiente de lo que pasa con el ambiente circundante.

Las personas sanas en este grupo se caracterizan por estar de pie, con una cara feliz y sonriente, que los mismos entrevistados integran la idea de felicidad. Seis de quince identifican la salud como un bien socio relacional y ambiental, incluso en estos dibujos no obstante el actor principal son niñas-mujeres intrafamiliar, relación “familia”, “madre”, “hijos”, “madre-hijo”, “madre-padre-bebe”, “hermanos”, resaltando el valor fuerte en los entornos de salud de una familia sana. Así mismo hay dos dibujos que van más allá de la relación familiar, incluyendo en esta relación los que son miembros de la familia contemporánea “los animales de compañía”, dibujando a perro y gato (PU20, PU24).

Particularmente interesante aparece el diseño del PU22, la cual mira la salud como el entero sistema psicorelacional en una visión totalmente integrado y socio dinámico del proceso salud, líder social que trabaja salud.

En los dibujos de los profesionales rurales se observa similitud en el uso de color o no color, así como en la ubicación en el exterior, y el predominio del dibujo de una sola persona, sin hacer referencia a quien se dibujó en la hoja. La postura de las personas es predominantemente de pie con los brazos abiertos, solo dos de ellos sugieren movimiento y uno con imagen de pensamiento en la familia.

Así como en el otro grupo, los profesionales rurales consideran que en sus dibujos se manifiesta la salud por medio de la expresión facial, mostrando sonrientes o felices. Y con relación a la acción 14/22 la manifiestan verbalmente, en su mayoría en relación con el juego.

En el grupo de profesionales del sector urbano, los dibujos muestran que en la idea de enfermedad se desaparece el sujeto socio relacional, en cambio se muestra la relación de la enfermedad de la pobreza, es importante subrayar la matriz social (socioeconómica) de la enfermedad que estas personas son estrictamente dependientes de la pobreza en la cual viven.

Tabla 4-20. Comparación de características de los dibujos del equipo de atención en salud de personas enfermas

DIBUJOS PERSONAS ENFERMAS	Sector Urbano	Sector Rural
Color	9/15 no utilizan color 6/15 si lo hacen	13/22 no utiliza color 8/22 con color
Ubicación	3/15 en el hospital 3/15 exterior 1/15 en el interior de la casa 5/15 no es clara	2/22 en un hospital 20/22 no es clara
Número de personas dibujadas	12/15 una persona 1/15 dos personas 1/15 tres personas	18/22 una persona 1/22 dos personas 1/22 tres personas 1/22 seis personas 1/22 no dibuja persona, sino gérmenes
A quien dibujan	15/15 no referencia específica	22/22 no hace referencia específica
Elementos adicionales en el lugar	6/15 no dibujan 4/15 sol, camino, rayos, nubes, pasto 3/15 cama, atril, medicamentos 1/15 casa	14/22 no dibujan 4/22 cama 2/22 silla 1/22 basura
Texto adicional	3/15 escriben texto adicional para reafirmar el dibujo	4/22 escriben texto adicional, reafirmando los dibujos y el relato
Postura de las personas	10/15 de pie 3/15 acostada 2/15 solo es el rostro	17/22 postura de pie 3/22 acostados 1/22 sentado
Postura de brazos	13/15 los dibujan abiertos 2/15 no dibujan brazos	13/22 abiertos 1/22 hacia abajo 7/22 indiferente 1/22 sosteniendo la cabeza
Otras características de las personas	4/15 nada adicional 5/15 vestido no colorido, sin detalles 1/15 delgadez 1/15 con medicamentos 1/15 con piojos en la piel 2/15 despeinados	14/22 nada adicional 1/22 ausencia de un pie y sobrepeso 2/22 exantema en piel 1/22 signos de desnutrición 4/22 vestido con remiendos o sucios
Elementos adicionales en contacto con las personas	8/15 ninguno 1/15 equipo medico 1/15 raqueta 2/15 medicamentos 1/15 tapabocas	16/22 ninguno 1/22 cobija 2/22 termómetro 1/22 mesa con escasa comida 1/22 medicamento endovenoso
Cara de las personas	15/15 tristeza. 2/15 con ojeras 5/15 llorando 2/15 signos de delgadez	21/22 expresión de tristeza 2/22 con ojeras
Referencia a la acción	0/15 hacen referencia a la acción	1/22 hacen referencia a la acción Refiere que está jugando enfermo

Fuente: elaboración propia

En su mayoría reafirman la enfermedad en una sola persona, sea niño o niña, las expresiones son de tristeza y es interesante que siete de quince objetivan la representación social de la enfermedad sirviéndose de manifestación cutánea visible en la cara de los dibujos, como ojeras o exantema. Así mismo se observan representaciones graficas en las cuales los niños están llorando como testimonio de la presencia de tristeza, como son lágrimas y ojos rojos.

Así mismo se identifica la enfermedad con servicios de salud hospitalarios tanto en el grupo de profesionales rurales como urbanos. En el grupo de profesionales rurales se observan similares características a las ya relatadas, con ausencia de color, los profesionales la manifiestan como tristeza, igualmente la ausencia de elementos en el dibujo (PR9), relacionando entorno físico y la importancia de hallar elementos de este con la salud.

4.2.4 Entrevista Salud

Se realizó posterior a la elaboración de los dibujos, las preguntas fueron similares a las planteadas a los niños, así como la prueba previa a la aplicación al grupo de estudio. No todos los profesionales que realizaron el instrumento de evocación jerarquizada y el dibujo accedieron a la entrevista, la razón más frecuente para ello fue la escasa disponibilidad de tiempo con el que ellos contaban. Bajo el mismo análisis de contenido descrito para el grupo anterior, se definieron 15 categorías, como lo muestra la tabla 4-21.

Se observan las mismas categorías que en el grupo de niños, y tres adicionales que son propias para los profesionales. Se puede observar que, en el consenso del grupo de profesionales rurales y profesionales urbanos, frecuentemente se hace referencia a *Salud como bienestar*, en íntima relación con el concepto de la OMS (1946). En el grupo de profesionales rurales le siguen *antagonista de enfermedad*, *salud con referencia a la alegría y felicidad* y *salud como resultado*.

Las categorías más frecuentes en los profesionales de sector urbano, posterior a la de *salud como bienestar*, son en su orden *hogar y familia*, *salud con referencia a alegría y felicidad* y *salud como resultado*, estas últimas similares a las del grupo rural. Sin embargo, para este último grupo no existe alguna cita relacionada con la categoría *referencia a la higiene*. Con relación a los otros instrumentos aplicados, se observa la comparación en la tabla 4-22 para el sector rural y la tabla 4-23 para el sector urbano.

Tabla 4-21. Categorías emergentes de entrevista realizada a profesionales con relación a la salud

CATEGORIAS SALUD	Definición	RURALES (19)	URBANOS (12)
Salud como bienestar	La salud es la integridad biopsicosocial, se relaciona con los términos armonía, equilibrio, verse bien.	18	11
Salud como desarrollo	Considerar la salud como la potencialidad del desarrollo individual o el desarrollo del país	5	3
Salud como realizar plenamente sus roles	tener la posibilidad de realizar lo esperado como niño o niña, incluyendo actividades escolares, participación, hacer muchas cosas, dormir, pintar, imaginar.	9	7
Salud como jugar	El juego es una de las actividades inherentes a la infancia, en palabras de Tonucci, es la actividad de la infancia. Esta categoría recoge la relación que plantean los niños entre la salud y el juego, es la manifestación, pero también es la condición, si se está sano se puede jugar.	8	5
Movimiento	Respuestas que vinculan la actividad física como manifestación de salud	11	1
Antagonista de enfermedad	Ausencia de enfermedad, síntomas o muerte, así mismo la referencia de algunos entrevistados al silencio de los órganos	15	8
Referencia a la alegría y felicidad	Se refiere a la definición de salud como sentimiento positivo, respuestas como felicidad, alegría, divertirse, disfrutar.	13	9
Salud como resultado	La salud es el producto de la interacción entre diferentes factores	13	9
Trascendencia	Hace referencia a considerar la salud como más allá de lo tangible por medio de los órganos de los sentidos, definida con libertad, confianza, transformación.	5	2
Salud como cumplimiento de derechos	Se comprende salud como el derecho fundamental en sí mismo.	6	3
Alimentación	Relación con el alimento y el acto de comer	7	4
Salud como atención en los servicios de salud	Se relaciona con la asistencia y la atención en diferentes momentos y espacios ofrecidos por los servicios de salud.	12	7
Cuidado autocuidado	La referencia que hacen con relación al cuidarse por sí mismo, o por el otro, cuyo beneficio se traduce en salud.	8	5
Hogar y familia	Cuando los entrevistados hacen referencia a los integrantes de la familia o a su pertenencia, igualmente la relación con los amigos o la casa para referirse a la salud.	12	10
Referencia a la higiene	Los entrevistados consideran que la higiene, limpieza o aseo son prácticas relacionadas con la salud.	8	0

Fuente: elaboración propia

Tabla 4-22. Relación entre análisis evocación jerarquizada, dibujos y entrevista, equipo de atención en salud sector rural

CATEGORIAS SALUD PROFESIONALES RURALES	Posición en la estructura: análisis prototipicalidad y similitud	Evocación jerarquizada: cuadrante del análisis de prototipicalidad	Dibujo presencia	Frecuencia de la categoría en la Entrevista
Salud como bienestar	Núcleo	I	Si	18
Antagonista de enfermedad	No se encuentra	No existe	Si	15
Salud como la referencia a la alegría y felicidad	Primera periferia	II	Si	13
Salud como atención en los servicios de salud	Primera periferia	I	Si	12
Hogar y familia	Primera periferia	I	Si	12
Movimiento	Primera periferia	II	Si	11
Salud como resultado	No se encuentra	No se encuentra	Si	10
Salud como realizar plenamente sus roles	Núcleo	II	Si	9
Salud como educación	Núcleo	II	Si	8
Salud como jugar	Primera periferia	II	Si	8
Cuidado autocuidado	No se encuentra	No se encuentra	No	8
Referencia a la higiene	Segunda periferia	IV	No	8
Alimentación	Núcleo	I	Si	7
Salud como cumplimiento de derechos	Segunda periferia	III (prioridad)	No	6
Salud como desarrollo	No se encuentra	IV	No	5
Trascendencia	Primera periferia	IV	No	5

Fuente: elaboración propia

Se observa que hay coherencia entre los instrumentos aplicados en este grupo de profesionales rurales, cuya mayor coincidencia se encuentra en la categoría de *salud como bienestar*. Y para sector urbano se observa que igual hay coincidencia en las categorías observadas en cada uno de los instrumentos, para ambos grupos la entrevista y el dibujo aportan en el contenido de la representación, cuya estructura fue sugerida en párrafos previos.

Tabla 4-23. Relación entre análisis evocación jerarquizada, dibujos y entrevista, equipo de atención en salud sector urbano

CATEGORIAS SALUD PROFESIONALES URBANOS	Posición en la estructura: análisis prototipicalidad y similitud	Evocación jerarquizada: cuadrante del análisis de prototipicalidad	Dibujo presencia	Frecuencia de la categoría en la Entrevista
Salud como bienestar	Primera periferia	I	Si	11
Hogar y familia	Segunda periferia	I	Si	10
Salud como la referencia a la alegría y felicidad	Primera periferia	I	Si	9
Salud como resultado	No se encuentra	No se encuentra	Si	6
Antagonista de enfermedad	No se encuentra	No se encuentra	No	8
Salud como realizar plenamente sus roles	Primera periferia	II	Si	7
Salud como atención en los servicios de salud	Núcleo	II	Si	7
Salud como educación	Primera periferia	II	Si	5
Salud como jugar	No se encuentra	IV	Si	5
Cuidado autocuidado	Primera periferia	II	No	5
Alimentación	Primera periferia	I	Si	4
Salud como desarrollo	No se encuentra	IV	No	3
Salud como cumplimiento de derechos	Primera periferia	I	Si	3
Trascendencia	No se encuentra	III	No	2
Movimiento	No se encuentra	IV	Si	1
Referencia a la higiene	No se encuentra	No se encuentra	no	0

Fuente: elaboración propia

- Salud como educación:

El equipo de atención en salud de los municipios ubican en el centro la categoría *educación*, el contenido de dicha categoría se observa en relación con pautas de crianza dirigida a los padres, como la que reciban los niños en hábitos saludables. La primera se observa en esta cita “todo se maneja por el ejemplo, va desde casa, porque si de pronto acá donde trabajamos brindamos la educación que el niño debe tener, que no debe maltratarlo, que debe darle una buena alimentación, pero si de pronto, los papas no lo hacen no estamos haciendo nada. Es como educar también a los papas, haciendo eso” (PR7), la segunda en esta “y el otro que va de la mano es la educación, un niño que desde

pequeñito sepa que la necesidad del aseo en las manitas, el consumo de agua hervida, eso, que el ser humano como pueda entrar la enfermedad a mi cuerpo eso hace parte de la educación” (PR22), para lo cual consideran que la educación debe ser desde temprana edad “con la educación, hábitos y desde chiquiticos, si uno educa a los niños a ser cuidadosos con las cosas ellos van criándose bajo ese concepto de cuidarse” (PR23).

Así mismo los profesionales consideran ambos casos que estas actividades son parte de las que se deben realizar en los servicios de salud “Y esas cuestiones si se puede prevenir, con una adecuada educación y eso es lo que yo trato de hacer acá en la consulta, ¿brindar la información y orientar (...) Y cuánto quita? 5 minuticos al explicarles, adicionales a la consulta, pero no importa que salga un poquito tarde, sé que se hace algo muy bueno y repercute directamente a la salud de nuestra población, no solo a la infantil, sino a la población en general” (PR12), “Al paciente tienes que educar y educar al acompañante, porque no viene solo, son los dos, a los dos tiene que decir que enfermedad tiene, que lo trata, por que lo trata” (PR32).

Otro de los temas a los que hacen referencia son las enfermedades prevalentes de los niños “Siempre son con la educación, enseñándole, todo lo que... digamos, yo hablo de diarrea, de IRA, que debo hacer para que no le vuelva a dar diarrea, lavarle las manos, no vayan a coger tierra, es como la educación para ellos” (PR7)

Para los profesionales de la zona urbana, esta categoría hace parte de la primera periferia, cuyo contenido se comparte con lo ya mencionado sobre la educación en pautas de crianza “En número uno, con buenas pautas de crianza, educando, tanto en la parte nutricional, con la educación el acompañamiento” (PU2), enfermedades “la educación en el consultorio, hablarles a los papas muchísimo, e informarles, de las epidemias, de las enfermedades. Para que ellos también tengan conocimiento, porque no es solamente venir acá y decirle uno que es” (PU26).

Así mismo, la relación a la educación se hace desde la reflexión sobre los mismos entrevistados del equipo de atención en salud “en esas cosas nos falta mucha educación, entonces es eso, ese enfoque o esa educación que estamos, que supuestamente es la puericultura que son cosas que les van a pasar a los niños, que van a entrar en contacto con los virus, que les va a dar una gripa, que les va a dar una diarrea de pronto, no se les explica que de pronto va a pasar esto” (PU19) y también lo que hace falta desde los

cuidadores “Entonces la comunidad no conoce, la comunidad desconoce, la comunidad desafortunadamente se deja guiar por la experiencia, el consejo de la abuela, o el consejo de la tía o simplemente no hacen nada, porque también ver la negligencia, oiga se le está enfermado, y.. pues déjelo, entonces que paso ahí. No hacen nada. Entonces desafortunadamente el tema de salud en la comunidad debería ser el mismo, sería el ideal, pero lamentablemente no se trabaja de la misma manera” (PU22).

Como se puede observar, esta categoría no se encuentra en el grupo de niños estudiados, quienes hacen referencia a la educación desde la cotidianidad de “ir al colegio”, mas no como la necesidad de adquirir conocimientos específicos sobre este campo disciplinar.

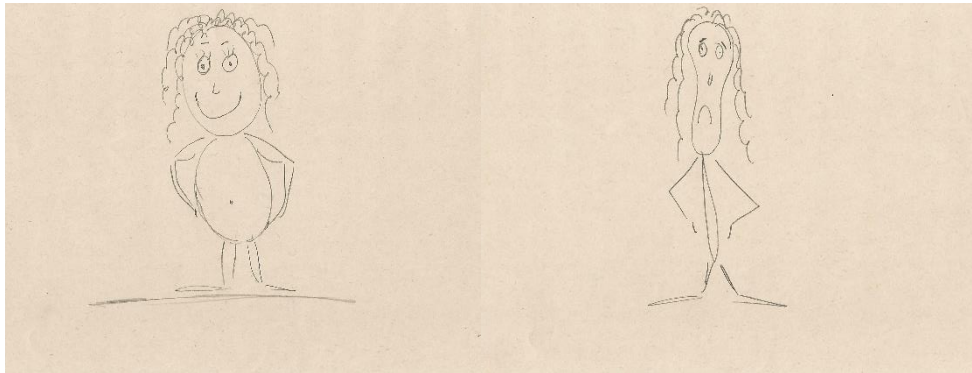
- Salud y su relación con la alimentación:

Los profesionales de la zona rural incluyen la alimentación entre los elementos centrales de la RS, sin embargo, solo siete de los profesionales del sector rural entrevistados hacen alusión a la alimentación referenciándola como uno de los factores para la prevención de la enfermedad, “Las enfermedades de los niños se pueden evitar en un 100%, con control, con un control adecuado, con una alimentación adecuada” (PR24), o como factor protector “Para mi empieza todo desde hacer una buena familia, un buen techo y una buena alimentación, si está en una buena vivienda, si está en un buen lugar de ahí dependen muchas cosas” (PR21). Relación objetivada en los dibujos, como se observa en el dibujo4-18.



Dibujo 4-18. "Con buena alimentación, en un paisaje que está bien, pues todo le parece bonito, todo le parece agradable, todos tienen salud" PR25.

Por otra parte, solo cuatro profesionales del sector urbano hacen referencia en las entrevistas al tema. En este grupo relacionan la *alimentación saludable* prescrita como estrategia para evitar las enfermedades, sea en el exceso como se describe en la siguiente cita “educando tanto en la parte nutricional, como en la educación y acompañamiento, el vigilar que el niño coma a sus horas, coma los alimentos que son, el estar pendiente que no se acueste a las 12 de la noche, se debilite al otro día, que no coma tantos dulces, que empiezan las diabetes, que usted está muy come y come galguerías y se engorda, que el niño sano todavía en Colombia es cultural que el niño sano es el gordito de 5 a 6 años, porque no lo engordamos es porque el niño está enfermo. Mas que todo fortalecer esas pautas desde ahí desde chiquitines para que nos evitáramos toda esa clase de enfermedades que se puedan evitar, es que casi todas son evitables” (PU2), o por defecto, “Pero ya se ven mujeres de 16 años muertas de hambre, entonces ese núcleo familiar y los niños resultan siendo los más afectados por su estado de vulnerabilidad principalmente física” (PU1). Rasgos que se muestran en el dibujo 4-19.



Dibujo 4-19. " Persona sana: difícilmente se puede tipificar" y " Persona enferma: desnutrida, triste, cadavérica, etc., sin bracitos, sin piernitas, sin barriga" PU18

La “alimentación saludable” también se refleja como parte de las características físicas de los niños, pudiendo identificar si se encuentran sanos o enfermos “Cuando se ven niños activos, cuando se ven niños que comen bien” (PR1), “Lo segundo por como uno ve los niños en su comunidad, entonces si yo veo que los niños están bien alimentaditos, que tienen sonrisa todo el tiempo en su cara, para mí son niños sanos. y que aparte de eso uno ve que se relacionan con los otros niños, comparten y juegan entonces son niños sanos” (PU23) o “Entonces para mí una persona enferma es más flaca y pálida, pero es vegetariana y tiene mejor forma de vivir y alimentarse mejor, lleva mejor su tranquilidad y sus hábitos. Y el sano gordito es el alentado porque está rojito, cachetoncito y más

alentado, o, por el contrario, el que come muchisisisimo que es el de buen comer, es la persona no se enferma es por eso. Y el que no come sino lo normal, también” (PU2). Sin embargo, solo un profesional de zona rural y uno de la zona urbana hacen evidente la lactancia materna como práctica de alimentación vinculada al desarrollo, “Desde el hogar, con hábitos higiénicos adecuados, la lactancia materna, desde su nacimiento, la estimulación, es importante también el tema de la estimulación, la importancia del asistir a los controles de crecimiento y desarrollo” (PR3).

Referencias que difieren de las planteadas por los niños, quienes son más precisos en los alimentos, pero también en lo que rodea a alimentarse, como parte de la cotidianidad; los profesionales la consideran como un factor, sea este protector o de riesgo, y en relación muy cercana con la enfermedad.

- Salud como bienestar:

La categoría Bienestar es la más frecuente en las entrevistas, se ubica en el núcleo de la estructura de RS de los profesionales rurales y en la primera periferia de los urbanos. Se analiza desde tres subcategorías, salud relacionada con verse bien, salud como armonía – equilibrio y estar bien.

La apariencia física es importante para cada uno de los profesionales tanto rurales como urbanos como manifestación de salud, “Está sano cuando vemos que el niño esta alegre, que tiene buenos colores, que tiene un cuerpo un estado físico que se ve saludable, un niño que siempre juega, que siempre está activo, que siempre habla, que siempre corre” (PR8), “Pues yo creo que cuando uno se siente saludable, feliz, también busca no solamente la gesticulación, sino también su apariencia se vea, así sea muy sencilla, verse bonita, colorida, radiante, alegre, espontanea, vivaz. Si. Pues a mí como me gustan los collares, igual la falda de color naranja, pues está feliz” (PR19).

Verse bien implica tanto la expresión facial, el contexto corporal, la actividad y el color. Lo relacionan también con parte de su actividad profesional, “Yo pienso como te digo, al ver un niño tú te das cuenta, yo como médico me doy cuenta en el cabello, en el color de la piel y digo ese niño esta bonito, está sano, está bien alimentado, mientras que si tú ves otra persona con el cabello así amarillo, así como todo chusco y dices si, parece que estuviera desnutrido entonces tú dices, si algo le pasa” (PR21), de nuevo en relación con la identificación de la enfermedad.



Dibujo 4-20. "Pues físicamente se ve una persona sonriente, una persona que no está pálida, sino sonrojada por eso la dibuje así, está rojito, rosadito, esta sonriente, esta acá viendo el sol" PR3

Estar bien es una subcategoría in vivo, la relatan como el contexto ideal de vida de los niños, "A bienestar personal, de él, de sentirse bien, alegre, en equilibrio con lo que queda a su alrededor, en su casa con su familia, sus amigos, con el entorno" (PR32), "en general para la comunidad salud es estar bien, y no solo estar bien físicamente, es estar bien socialmente, es estar bien con los demás, es estar bien con Dios, es estar bien con la naturaleza" (PU23). Incluso recuerdan la clásica definición de la OMS "es un grado de bienestar físico, emocional y social que puede llegar a alcanzar una persona o se considera normal dentro de un rango dependiendo de la situación histórica o de la situación social de la que estemos hablando" (PU1).

En el grafo de salud de profesionales rurales el *bienestar* se relaciona con el juego, la alegría, que también se encuentra en los relatos "Juegan, comparten con otros niños, inventan cosas, como con los juguetes, crean un ambiente de niños, de jugar, de estar bien" (PR1), con la protección y como prioridad "En el momento que uno vea que tenga... digamos desde la familia, que sean bien tratados, que sean bien nutridos, que tengan un bienestar emocional, a nivel social" (PR7).

La cercanía en el grafo de los profesionales urbanos es similar a la previa, con alegría felicidad, familia y responsabilidad "para mi salud es el contexto de todo, es el bienestar, entonces para mi salud está representado en alegría, en como que todo puede estar

funcionando correctamente a pesar de, a pesar de que las familias no tengan suficiente dinero, a pesar de no tener el super regalo, pero creo que un niño se conecta con una cosa muy mínima si tú se lo sabes ofrecer” (PU22). Elementos que sugieren interdependencia.

La tercera subcategoría es *armonía-equilibrio*, en la cual los profesionales muestran a la salud como un resultado dependiente de factores, “Sabemos que están sanos cuando hablamos de esta armonía, donde vive en buen ambiente social, tiene servicios básicos, donde la naturaleza tiene tantos cambios climáticos” (PR27), definiéndola también en términos asociados como integridad, eslabón, todo, “Pues salud para mí es un estado integral, un estado en el cual la persona no solo hablando en la parte física, una persona pueda ser feliz, un buen pensamiento, una mente sana en un cuerpo sano, y como lo dice la OMS, no solo el completo estado bienestar físico, sino también mental, emocional, ahora le metieron también la parte espiritual, religiosa, pero yo creo pues que es ese completo estado biopsicosocial estable” (PR33), “un equilibrio de vida” (PR23).

La armonía-equilibrio, incluso trasciende el ser humano a las esferas familiares, sociales y universales, como se muestra en el siguiente relato “La salud es un proceso mediante el cual se integra lo particular con lo general y lo general con lo particular. El todo y la parte. Nosotros formamos parte del universo y como tal, formamos parte de ese universo y la condición donde estemos va a depender si uno tiene un estado de satisfacción de armonía y funciona todo el resto del organismo, posesionado en donde esta. ¿Sí? Bien sea en una sociedad, bien sea en la casa o bien sea en uno mismo” (PU21).

En general los profesionales en el discurso consideran el bienestar físico como un derrotero para definir salud, en permanente relación con el bienestar emocional, social, espiritual. Llama la atención la referencia a lo conocido desde la teoría y la sorpresa ante la pregunta en respuestas como esta “Es un grado de satisfacción, eso sí es subjetivo, pero es un grado de satisfacción con lo que se hace, se puede definir así. Pero digamos que mi definición de salud desde que salí de la universidad no la he repasado, así que me cogió fuera de base” (PU1).

- Salud como atención en servicios de salud:

Se trata de una categoría única para el equipo de atención en salud, tanto en sector rural como urbano hacen referencia a la asistencia y atención en diferentes momentos y

espacios en los que se ofrece y se labora al interior de los servicios de salud. Es así como los profesionales rurales consideran que es importante la asistencia periódica a actividades definidas, como son las consultas que denominan como de promoción y prevención. O brigadas de atención “hay que realizar campañas en las cuales se les brinden a esos niños lo que ellos no tienen” (PR21)

En las cuales ven como relevante tanto el compromiso de las familias como de los profesionales que realizan dichas actividades, “la palabra posible, esta, la idea de los programas, se los inventaron los programas de PyP¹³ para disminuir, pero para erradicarlo 100% es difícil. Donde se llevan bien los programas se trata de disminuir la morbilidad, yo digo que si funcionan, pero hay muchos organismos donde no les ponen mucha atención a eso” (PR26), la frecuencia de asistencia que inicia desde niños y se mantendría en la vida adulta y como oportunidades de intervención educativa, “y la parte de promoción y prevención es muy importante, y más en los niños, estar así pequeños y que tienen que asistir al odontólogo, ir al médico por lo menos una vez al año, se tienen que lavar las manos, cepillar los dientes” (PR23).

Aunque también plantean la crítica a los programas “Yo digo que el gobierno debe invertir más en promoción y prevención, pero no en el ente de salud, sino externo, en el trabajo de campo, en volver a las promotoras que iban a las veredas y le enseñaban a una mamá a curar una fiebre, hábitos de higiene, en las escuelas rurales, yo digo que es más trabajo de campo. Si porque se está haciendo mucho por controlar las enfermedades, ¿pero si no se previenen? La idea es prevenirlas” (PR31), su oportunidad “Y si no tenemos tan claro nosotros los profesionales de salud, mucho menos la comunidad, mucho menos porque tú sabes que las campañas de promoción y prevención las sacan cuando esta se disparó la tasa de dengue en tal lado, en seguida la secretaria de salud empieza a decir, ya para que si le dio a todo el mundo dengue o zika o chicunguña. Ese es el punto, las medidas preventivas siempre se enfocan cuando ya está disparada toda la enfermedad, ¿ya para qué?” (PR27).

Para los profesionales urbanos el acceso a servicios de salud es una prioridad, para lo cual se solicitan expresamente tener soluciones concretas ante las dificultades, igualmente la

¹³ PyP referida en esta entrevista se define como Promoción y Prevención.

necesidad de profesionales idóneos. “Si, el principal, digamos responsable, es el factor tiempo, pues si hay muy buenos profesionales, pero uno se queda corto con todo lo que debe hacerle a los niños, si se rige al tiempo que dan uno se queda corto realmente” (PU3), “Habría que establecer tiempos distintos para las atenciones, eh, 20 minutos es muy poquito tiempo para la atención, la calidad de los profesionales es pésima y son grandes pediatras, son grandes médicos, son grandes especialistas, pero de calidad humana no tienen nada” (PU19).

- Salud como alegría y felicidad:

El equipo de atención en salud identifica a los niños sanos como quienes se divierten, juegan y ríen, en los dos grupos se da importancia a la emoción positiva, definida como felicidad, alegría, que se manifiesta en la sonrisa, la actividad permanente, la curiosidad, “Cuando vemos que el niño está alegre, que tiene buenos colores, que tiene un cuerpo un estado físico que se ve saludable, un niño que siempre juega, que siempre está activo, que siempre habla, que siempre corre.” (PR8), “Pues que esté contento en la consulta, por ejemplo, que el niño esté contento, que haya una buena relación entre mamá y papá, con los niños y ellos dos también.”

- Salud como actividad física o movimiento

Son los profesionales del sector rural quienes relacionan en las entrevistas la salud con el movimiento y la actividad física. Incluso hasta apelativos como hiperactivo “es activo, es hiperactivo, es ... juega, corre, brinca, bueno está a todo momento activo” (PR8). Resaltando la diferencia entre adultos y niños “Si porque ellos son demasiado inquietos, son ... como inquietos. Es muy diferente, son roles muy diferentes, uno si puede verse contento, pero tiene muchas cosas, la forma de ver de ellos es muy diferente, pues ellos lo ven más fácil, no ven nada complicado, en cambio nosotros con el paso de los días vemos las cosas muy diferentes” (PR13).

- Salud como juego

Solo cinco de los profesionales urbanos y ocho de los profesionales rurales entrevistados relacionan en sus relatos el juego y la salud, como manifestación, “corren, juegan, hablan mucho, colorean de una forma diferente, porque aquí les pasamos sus colores sus revistas, se expresan de una manera diferente, son niños que no son tímidos son introvertidos, son

conversadores, responden con palabras adecuadas o espontáneos, no interesa, pero responden.” (PU2).

Aunque llama la atención que no es una respuesta tan contundente, siempre se acompañará de otros descriptores de persona sana, “El juego, por ejemplo, cuando están contentos, cuando están en el colegio, cuando están con sus papas, estas son manifestaciones que se pueden ver si hay buen trato y hay velación de derechos para ellos” (PR14)

- Hogar y familia:

Los profesionales se refieren a los padres, el hogar y la dinámica entre ellos con relación a la salud desde la responsabilidad que deben asumir los padres con los hijos, “para mi empieza todo desde hacer una buena familia, un buen techo y una buena alimentación, si está en una buena vivienda, si está en un buen lugar de ahí dependen muchas cosas” (PR21), su importancia es clara y de esta dinámica se derivan las prácticas posteriores. “es como todo como que arranca de casa, las conductas que tomes en casa se traducen en un bienestar de toda la vida. Entonces si la familia es el eje central de la sociedad y es donde se cultivan estos buenos hábitos como el lavado de manos antes de comer, alguna dieta en particular, de que no fumar, no consumo de alguna sustancia, eso se cultiva en la casa eso hace un buen ciudadano y eso hace una buena sociedad” (PR22).

Teniendo gran responsabilidad, si no toda, con relación a la adquisición de conductas saludables, hacen énfasis en el ejemplo entre generaciones “ellos actúan conforme ven actuar a sus padres, muchas veces no basta decirle al niño: papi ve a lavarte las manos después de ir al baño, sino que ellos ven ese ejemplo y actúan de esa forma. Ven que como uno actúa ellos van a actuar” (PR22), “en la salud bucal es difícil porque los papitos no están pendientes de ellos y ahí es donde yo digo, el abandono, el descuido porque los papas no se dan cuenta que tienen, y vienen porque no lo dejo dormir por el dolor de muela y ya está su niño enfermo porque tiene un dolor, o sea eso es, ya es... complicado de hacerles entender a los papitos la prevención, no un tratamiento” (PR25), “No todos, porque hay gente que es descuidada, hay unos les da igual que su hijo este enfermo o que este alentado o que por su trabajo no pueden estar pendientes de todo el día, o de sus hijos, sino que tiene que dejarlos en un jardín, que donde la vecina, la tía o la abuela, en fin. Se van el niño queda dormido y cuando llega esta dormido, no los conocen, los llega a

conocer más la vecina que está pendiente de él que la mamá. Entonces a veces ellas por su trabajo ellas descargan la responsabilidad de sus hijos en las demás personas” (PR8)

Considerando también como un problema la no priorización de los niños al interior de las familias, “para mí la salud de los niños está siendo afectada en Colombia especialmente es porque pues están con falta de atención, desatención total porque los padres se ocupan, porque a veces es más difícil la parte económica, el estar perdiendo tiempo, el ver el crecimiento de los hijos, el desarrollo, de no se conocen, se desconocen, cuando uno va a ver ya no” (PU2), incluyendo modificaciones de referentes al interior de las mismas “el problema es que fomentaron o no sé cómo llamarlo, eso que las mujeres se embaracen y no tienen ningún cuidado, no les interesa que de pronto tengo un hijo y ya más adelante no sigo con el papa o consigo otra persona entonces ya quedó embarazada de otro. Ya son varios hijos, ya de pronto no sabe con quién va a dejar los niños, porque muchas veces las mujeres muchas veces prefieren dejarlos solos y no en manos de otra persona que no va a ser el papa” (PR6). Por tanto, plantean como una necesidad el mirar al interior de la familia para pensar en el bienestar de los niños.

La relación y referencia hacia la enfermedad es transversal en los relatos de los dos grupos “También usted empodérese del manejo de su hijo, no salga como loca, porque también me parece que las mamás antes eran más tranquilas frente a las enfermedades con sus pócimas y con sus agüitas, si tiene dolor de barriga entonces tómese esta agüita de apio, ahí tranquilito y miremos a ver qué pasa. Pero ahorita no, llaman y no sé qué, es como haber perdido el poder y la autonomía de hacer ciertas cosas que no van a implicar riesgos, porque la mayoría de las enfermedades de los niños son así, transitorias, leves, ya lo grave, digamos es, son otros determinantes que esa enfermedad leve se convirtió en algo, o que comenzó leve y era la meningitis o bueno, lo que fuera, un cáncer” (PU19).

Adicional a lo ya mencionado, los profesionales urbanos hacen explícito el soporte familiar pero no solo desde sí mismas, también se refieren al papel del Estado como corresponsable, “Si pero ahí hay otro componente grande grande grande y tiene que ver con el Estado, con los ingresos que percibe una familia, si la familia tiene buenos ingresos pues los niños seguramente van a estar bien alimentaditos, aunque eso no lo es todo, porque se necesita también una familia que sea armónica, una familia disociada, porque si hay disociación entre los miembros de la familia entonces los niños también van a estar enfermos de otra manera” (PU23), “Pues obviamente como se dice la sociedad, el primer

ente es padre y madre, el segundo ente es el Estado cuando le provee su educación, su salud, su derecho al juego, a la libertad, a no ser abusado, a... digamos que todo lo que uno conoce dentro de los derechos humanos. Digamos que el primero es papa y mama, el más inmediato, digámoslo así, y el mismo niño cuando se le enseña su autocuidado, báñate, come, saluda, juega, monta bicicleta, cosas de ese estilo. Pero esa primera función es de uno como padre, independiente de. Es la familia lo más importante” (PU32).

- Salud como trascendencia

Esta categoría incluye subcategorías denominadas, *la importancia del amor, libertad*. Aunque no es tan frecuente en las entrevistas, si es significativa, en la cual los profesionales resaltan la importancia del afecto y el amor como parte del equilibrio “si un niño no se siente amado un niño no se siente que es importante en la casa, ahí va a empezar a ver cierta falencia y ese equilibrio se va a empezar a perder” (PR22), “aparte de lo que dije del estado de bienestar, pienso que es muy importante la parte psicoafectiva, para que un niño este bien saludablemente, no es solo su ... que no tenga ausencia de enfermedad, sino también su núcleo familiar, la parte más importante es que quien esté a cargo le brinde el amor, el cuidado, le brinde también digamos... ciertos principios, valores, le enseñen, porque eso hace parte del amor, enseñar las cosas correctas” (PR12).

Se trata de una categoría en íntima relación con la categoría de bienestar, y alegría-felicidad, “Igual, un niño que es amado, aunque este enfermito está bien. Digamos que para mí el centro es la familia, es el amor, la compañía, estar cerca, el sentirse apoyado, porque si el chico no... lo que te acabo de decir, puede ser que este sano, jugando brincando, pero si no es un niño feliz, no está bien, no está estable. Porque nosotros vemos los casos de los niños que se suicidan, eee, y están físicamente bien, pero tienen otra enfermedad en su corazón y en la cabeza que los conduce a eso, por más problemas que uno tenga, uno siempre tiene que evidenciar esa salud, esa parte del bienestar, ¿ves?” (PU32).

- Salud como derechos

Es una categoría exclusiva del equipo de atención en salud, tanto del grupo de la zona rural como urbana lo incluyen. Considerando la salud como un derecho “Que es un derecho que todos debemos tener y que debemos hacerlo con amor para que ellos estén bien”

(PR7), “primero todos tenemos derecho al bienestar, ahí sale eso, entonces frente a los derechos los tenemos discriminados para todos, derechos fundamentales, derecho a la vida, a la salud, a la educación a la recreación, derecho a todo, a la integralidad, a ser un ser humano en potencia. Y con la proyección de que vaya lo mejor posible, independiente de donde haya nacido. Eso para mi es derechos, bienestar, educación, así se correlaciona.” (PU19); en cuyo ejercicio se participa como corresponsables “Es una prioridad porque es una población vulnerable que no puede velar por sus propios derechos, por eso nosotros tenemos que velar por los derechos de ellos” (PR14).

Sin embargo, es un término que se determina la atención en salud, “Porque limita, en el otro lado por ejemplo yo puedo hacer todo por un niño desde diferentes niveles, articuladamente, aquí limita y pone cosas, si tiene derecho, si no tiene derecho, cuando uno está en urgencias, yo siempre miro el “comprobador de derechos”, no debería llamarse comprobador de derechos, debería llamarse comprobador de afiliación al sistema general de seguridad social en salud. Yo no tengo que comprobar derechos a nadie, es que ya las personas los tienen. ¿Si ves?, solo con eso uno empieza a ver cosas distintas, cosas de barreras” (PU23), concibiendo derechos como un proceso administrativo.

- Salud como cuidado

Su referencia se asocia en mayor frecuencia a profesionales rurales, en relación con el cuidado que ofrece la mamá, “Pero dentro de lo posible, si una mama que cuide a su hijo, que le dé buena alimentación, que le de cariño, que este diferente a como estaba ayer, porque uno lo nota, que hoy estaba brinconeando por todo lado y que mañana ya nota que no quiere nada, que no quiere comer que ya no juega. Pues estar como al pendiente de eso” (PR8); así como la referencia al mantener todos los factores controlados, entre ellos la consulta a servicios de salud de carácter preventivo “Que es cuidar? Pues muchas mamitas no le importan si comió, no le importa si esta, no le importa si llevo o no llevo del jardín, cuidar es alimentar, crecer, el estar inteligente, digamos las vacunas, llevar a controles de salud oral” (PR25). En ninguno de los grupos se hace referencia al autocuidado o a la participación de los niños en su propio cuidado.

- Salud como antagonista de enfermedad

Es una categoría frecuente, considerar la salud como ausencia de enfermedad para los profesionales entrevistados, relacionado con ciertos parámetros biológicos “Salud es tener

la plena facultad de todo su cuerpo, que no sienta dolor, que no sienta cansancio, ser totalmente saludable, que pueda hacer todas sus actividades sin ninguna imposibilidad digamos “ (PR8), “Yo pienso como te digo, al ver un niño tú te das cuenta, yo como médico me doy cuenta en el cabello, en el color de la piel y digo ese niño esta bonito, está sano, está bien alimentado, mientras que si tú ves otra persona con el cabello así amarillo, así como todo chusco y dices si, parece que estuviera desnutrido entonces tú dices, si algo le pasa.” (PR21), “Mientras el que no tiene ninguna enfermedad, llega esta activo, mira, está pendiente, por ejemplo, aquí en el consultorio los colores, está pendiente de agarrar de tocar, se mueve para un lado o para otro, camina, de pronto también lo rechaza a uno, pero es diferente” (PR32).

Esta concepción guía el actuar profesional “No, porque cuando tú le preguntas a un profesional de salud, trabaja guiado hacia la enfermedad, definirla, tratarla, incluso ni siquiera evitarla. Estamos en un sistema en donde solo tratamos enfermedad, no tratamos individuos integralmente” (PU20)

4.2.5 Entrevistas Enfermedad

A diferencia de los niños, para quienes la enfermedad son patologías o síntomas, los profesionales hacen referencia a las causas y consecuencias de esta. Entre las categorías más frecuentemente relacionadas con la enfermedad y referidas por los profesionales del sector rural se encuentran, *causas de enfermedad* y la *enfermedad como sentimiento negativo*, le siguen la *enfermedad como ausencia* y como *mal funcionamiento del cuerpo*, *tabla 4-24*. Para los profesionales del sector urbano estas cuatro categorías también son las más frecuentes, en diferente orden, *enfermedad como ausencia* es la que ocupa la primera posición, seguida de *causas de enfermedad*, *mal funcionamiento del cuerpo* y *enfermedad como sentimiento negativo*. Los contenidos de estas categorías complementan lo encontrado en el análisis de similitud realizados a partir de la evocación jerarquizada en cada uno de los grupos.

Tabla 4-24. Categorías Enfermedad en equipo de atención de salud de sector urbano y rural

CATEGORIAS	Definición	PR (19)	PU (12)
Causas de enfermedad	Cada entrevistado ubica en una etiología la enfermedad.	13	8
Enfermedad como dolor	Los entrevistados la definen exactamente la enfermedad como "duele"	2	1
Estar mal	Los entrevistados la definen exactamente la enfermedad como "estar mal"	3	1
Mal funcionamiento del cuerpo	Relacionada con pérdida de parámetros fisiológicos que se consideran como normales, por ejemplo, la presencia de síntomas	11	8
Sentimiento negativo	relacionada con sentimientos negativos, tristeza, angustia, desesperanza, inconformidad	13	8
Medicalización	Respuestas de entrevistados que consideran la necesidad de abordar la enfermedad desde los medicamentos, atención médica, en hospitales o instituciones de salud	9	2
Como Ausencia	se define la enfermedad como la "falta de"	11	9
Inactividad	No tener la posibilidad de moverse ni desplazarse	8	1
Oportunidad	enfermedad vista como la posibilidad de cosas o momentos positivos	0	1
Prevención de la enfermedad	Estrategias que permitan evitar las enfermedades infantiles	8	5

Fuente: Elaboración propia

Es así como la categoría Causas de enfermedad, los profesionales rurales tienen en cuenta la alimentación sea por exceso o defecto, así como las condiciones higiénicas “Los niños veíamos las condiciones de la vivienda, veíamos malos hábitos, el reguero de comida, luego el momento en donde dados casos nosotros nos metíamos a la cocina a buscar, porque eran niños muy pequeños” (PR6), “Yo creo que sí, descuido, abandono, mala alimentación, acá vemos familias diferentes, situaciones diferentes, mala higiene, descuidados, piojos, que no se pueden alimentar bien, todos estos signos que no se puede alimentar bien, son características que pueden que no este, pero todas esas características dicen que este niño puede tener algo y hay que presentarle atención” (PR25), o los comportamientos “El hecho del estrés no es una enfermedad y es una parte mental que se contagia. No tener una conducta sana, vamos a hablar de conducta sana como por ejemplo de estar fumando, si bien yo estoy fumando y estoy sano, lo que estoy haciendo no es una conducta saludable, las conductas que se tengan favorecen la aparición de enfermedad, entonces la enfermedad no es solo ausencia de enfermedad” (PR22), o como lo refieren algunos profesionales, la causa es el desequilibrio entre los factores, “La enfermedad... es un desequilibrio, no solo orgánico, sino un desequilibrio en el entorno en el que tu estas,

porque la enfermedad te trastorna la relación a ti, al paciente le trastorna su relación con el entorno, ya sea familiar, en el trabajo, las actividades de la persona si está enferma se altera el entorno” (PR32). Esta última subcategoría también referida por los profesionales urbanos “La enfermedad es ya el desequilibrio, de eso que yo hablaba de la armonía entre esos tres tópicos grandes” (PU23).

Además de las anteriores, para los dos grupos son las condiciones socioeconómicas las que se relacionan en mayor medida con las causas de enfermar, “¿es posible prevenir la enfermedad? Es complicado, básicamente por el factor económico, si las personas necesitan la plata y no tienen quien trabaje por ellos ni como llevar una moneda a la casa, les toca salir y dejar los hijos solitos. Entonces ahí empieza como a romperse todo este apoyo familiar de los niños” (PR6), “obviamente la salud de los niños no depende de ellos, eso depende de lo que yo le esté ofreciendo, de las condiciones socioeconómicas que yo les esté dando” (PR22).

Consideradas por los profesionales urbanos como condiciones estructurales que salen de la competencia de las familias y del quehacer profesional, “Pero hay otros aspectos que no, entonces, pongamos el ejemplo de la nutrición, yo le puedo dar al niño el manejo de la desnutrición aguda o la complicación y llevarlo hasta un estado nutricional adecuado dejándolo hospitalizado 15 días, 20 días o un mes, pero el niño regresa a un entorno donde tiene hambre, donde está en unas condiciones de hambre que le generaron la primera internación y el niño probablemente va a volver a recaer, volverá a recaer, a caer en la situación de desnutrición, porque ese aspecto económico no se ha solucionado y no lo podemos solucionar nosotros. Es un aspecto de la estructura social y económica del país que quienes son responsables de solucionarla no tienen ni el interés ni la capacidad, creo yo” (PU1), relato muy cercano a la exigibilidad del derecho y la corresponsabilidad, resaltándolo incluso como “El factor económico es el más importante” (PU3), que determina también la atención en los servicios “Es como las diferencias sociales, o sea, acá el que tiene dinero puede hacer y deshacer, y el pequeño solo asuma, asuma a lo que los demás decidan y volverse dependiente, ellos no tienen esa libertad de expresar eso que tienen” (PU20).

En los respectivos grafos resultantes del análisis de similitud, se observa la ubicación del núcleo y los elementos de la primera periferia de los profesionales rurales en similar relación con las causas de enfermar, siendo menos frecuente en el grupo contrario.

Como se mencionó previamente, la enfermedad se asume como un sentimiento negativo, de inconformidad, tristeza, lo que demuestra y hace evidente que no se encuentra en buenas condiciones, “Si como más tristes, algunos son como más callados, algunos otros como más rebeldes” (PR2), “Cuando está enfermo no hace nada, el sienta, uno los va a ver y son los niños que no quieren hacer nada se sientan en un rincón, que no quiere hacer nada, que están tristes, que están malgeniados, lloran por todo” (PR8).

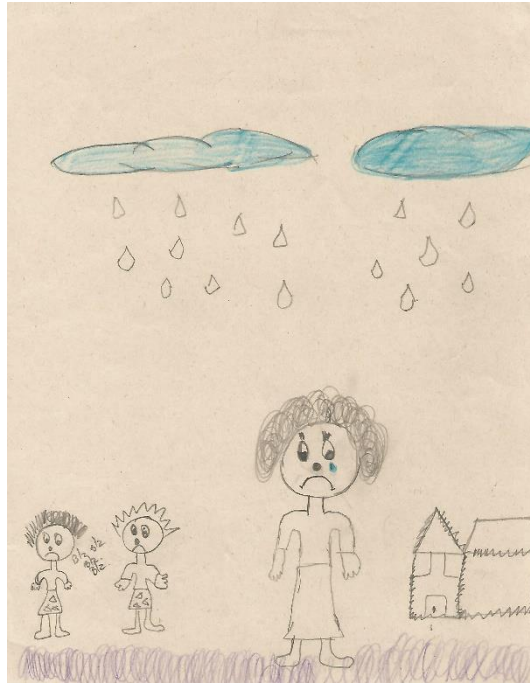


Dibujo 4-21. "Esta niña, pobre niña, con sus ojos tristes, su expresión facial, no mueve las manos, soledad" PU20

Así mismo, se relaciona la tristeza como causa de enfermedad, “Si, es más que todo emocional, es una salud diferente a la de un adulto, el niño se enferma y pues no lo nota mucho con sus dolencias, sino el niño se enferma es de tristeza, de desatención, de la falta de inclusión, de que lo rechacen, de que sienta pues ahorita que le hacen bullying, de que no es amado, no es aceptado, no es querido. Esa es la enfermedad del niño. Porque el niño puede estar enfermo físicamente, pero si su emoción está controlada, es un niño que tiene un ego muy nutrido, pues es un niño que sale rápido y la enfermedad física queda en un segundo plano” (PU2).

La enfermedad también se define como ausencia, “para mi es todo ese tema de vulneración y falta de, en todos los sentidos, falta de educación, falta de cuidado, falta de amor, siempre la enfermedad va a ser como la gran ausencia” (PU22). Por tanto la falta de oportunidades, felicidad, cuidado, cariño, nutrición, de comunicación, ingresos, familia, “Es la ausencia de salud, no, es un niño que no está en condiciones adecuadas” (PU26), “Es

ausencia de todo esto, independiente de lo que, ahí si sigue siendo el orden, el orden sigue siendo la tristeza, mis papas preocupados, no me siento bien, no puedo salir al parque, digamos que es ausencia de todo, eso es enfermedad” (PU32).



Dibujo 4-22. "La enfermedad es toda carencia... a dificultad de no tener un hospital, de tener barreras de acceso, de no haber llegado a tiempo, de no haber acudido con ese niño en un tema formativo o educativo con los padres, con la institución..." PU22

5. Construcción de Representaciones Sociales en niños, niñas y equipo de atención en salud

La reflexión sobre la salud de los niños se ha construido de forma paralela con las concepciones de infancia y de la salud misma; pasando desde la indiferencia, a la búsqueda incesante de favorecer la supervivencia, con posterior consideración como recurso fundamental de la sociedad en el marco de políticas de desarrollo económico. La forma de registrar sus cambios se ha dado a partir de indicadores de morbilidad y mortalidad, mostrando tendencias, incidencias, prevalencias, endemias, epidemias, tanto de enfermedades y causas de enfermar que afectan directamente a la población infantil.

Posiciones que muestran la perpetuación de la concepción hegemónica biomédica derivada de la medicina científica, en la cual la salud de los niños se refiere a la ausencia de enfermedad cuyo actuar se dirige a la resolución de problemas específicos y predominantemente patológicos. Es hegemónica en la medida que esta concepción desplaza otras formas de considerar la salud (ancestrales, mágicas, religiosas, basadas en plantas, entre otras), derivando en prácticas centradas en la identificación de las causas de enfermar y en la forma de evitarlas o erradicarlas (Valencia G, 2007).

Concebir la salud como un “estado de completo bienestar físico, emocional y social y no solo ausencia de enfermedad” (OMS, 1946) traslada el enfoque patológico y patognomónico al poner en el centro al individuo, pero desconoce sus contextos (culturales, sociales, ambientales); perpetuando concepciones que determinarán prácticas individuales “un estado personal, el producto de la forma particular de cada hombre de dar sentido a sus circunstancias particulares” (Sturmberg, 2009) y alejándose de una idea social de construcción colectiva, sujeta a entornos, contextos o realidades dinámicas.

La OPS en 1989 reconoce el derecho a la salud se considera como un derecho humano básico, pero no es posible garantizar ni la salud perfecta ni su control, por tanto, sugiere que sería más correcto hablar del “derecho a la atención en salud” (Roemer, 1989, pág. 16). En completa alineación con la concepción de salud pública que incorpora la OPS (2002), como el “esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de alcance colectivo”. En la misma línea de las concepciones de salud pública propuestas por Winslow (1920) o Terris (1992), que identifican la prevención, tratamiento, rehabilitación de la enfermedad, la reorganización de los servicios de salud como las acciones principales en las que se debe enfocar. En el año 2015 la legislación colombiana definió la salud como derecho fundamental en la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015, cuyo artículo 2 lo describe “el derecho fundamental a la salud comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas” (República de Colombia, 2015).

En cada uno de los anteriores abordajes los niños se encuentran ausentes, no visibles y perpetuando la concepción de objeto de intervención, lo que termina por desconocerlos como sujetos de derecho. La relación entre infancia y Salud Pública va más allá de identificarla como población vulnerable con necesidad de intervenciones puntuales para disminuir la mortalidad y morbilidad evitable, o el considerarla relevante para fortalecer acciones preventivas en este momento vital, esperando reducir la carga de enfermedad por patologías infecciosas y crónicas que puedan presentarse en edades posteriores de la vida.

Los retos a los que se enfrenta la salud infantil y por ende, la pediatría, bajo la óptica de salud pública son amplios, considerándose más allá de la atención individual a la patología particular, lo cuales los enumera Kuo et al. (2018): lo concerniente a la salud ambiental, incluyendo el cambio climático, calidad del aire, agua segura, toxinas ambientales, desastres naturales, seguridad alimentaria, rechazo a las vacunas, enfermedades transmisibles, epidemia de obesidad, experiencias adversas en la infancia resultantes del estrés tóxico, incluye pobreza, aislamiento social, violencia, acceso a servicios de salud especialmente para grupos marginados, prevención de lesiones externas (incluyendo

violencia con armas de fuego), educación, reglamentación y orientación anticipada, abuso de sustancias (incluso tabaco, alcohol y drogas ilícitas), y muchos más. Goldhagen (2005) afirma que se requiere abordar los problemas de la salud de los niños en íntima relación entre la pediatría y la salud pública, desde la integración entre justicia social, equidad, capital social y derechos de los niños.

Todo esto lleva a reconsiderar la salud infantil como un escenario en el cual su acción debe también ser ejercida desde los mismos niños. Allí donde se establecen los primeros eslabones entre bienestar y salud, como diadas y vivencias de identificación y de construcción simbólica, razón que implica la estructuración de un sistema de salud integral que permita el acercamiento del niño a espacios de intervención y prevención en los que él mismo participe como actor principal, que recree en sus momentos de juego, alegría, alimentación, afecto y demás. Un bienestar integral que harán en el presente ciudadanos comprometidos con su propia vida y la de los demás, sin idealizar el esperado equilibrio entre esferas mentales, afectiva y social. En otras palabras, haciendo real la vinculación del derecho a la salud con el desarrollo integral del ser humano, perspectivas y dinámicas que se han dado en un campo de acción donde confluyen disciplinas que tienen como propósito hacer efectivo ese derecho involucrando a todos los actores responsables en su materialización

Es fundamental saber quiénes son los niños, cuáles son sus condiciones de vida, qué expectativas tienen, por tanto, para abordar su salud y la relación con los aspectos sociales se requieren recursos que involucren el conocimiento disciplinar de quienes trabajan con la infancia, con enfoque de salud pública, pero que también los vincule a ellos mismos, sus cuidadores, sus familias. Solo así se podrá realmente hablar de salud infantil, bajo la integración de enfoques clínicos, poblacionales, interdisciplinarios basados en la población.

A partir de reconocerlos como actores activos en su comunidad, sin perder de vista su singularidad, se lograrán intervenciones acertadas y coherentes que orienten las prácticas cotidianas que tendrán relevancia en su vida. Concepciones que pueden partir del movimiento o la felicidad, hacia la construcción de conceptos contextualizados, los cuales pueden derivar en la transformación de la concepción de salud desde su propia mirada y, por tanto, reconocer a los niños como transformadores de sí mismos, sus familias y sus comunidades.

Los hallazgos de esta investigación muestran que las dimensiones ideológica y pragmática de salud y enfermedad no se limitan a lo que se pueda desarrollar en el nivel institucional, sea académico o asistencial, pues sus relaciones atraviesan el existir de las personas, las dinámicas de los grupos, las relaciones sociales construidas desde lo vivencial, determinado por aspectos culturales y obliga a reconceptualizarla desde la misma sociedad. Como lo plantea Laurell (1982) “el proceso salud enfermedad del grupo adquiere historicidad porque está socialmente determinado. Para explicarlo no bastan los hechos biológicos sino es necesario aclarar cómo está articulado en el proceso social” (pág.8). Al involucrar la salud como un compromiso social se inscribe en el enfoque de derechos, aportando al empoderamiento de las personas como sujetos políticos, que implica no solo los procesos de intervención y prevención, también se cuestiona sobre cómo las comunidades piensan, ejercen y construyen sus experiencias en salud.

El problema central es que de cierta forma se armoniza un ser complejo, que se ubica en la posmodernidad, pero que es leído en sus enclaves de bienestar y salud desde una mirada moderna (es decir, clásica), con estándares que no responden a los llamados de la sociedad actual. Lo anterior, para intentar hacer un llamado a una nueva mirada de lo que significa salud de los niños en las particularidades de Colombia, más que un bien, y comprendida desde la concepción de derechos (no únicamente como derecho a atención en salud) en el que todos somos responsables y con el cual es un deber abogar en las necesidades humanas nacidas del ejercicio social y no exclusiva de los espacios institucionales en los que no convergen a las realidades respecto de la salud en escenarios nacientes.

Particularidades que parten de reconocer que el país no hay homogeneidad en las regiones, de acuerdo con las proyecciones de población en 2018 el 23,15% de los habitantes colombianos vive en zonas rurales (DANE, 2007), en las cuales se ha descrito que las condiciones de vida y salud de los niños presentan una brecha rural urbana que es reflejo de inequidad de vida y desarrollo, producto de condiciones históricas, políticas y económicas (Gómez Jiménez, 2003). Condiciones tradicionalmente leídas desde esa visión biomédica y desde la epidemiología clásica ya descritas como hegemónicas, las cuales han sido la base para la organización de los servicios de salud en dicha población, desconociendo ampliamente sus particularidades y sus propios procesos, lo que lleva a mayor invisibilización de la salud de los niños que habitan y viven en estas regiones, a pesar de programas asistencialistas que se alejan de su cultura y costumbres.

Aunque la concepción cultural de la enfermedad en el campo colombiano la describió Virginia Gutiérrez de Pineda (1955) como una de las explicaciones al fracaso de la medicina preventiva, no ha sido parte de las discusiones fundamentales en los espacios académicos de formación de profesionales ni en las propuestas de intervención en las zonas rurales. En su texto consideró que “el problema fundamental consiste en la transformación de las creencias culturales perjudiciales o inútiles por pautas más acordes con los avances científicos del momento” (pág. 80), resaltando la necesidad de ver más allá del diagnóstico nosológico y dar paso a la búsqueda del conocimiento que con relación a la enfermedad, circula en los grupos sociales y el “cómo los sistemas científicos vigentes en los altos círculos sociales pueden ser incorporados en un momento dado por las capas sociales bajas, como elemento dinámico de su corpus cultural”.

Por tanto, concebir la salud EN la cotidianidad de las personas, conlleva a trascender los enfoques hegemónicos y ponerla en un campo de discusión que la involucre en la construcción de la sociedad, muy cercana a la definición de *Salud Social* propuesta por Franco (2017):

La salud social es el buen vivir en sociedad al ritmo de los ordenamientos, los intereses y los acontecimientos políticos, económicos, culturales y ambientales. Es sentirse bien y en ejercicio de las propias capacidades, como producto de interacciones positivas con los diferentes entornos vitales. (pág. 14).

Tanto la salud como la enfermedad son saberes humanos, que se relacionan en la cotidianidad, por tanto, se construyen en ella, hacen parte del sentido común, definiendo prácticas propias, relacionadas con sus contextos y sus formas de vivir. En esta vía, el sentido común construido a partir de las relaciones humanas es relevante al ser “el elemento fundamental que permite la vida en común, por ello, la formación del sentido común es de importancia decisiva para la vida” (Herrera, 2010, pág. 110). La RS se ratifica como un constructo social dado en la interacción y en la contextualización, el cual requiere de la interpretación para comprender el orden social, los contenidos corresponden con las formas de comunicación propias relacionadas directamente con el momento de desarrollo en el que los niños se encuentran, así como de las experiencias personales, “en este sentido, las explicaciones de los niños no son teorías elaboradas y complejas, pero no por esto dejan de ser teorías validas al momento de comprender muchos fenómenos sociales” (Parra, 2011, pág. 776).

Elementos que aparentemente son simples, cotidianos y con seguridad conocidos por cada uno de los lectores de este texto, pero al observar y escucharlos, es claro que, para los niños de esta investigación, se construye la salud desde la “presencia” y la posibilidad de alimentarse, ser feliz, jugar y realizar actividades. Para poder afirmar lo anterior, se parte de la premisa que los niños establecen contacto con las representaciones que les son presentadas para formar parte de un grupo social, interactúan tanto con individuos como con las realidades sociales de las cuales aprehende informaciones y las elabora, De Lima y Brandini (de Lima Lopes & Brandini Park, 2007) concluyen que relacionando el contenido de la representación de niños estudiados con las fuentes de información disponible y el contexto donde viven, las representaciones son coherentes con su realidad.

Duveen (2013), muestra como las respuestas de los niños en un trabajo sobre representaciones sociales de la amistad se encuentran interrelacionadas con la comprensión del niño sobre las relaciones sociales en general, demostrando que los niños desarrollan y construyen conocimiento en el contexto de la experiencia de la vida cotidiana convirtiéndose en actores sociales competentes. Afirmaciones que soportan la posibilidad de la agencia de los niños en los campos que les compete, y su interrelación con la elaboración del sentido común, “el conocimiento del niño se desarrolla entrelazado con el conocimiento de la sociedad” (Moscovici, 2013).

Es así como los hallazgos que parten de los niños del estudio permiten observar como “los conceptos teóricos se constituyen en un conjunto gráfico y coherente que permite comprenderlos de forma individual y en sus relaciones” (Jodelet D. , 1986, pág. 482). Como lo menciona Moscovici (1990), los niños buscan establecer alguna comunicación entre dos mundos que no están en comunicación, creando un mundo imaginario en el que se transfiere y traspone su conocimiento del mundo externo al mundo real, de esta manera los niños hacen familiar lo extraño y sus RS son los medios. Esto los lleva a dominar su mundo social, por medio de relaciones, reciprocidades, complicidades.

Este trabajo partió de la experiencia de la investigadora y su interés por indagar cuales son las representaciones sociales de los niños sobre salud y enfermedad y si estas difieren de acuerdo con su contexto vital. De acuerdo con los hallazgos se observa que los niños participantes tanto de la zona rural como de la zona urbana permiten la emergencia de similares categorías que involucran tanto en la RS de la salud como de la enfermedad, lo que permite considerar un cierto consenso entre ellos. Apoyándose en la noción de núcleo

central y elementos periféricos propuestos por Abric (2001), se identificaron los contenidos y la estructura de la representación, a partir de la cual cada categoría se ubica en centro o periferia como se describió en el capítulo previo.

Para los niños la salud *ES la vida* en términos prácticos en ningún momento se aleja de su cotidianidad, no la consideran como el fin en sí mismo, los niños se remiten a lo conocido para representarla y como se observa, a elementos que lo que los hace sentir felices. La salud se traduce también en posibilidad, el poder hacer, poder pensar, poder estudiar, como categorías emergentes y relacionadas con la presencia de las capacidades humanas, como lo planteó Hirschfeld (2001), el conocimiento social de los niños no es teórico en la medida que está inexorablemente ligado a la experiencia inmediata y concreta.

Aunque la estructura muestra diferencias entre niños rurales y urbanos, uno centrado en la *alimentación* y el otro en la categoría *alegría-felicidad*, refieren que los momentos donde se hace presente la salud son aquellos donde la cotidianidad y el placer se integran, con elementos comunes para los dos grupos, como son el juego y la relación a la alegría – felicidad. Con relación al contenido es evidente que la RS de la salud está altamente ligada a la experiencia, articulada con lo ambiental, familiar, social, es decir, se une a las formas de vida que se traducen en sus relatos e imágenes (dibujos) establecidos desde la comunicación familiar, donde el concepto de salud es construido como fuente principal de la felicidad, movimiento, alimentación, libertad y en especial en el marco de relaciones fraternales.

El juego se observa cómo el momento principal para ejercerla, la representación que los niños tienen tanto de sector urbano como rural es práctica, parte de la alegría, el juego y la actividad, clara divergencia con la concepción biomédica. Por consiguiente y como se describió en los resultados, para los niños participantes, la salud no es un concepto abstracto desligado de su cotidianidad, se basa en realidades, sean propias o ajenas, es decir, existe para ellos una representación de la salud ligada a lo vivencial, que tanto los profesionales como las dinámicas institucionales muchas veces la ignora y olvida.

Bajo el supuesto de que los niños actúan colectivamente para adaptarse e interpretar los significados de sus experiencias diarias compartidas y de la cultura adulta, implica que desarrollan y comunican sistemas de conocimiento social

complejo, no solo basados en experiencias de información de adultos, sino también de su construcción social al interior de las culturas de pares. Cada sistema puede contener o constituir representaciones sociales de normas, valores y reglas (Löfdahl & Hägglund, 2006, pág. 182)

Con relación a la categoría *alimentación*, cuyo contenido se refiere al acto de comer, a la alimentación saludable y su relación con el balance entre los alimentos, haciendo énfasis en la importancia del consumo de frutas, verduras, la disminución de la ingesta de dulces y de sal. Es interesante observar que tanto los niños de la zona rural como urbana manifiestan el ideal de alimentación saludable de acuerdo con el discurso del saber científico, lo que puede corresponder a la incorporación de estos temas en los programas educativos a los que están expuestos en su contexto escolar, lugar de interacción que lleva al conocimiento propio de la recomendación mundial con relación al tema, ligado al disfrutar alimentos propios de cada región, hecho relacionado con la disponibilidad y posibilidad incluso se encuentran elementos que permiten identificar el derecho a alimentarse.

Colombia lleva una tendencia ascendente del indicador exceso de peso entre 2005-2015, reportando que el 6,3% de los niños menores de 5 años y el 24,4% de niños entre 5-12 años presentan sobrepeso u obesidad (MSPS, Prosperidad Social, INS, ICBF, & Universidad Nacional, 2018), evidencia que existe alto consumo de alimentos hipercalóricos y disminución de actividad física en los niños, asociado al progresivo exceso de peso en la generalidad de la población, por lo que se requiere mayores modificaciones sobre el consumo y acceso a alimentos que disminuyan el daño metabólico al cual están expuestos.

Esta categoría muestra la relación entre la RS de salud y uno de los retos prioritarios relacionados con la patología infantil en la actualidad, la prevención de sobrepeso y obesidad, por tanto, de enfermedades crónicas no transmisibles. Su abordaje se ha vinculado en relación con el estilo de vida, que como lo define Lalonde en 1974, “es la suma de decisiones individuales que afectan la salud y sobre las cuales se puede ejercer un grado de control”, que posteriormente han evolucionado al término de hábitos de vida saludable, involucrando la alimentación, actividad física, control del tabaquismo.

Identificando su centralidad y recordando la relación existente entre representación y práctica social, serán los niños los primeros en su cumplimiento, pues como lo describe

Abric (2001) “las prescripciones determinan las prácticas, se debe esperar que los prescriptores tiendan a absorber las modificaciones de origen externo de las prácticas” (pág. 45). Dicho hallazgo soporta estudios que se han realizado sobre el conocimiento que tienen los niños sobre alimentación, su RS se relaciona con la elección de alimentos saludables, sin embargo, la oferta por los padres y la tienda escolar no es coherente con dicho conocimiento, propiciando el consumo de dulces y alimentos procesados (Vio del Rio, Salinas, Lera, González, & Huenchupán, 2012). Experiencias como la de Chile, donde la preocupación por el sobrepeso es alta y ha llevado a toma de decisiones en política pública como es la modificación del etiquetado en los alimentos que se venden, en el año 2016 se midieron las decisiones que toman los niños con relación a la elección de acuerdo con la composición nutricional de los alimentos y su publicidad. Olivares et al. (2017) mostraron que los niños escolares seleccionan los alimentos con menor azúcar, grasa y sal al presentar propuestas de etiquetado frontal, concluyendo que “para lograr un efecto sostenido, las políticas de alimentación deben crear un ambiente que apoye a los niños a hacer que la elección saludable no solo sea la más fácil, sino también la favorita” (pág. 436).

Para los niños también la *alimentación* se relaciona como causa de enfermedad, mostrando su conocimiento sobre el daño que los alimentos le pueden hacer a su cuerpo, por consiguiente, el contenido de la RS muestra que los niños no adolecen de conceptos sobre “hábitos de vida saludable” ni de elección de prácticas saludables, se configura como uno de los retos para la salud pública y la pediatría el apoyar a la respuesta por parte de la sociedad para asegurar la continuidad de sus experiencias, para hacer real y cotidiano ese conocimiento, para evitar la falta de coherencia entre el saber y el hacer.

Lo anterior nos lleva a comprender que los niños al hacer referencia a la *alimentación* superan el enfoque de factor de riesgo cuya suma de efectos favorece la presentación de las enfermedades, les es clara la mejor forma de alimentarse con los recursos que tienen a su alcance, concluyendo que el abordaje no es desde la “falta de conocimiento” por tanto desde propuestas “educativas” prescriptivas que en su mayoría caen en transmisión de información; es indispensable explorar la oferta en la práctica que se dirige a los niños y las personas que toman decisiones sobre su alimentación los que favorecen o no el consumo de ciertos alimentos y las formas de consumirlos.

Para los niños de sector urbano, su RS de salud se centró en la categoría *alegría y felicidad*, que también hace parte de la segunda periferia en la RS de los niños rurales estudiados, el contenido de esta categoría es similar en los dos grupos, en la cual la salud la relacionan directamente y la definen como “ser un niño feliz”. Construcción nuevamente vinculada a la realidad que proponen los niños (estar afuera, libertad vs evitar estar afuera por el frío o por mojarse), sin ser ajena a ellos y por tanto tangible en cada momento.

Veenhoven (2008) ha demostrado alta correlación entre salud física y felicidad, medida en la longevidad de las personas, a partir de lo cual concluye que la correlación positiva puede deberse al efecto de la felicidad en la salud más que por los efectos de la salud en la felicidad. Se basa en estudios en personas adultas que han relacionado los mejores “comportamientos” en relación con las personas felices y cómo se manifiesta en condiciones de vida saludable, el autor propone que desde la promoción de la salud se asuma la felicidad en las políticas, sea en la educación en estilo de vida, hasta políticas que tengan como principal objetivo hacer a las personas más felices. Sin considerarla como sinónimo de bienestar, sino como un “proxy” para acercársele (Raibley, 2012), por tanto “la felicidad, de hecho, no se reduce al bienestar afectivo de un organismo adaptado a su medio. El hombre debe reflexionar para construir su vida según unos valores” (Margot, 2007, pág. 55).

Es fundamental para este análisis hacer referencia a la conexión de *alegría y felicidad* con las categorías que hacen parte de la primera periferia de cada grupo, *actividad física (movimiento) y jugar*. Los niños hacen relación en todo momento al juego como actividad manifiesta de la salud, así como a la capacidad de moverse, referido como la práctica de deportes, el desplazamiento entre lugares, compartir con personas cercanas o incluso con animales. Mostrando experiencias de salud que parten del ideal, pasando por la movilidad e interacción con otros, haciendo referencia a la relación con la naturaleza, las personas y los animales, descentrando el concepto desde el bienestar económico, o de ausencia de enfermedad y emergiendo aspectos normativos pero interpretados a un nivel individual, en el compromiso con el cuidado de sí mismo.

En otras investigaciones la correspondencia entre felicidad y salud se ha relacionado con respuestas que incluyen: estar en forma y fuertes, con estado de ánimo positivo, ser capaces de realizar cualquier actividad deportiva, poder ir de vacaciones y viajes, estar limpios y no usar ropa vieja, tener una habitación y una mesa en su casa, tener altas

calificaciones en la escuela, poder comer tres comidas por día, vivir en una familia sin riesgo de drogas, peleas o violencia, realizar actividades que les gustan, pasar tiempo con familias y amigos, tener un peso y altura promedio, no tener alguna enfermedad (López Pérez, Sánchez, & Gummerum, 2016). Respuestas que se repiten en lo ya dicho en párrafos anteriores, la relación con momentos de satisfacción y las actividades cotidianas.

Elementos asociados a otras categorías mencionadas por los niños del sector rural se encuentra el hogar, los afectos y las relaciones, el primero interpretado como soporte social permite relacionar la salud con el mundo afectivo que ello representa y con el vivir como parte de aquella relación entre vida y salud.

Es así como surge la pregunta, ¿qué es felicidad para los niños?, ¿la salud y la felicidad son sinónimos para ellos?, ¿qué hace felices a los niños y así pensar en que les hace más saludables?, preguntas que no son objeto de esta investigación, sin embargo, la cercanía en sus respuestas permitiría considerar su papel en el ejercicio médico y de salud pública dirigido a los niños.

Considerando ante todo la relatividad de la valoración de la categoría felicidad en la vida de los niños y su relación con las múltiples condiciones, ellos mismos, por lo menos para estos grupos a los que se indagó, parecerían sugerir el camino de la salud misma: fomentar el juego, las relaciones sociales, el hogar, la actividad física, la vida y lo pragmático. Considerar como parte de la salud el placer y la parte hedonista de la vida, bajo la aplicación de la norma que también surge como parte de las respuestas, incluso en espacios de atención individual o colectiva, partiendo del cuidado, cariño, aceptación, como elementos que también son importantes considerar hacia el ver la salud desde la felicidad.

Se observó concordancia con investigaciones en las que los niños relacionan la salud con el movimiento, asociado con un valor simbólico positivo de la salud (Galli & Fasanelli, 1995), como un recurso positivo para la vida, haciendo énfasis en el equilibrio, balance y armonía entre ellos y su ambiente (Piko & Bak, 2006), la valoración entre la alimentación con la actividad física y la salud mental con las relaciones interpersonales, entendida como la vida feliz y estar con amigos (Alves Rodrigues & Damas Cruz, 2012), concibiéndola en su cotidianidad como un medio sin la cual no se desarrollan.

Pero difiere con otras que muestran desde la adherencia a prácticas de salud y su relación con la funcionalidad (Lima & Serra de Lemus, 2014), o con lo encontrado en el estudio de Mourati et al (2016), en el que niños entre 5 y 11 años dibujan la salud y la enfermedad, los autores definen tres categorías (a priori) biomédica, psicosocial y estilos de vida en las cuales los niños han clasificado la salud, todas ellas relacionadas con la definición de OMS (1946), observan que todos los niños estudiados dibujan la salud sobre la base de elementos psicosociales (emociones, actividades sociales o pensamientos abstractos), mientras que la enfermedad se percibe como más específica, desde la concepción biomédica. En este último estudio llama la atención que las categorías fueron definidas por los investigadores a priori, pero la relación que los autores realizan va más allá de la concepción biológica o individual propuesta por la referencia conceptual.

Como se ha mencionado, las respuestas de los niños muestran que la salud hace parte de la vida cotidiana, es relacionada con el vivir, poder vivir, saber vivir, conocer para vivir, alimentarse para vivir, ser feliz durante la vida. La vida es el concepto claro, la salud como derecho fundamental se encuentra ligada a la vida también como un derecho fundamental. Y la vida, así como la felicidad, es una categoría filosófica que presentan relatividad cultural; la vida para los niños de sector rural se entiende como una capacidad laboral, su contraparte la enfermedad es la cercanía al no poder vivir y por tanto no contar con la capacidad de trabajar.

Con relación a las prácticas de cuidado de la salud, los dos grupos consideran que se centra en la alimentación y protección ante las condiciones ambientales, en especial el frío, requiriendo abrigo y evitar cambios bruscos de temperatura, aunque hay relación no es la más frecuente ni la más cercana al cuidado que reciben en los centros de salud. Hallazgos coherentes con los elementos del autocuidado y, por tanto, de la prevención de enfermedades más frecuentes en la infancia, en especial respiratorias y gastrointestinales. Aunque los niños urbanos asocian la salud con la atención institucional, el cuidado y en menor medida con las relaciones, lo que permite formular que en este último grupo se considera la salud más relacionada con lo individual y menos con elementos colectivos.

La RS de la enfermedad en los niños es similar en los dos grupos tanto en estructura la cual se centra en dos patologías frecuentes, respiratoria y gastrointestinal; la diferencia se observa en la categoría que muestra las enfermedades transmitidas por mosquitos ubicada en la primera periferia de los niños de zona rural, reiterando la experiencia como parte de

la construcción de la RS. El contenido identificado en dibujos y entrevistas es coherente y consistente, relacionado con sentimientos negativos de tristeza o ira, la ausencia de movimiento es característica, los niños de los dos grupos refieren que estar enfermo es “no poder... jugar, salir, moverse, ir al colegio, etc.”.

En esta investigación la RS de salud de los niños tanto en sector rural como urbano se aleja del planteamiento de salud como ausencia de enfermedad, al involucrar la necesidad de mejoría de realidades de si mismo y de su familia, desde una concepción que integre la calidad de vida y el bienestar, mientras que reducirla a la enfermedad y su atención es dejarla estática, aislada e instrumentalizada. Llama la atención que la enfermedad aparece en los relatos, los dibujos y en la evocación solo cuando se pregunta específicamente por ella. Cuando se habla de enfermedad, es solo enfermedad, no es ausencia de salud, es momentánea, comprendida como transgresión a lo cotidiano que involucra el reposo y la quietud.

Lo anterior lleva a reconsiderar el encuentro pediátrico, el cual se inserta en el marco de una negociación de saberes entre quienes hacen parte de un proceso comunicativo que involucra a los niños, sus acompañantes (padres o cuidadores), a los terapeutas, así como a sus propios significantes y significados puestos en juego dirigidos a fines prácticos con relación al cuidado, mejoría o seguimiento al proceso salud-enfermedad de los niños; tratándose de una interacción necesaria, real y cotidiana. A pesar de ello cada día con mayor frecuencia se tiende a homogeneizar cada uno de esos momentos de encuentro, ante la presencia de dinámicas institucionales basadas en cumplimiento de estándares y la cuantificación de los resultados, que incluso llevan a considerar la salud no como parte de la vida cotidiana (como la representan los niños de este estudio); hecho que en cada uno de los lugares del mundo compite con la emergencia, así como las particularidades de las poblaciones y los territorios.

En el marco de la construcción de realidad desde y con la perspectiva infantil, vale la pena considerar la importancia de la participación de los niños en el vasto contenido y saber del ejercicio de quienes laboran en el campo de la salud. Hay que reconocer que existen puntos muy cercanos no solo entre pediatría y salud pública, como se mencionó en párrafos previos, entre los cuales se encuentran el abordaje de elementos que van más allá de la atención médica individual, incluyendo el acceso a la atención con calidad y sobre todo, la articulación entre la atención institucional y las intervenciones comunitarias.

También entre áreas del conocimiento que aportan a la comprensión del mundo social y mundo infantil, es así como áreas pedagógicas o de las ciencias sociales permiten abordar la salud infantil desde espacios también cotidianos y saberes complementarios.

La respuesta a dicha estandarización aparentemente va en una sola vía, desde la institución a las familias, pero existe una doble vía en el momento en que las expectativas de las familias se ven poco superadas en la imposibilidad de la escucha y de la resolución de las preguntas que les motiva a la asistencia del encuentro. Con mayor frecuencia la consulta y la relación allí presente se deteriora, es conflictiva, con posterior caída en una cadena sin sentido de pérdida de confianza.

Todo debe partir de la adaptación de la institucionalidad a las condiciones de las personas, para ello, el escuchar a los niños, aporta a reconsiderar los aspectos relevantes de la representación de SALUD y la enfermedad al identificar el sentir de las comunidades, como camino que contribuya al desarrollo de espacios de encuentro partiendo de iniciativas basadas en la comunidad, en la cual también se encuentran inmersos los demás actores. Por tanto, la relación entre la pediatría, pedagogía, ciencias sociales y la salud pública debe suceder “en el contexto de la prestación de los servicios, la formación de profesionales, la investigación, la promoción y la generación de políticas públicas” (Goldhagen, 2005).

Se evidencia en esta misma investigación que el equipo de atención en salud tiene una aproximación diferente a la RS de salud y enfermedad, su estudio y contacto directo en el marco de la atención institucional permite relacionarse no solo con las personas enfermas, también con las enfermedades en sí mismas, como entidades significantes. Sin embargo, la salud como centro de su quehacer (por lo menos así se hacen explícito tanto los planes de estudio como los objetivos de formación), no es el centro de su formación, la cual se fundamenta en la patología y su resolución, como lo afirmaron Quevedo y Hernández (1994) “la formación de los profesionales de la salud es aún hoy hegemónica la concepción biológica del cuerpo, de la salud y de la enfermedad que se estructuró a partir de las mentalidades medicas del signo XIX y comienzos del XX” (pág. 13).

El quehacer de los profesionales es impactar sobre la familia y los cuidadores, sus consejos determinan las prácticas específicas en favor de la calidad de vida y el bienestar de las familias; ha sido debate de los últimos años la importancia de retomar la formación humanista a favor de la formación tecnocrática (Alvarez Escobar, 2017). Para ello se

requiere de forma prioritaria descentrarse de la patología como centro de interés en la formación y la resolución de los problemas de forma exclusivamente pragmática, es necesaria una reflexión profunda desde lo ético de cada profesión y la construcción de ciencia en la que se inscriben, así como la sincera evaluación de los intereses a los cuales sirve dicha formación, pues es evidente que se encuentran distantes de las necesidades y mucho más desde la garantía del derecho.

Es así como la RS de salud de los profesionales rurales se centra en educación, alimentación y bienestar, su contenido difiere del grupo de niños, tanto para educación como para alimentación se incluye prescripciones de “hábitos de vida saludable”, “dar pautas de crianza”, “orientar a padres y cuidadores”, lo cual enmarca este encuentro desde la prescripción, muy ligada al modelo biomédico con la transmisión de “conocimientos” históricamente contruidos, pero no históricamente concertados entre quienes hacen parte de la relación. Tanto el grupo rural como urbano parecen partir desde la desconfianza y el desconocimiento de los saberes del otro, incluyendo de los mismos profesionales, de los cuidadores y claramente de los niños. Para el equipo de atención en salud es muy importante educar, considerando por educación la adquisición del saber necesario por otro para “evitar enfermedades, adherir al tratamiento, cuidar bien a sus hijos”. Sin embargo, se observa dificultad con reconocer lo que “el otro” cuenta con ya un saber propio.

En cada grupo se reafirman dichas categorías tanto en los dibujos como en las entrevistas y a su vez, se observan las convergencias en los grupos rural y urbano, entre ellas el relacionar la salud con la sonrisa como manifestación de felicidad y el juego como indicador de salud. Por otra parte, el contenido de la categoría bienestar se relaciona más con la alegría, el juego, ver bien a los niños, lo que permite considerarla como potencial elemento de anclaje que permita relacionar el diálogo entre niños y profesionales de la salud.

Los profesionales del sector urbano centran su RS en atención de los servicios de salud, considerando como relevante las consultas, las brigadas de salud, la periodicidad de las valoraciones, atenciones institucionales específicas para la infancia y primera infancia. Las intervenciones que ponen en acción su entrenamiento técnico son consideradas como prioritarias para asegurar la salud de los niños, dichas intervenciones se centran en identificación de factores de riesgo, dirigidas a la prevención de patologías, más no a la atención de salud en sí misma.

Los hallazgos de esta investigación muestran la divergencia entre las RS de niños y del equipo de atención en salud, mientras los primeros se centran en la vivencia, los segundos en lo normativo y prescriptivo (necesidad de educar, asistir a consultas específicas, vacunar, la importancia de la higiene, entre otras), cuyo discurso es dirigido principalmente a cuidadores y padres, argumentos en los cuales cada conocimiento médico consiste en perfeccionar el conocimiento producido por la “ciencia” biológica de forma que deba ser entregado unidireccionalmente a los usuarios (Sanchez Morales, 2000).

Lo anterior muestra el juego del poder del adulto que ejerce sobre el niño, como lo refiere Pachón (2009) “desde esta perspectiva, se asumen los niños como “objetivos” de entrenamiento: pasivos, imitativos y conservadores que aceptan las prácticas de socialización adulta” (pág. 462), haciendo énfasis en que no hay claridad sobre lo que se conozca desde la creatividad, interpretación, ajuste por parte de los niños con relación al mundo social. Lo que puede llevar a que la comunicación se vea limitada al desconocer las representaciones que cada uno ha construido y pone en juego en situaciones particulares (como la consulta pediátrica), incluso al preguntarse si se está tratando el mismo problema o son varios, con preguntas tangibles o intangibles, presentes o ausentes, pero que determinarán prácticas de salud tanto familiares como individuales. Mientras para el profesional de la salud seguramente será el realizar un diagnóstico partiendo de los síntomas y con ello proponer un plan de acción, para la familia e incluso para el niño el encuentro tenga expectativas con mayor carga emocional, social, cultural por resolver con mayores necesidades que la expedición de una “fórmula médica”.

Desafortunadamente, en la mayoría de los encuentros, la distribución cultural es inequitativa y desigual en el espacio cotidiano de la consulta pediátrica y la apertura para el diálogo, la empatía o la preocupación por el otro se circunscriben a personas, pero dejan de ser la generalidad. La construcción de la relación requiere reiniciarse desde el reconocimiento como personas que hacen parte de grupos sociales, inmersos en procesos culturales, es decir desde lo local, basándose en el reconocimiento y ejercicio de los derechos de los niños. Y aunque el Estado debe trabajar en ello formulando lineamientos macro, es en la cotidianidad donde se encuentran los desafíos, las herramientas con que se cuenta requieren la mayor atención e importancia.

Como lo describe Jodelet (2013b), el papel de las representaciones tiene un rol predominante en las cuestiones sociales o culturales relacionadas con la vida corporal y

desde la enfermedad, como significante social, un objeto de discurso que dan significados y orientaciones a aspectos privados e institucional (pág. 155 traducción libre); por tanto, estos espacios de encuentro se reiteran son procesos sociales y culturales que deben ser vistos desde ópticas acordes a su propósito, si esto es claro en académicos, políticos y comunidad en general, ¿qué pasa con los programas de educación para la salud?, ¿cuáles son las raíces para que no se vea su impacto? La conclusión es que no es la forma, no es el tema, es la empatía.

Se propone la identificación de la representación como la puerta del conocimiento de cada uno de los “actores”. La identificación y claridad del saber del sentido común permite visibilizar aquellos elementos que hacen parte del proceso salud enfermedad en una localidad o territorio, pero esto solo se logra con la apertura y el interés desde los profesionales de la salud de conocer su población, tanto en lo descriptivo geográfico – epidemiológico, como en los aspectos social y culturales, adicional al saber científico que se espera sea parte de su formación profesional.

Es fundamental hablar con los niños, estar abiertos a sus propuestas, expectativas, intereses, preguntas, es su espacio, en el que en pocas oportunidades se les permite interactuar más allá de que su corporalidad sea un objeto de trabajo, los aspectos culturales deben reconocerse en todo momento de atención, “solo bajo un enfoque multidimensional es posible abarcar la complejidad de los procesos a intervenir en relación con la salud, en relación con las diversas experiencias de los individuos en los procesos de cuidado” (Jodelet D. , 2013b, pág. 156).

Por tanto, a pesar de la dificultad del sistema y la presencia del espacio de consulta como un campo de batalla (de opiniones o de silencios), es necesaria la reconceptualización de la práctica de cada profesional, por medio de estrategias que mejoren la atención de los niños, la relevancia de la alegría durante el encuentro y en la vida de los niños, la vinculación del juego tanto en la interacción como en el desarrollo infantil, el enfocarse sobre el poder (no entendido como un mandato), sino el poder hacer, poder estudiar, poder cantar, poder reír, etc. Es decir, presenciar la sensibilidad humana durante este encuentro, pensar que la necesidad de consulta por cosas simples tiene un trasfondo y una oportunidad, pues esa aparente simplicidad tiene una historia detrás, su resolución se compone de una fórmula y ésta se llama “comunicación” que debe mediar por la confianza.

Lo anterior lleva a considerar que para trabajar en salud infantil es fundamental la articulación en tres ámbitos específicos, la formulación de políticas públicas que involucren las voces de los niños, la formación de profesionales y técnicos en salud que se descentren de lo patológico y vinculen aspectos de la vida cotidiana, incluyendo felicidad, juego, relaciones sociales, derechos de los niños y la atención misma centrada en el niño y no en la patología que tenga o pueda tener.

Con relación a la elaboración de políticas públicas es fundamental considerar un cambio de políticas prescriptivas a cualitativas, que indaguen por la construcción de lo que ha sido objeto de trabajo por las poblaciones sujeto de las mismas. La centralidad de la RS en los niños de la zona rural en la alimentación implica que para ellos la consecución de los alimentos es central en su vida, ¿qué se hace desde política pública? Al tener claro para los niños el ideal de alimentación saludable, se espera que la política pública fortalezca esta representación, involucre la oferta de alimentos, como puede ser el trabajo sobre tiendas escolares o sobre disponibilidad de compra por padres o cuidadores. Los niños son agentes de cambio, tanto de sus propios hábitos como los de su entorno social cercano, en la medida que la representación social construida, alineada con un “esperado” teórico o práctico, pero no lo pueden ser si hay otros elementos no son opciones factibles para asegurar dichos cambios.

La atención de los niños debe enfocarse en la participación, teniendo como premisa que los servicios de salud se enfoquen en “caracterizar” la población, incluye vincular sus RS. Pero también en la formación de profesionales, quienes requieren estrategias de escucha a los niños desde la perspectiva de RS, es decir, no como un objeto de atención, sino como sujetos activos de sus propias elaboraciones, que deriven en la atención integral centrada en el entorno social y físico. Las RS se transforman en un instrumento para conocer las subjetividades de la población.

Cabe preguntarse si todo lo enseñado y establecido desde el comportamiento institucional ha permitido reflexionar sobre las formas en que los actores primarios asumen la enfermedad y más allá como asumen el concepto de salud, el cual gira en torno a categorías que quizás los actores secundarios no visibilizan, en tanto está mediado por el conocimiento científico en estrecha relación con los llamados “expertos”, que en su gran mayoría están alejados de esa realidad crítica que hace que se creen barreras de credibilidad y se asuma lo tradicional y lo transmitido por la familia como real, traducido en

imágenes como “no estar atado a una cama o estar quieto” como símbolo de la enfermedad.

Favorecer las funciones esenciales de la salud pública en virtud de un tecnicismo que ha llevado a los actores secundarios, médicos y equipo de atención en salud, lleva a desarticular su misión en la intervención momentánea y poco integradora en detrimento de la percepción de otros elementos importantes como la familia, el nicho social, los antecedentes históricos y en especial, el discurso que circula en torno a las construcciones sociales sobre salud y enfermedad.

6. Conclusiones y recomendaciones

6.1 Conclusiones

En la literatura se ha planteado la importancia de abordar desde los elementos sociohistóricos la concepción del proceso salud-enfermedad (Laurell, 1982; Quevedo & Hernandez, 1994), teniendo en cuenta las características grupales y comunitarias de las personas en relación con sus propios contextos. Considerando la premisa que tanto la salud como la enfermedad son dos fenómenos sociales y culturales, por tanto son formas de la realidad social (Bovina, 2006), este trabajo opta por identificar los elementos que hacen parte del contenido y la estructura de la representación social de salud y enfermedad de niños y niñas, en un grupo con edades comprendidas entre 7 y 10 años de escuelas rurales de los municipios de Cogua y Cachipay y escuelas urbanas del Distrito de Bogotá, Colombia. Así como del equipo de atención en salud que labora en los mismos espacios geográficos y tiene contacto día a día con niños de esta edad, e incluso este mismo grupo en particular.

A partir de la aplicación de los instrumentos, evocación jerarquizada, dibujo, entrevista basada en dibujo se estableció la estructura de la RS de salud y enfermedad en los grupos estudiados; la primera hace énfasis en la estructura con aproximación al contenido, tanto el dibujo como la entrevista aportan los elementos que hacen parte del contenido de dicha representación.

La definición de salud ampliamente divulgada y utilizada propuesta por la OMS (1946) como el “estado de completo bienestar físico, mental y social y no consiste únicamente en la ausencia de enfermedad”, dando un paso hacia la integralidad del concepto y la interdisciplinariedad para su abordaje, pero aun con una visión de individuo alejado de un grupo social. Con más de setenta años de su formulación, es posible identificar momentos y prácticas con persistencia de la comprensión de la salud como la ausencia de enfermedad, específicamente para la población infantil parte del interés por favorecer la

supervivencia, como fruto del trabajo permanente sobre la necesidad histórica de considerar a los niños como población vulnerable.

Construir salud requiere la participación de los actores sociales, reconociendo sus miradas, imaginarios, representaciones, categorías emergentes y teorías construidas, relacionadas con prácticas o comportamientos cotidianos. El predominio de la visión adulto-céntrica¹⁴ con escasa participación de los niños, tanto en los espacios de decisión como en los de ejecución de las políticas pública, los silencia y de esta forma ignora sus opiniones. Las representaciones de la salud trascienden la formulación teórica hacia el ejercicio del cuidado y la vivencia de prácticas protectoras, al ejercicio de la participación en procesos de abogacía, construcción de propuestas, desarrollo de políticas de salud, evaluación y monitoreo de acciones; considerándolas respuestas a sus necesidades sentidas y globales, componentes fundamentales en la construcción de sociedad. Es imperativo tomar como eje a los niños, quienes se constituyen como sujetos de derechos y tomar parte activa hacia la transformación de los entornos, adaptación de los discursos y/o diálogos que los afecte y lleve a la reflexión del ejercicio de la salud pública y la construcción de ciudadanía.

Moscovici (1969) se refirió a la teoría de representaciones sociales como un “sistema de valores, ideas y prácticas que tienen una doble función: en primer lugar, establecer un orden que permita a los individuos orientarse en su mundo social y material y dominarlo; y, en segundo término, permitir la comunicación entre los miembros de una comunidad, aportándoles un código para el intercambio social y un código para denominar y clasificar de manera inequívoca los distintos aspectos de su mundo y de su historia individual y grupal”, los resultados aportan al conocimiento científico a partir de la construcción de la realidad compartida socialmente hacia un abordaje integral de la salud infantil acorde con las necesidades y realidades de la población; favoreciendo a los niños como sujetos activos, en proceso de construcción de ciudadanía y a la institucionalidad como receptores

¹⁴ En la cual los niños y niñas se consideran “menores”, quienes a partir de su edad se remite como objetos de protección al cuidado de adultos bajo posiciones de subordinación, obediencia o sumisión.

y validos interlocutores que involucren elementos más allá de intereses propios y descontextualizados.

Se propone identificar la representación como la puerta del conocimiento de cada uno de los “actores”, este conocimiento del sentido común permite visibilizar aquellos elementos que hacen parte del proceso salud enfermedad en una localidad o territorio, pero esto solo se logra con la apertura y el interés desde la interdisciplinariedad, teniendo como centro la sociedad. Es fundamental hablar con los niños, estar abiertos a sus propuestas, expectativas, intereses, preguntas, es su espacio que en pocas oportunidades se les permite interactuar más allá de que su corporalidad sea un objeto de trabajo. Considerando desde el sector salud su participación como dinamizador de propuestas de emancipación y construcción de paz.

De acuerdo con Herzlich (1969) al estudiar la representación social de la salud y la enfermedad es observar como el conjunto de valores, de normas sociales y modelos culturales se piensan y viven por los individuos de nuestra sociedad [...]. Pero, puesto que la imagen contribuye a modelar los comportamientos, son fuente de comportamientos, el estudio también será el de una de las fuentes de la realidad (pág. 14, traducción libre). Se muestra que la autora relacionó las RS de salud y enfermedad con la organización de la sociedad en sí misma, en este trabajo las RS identificadas en los niños aportan a los pilares de la salud pública dirigida a ellos, centrada en la alimentación, la alegría-felicidad y el juego, hacia los cuales deberían girar tanto las políticas, como los elementos a integrarse en los programas de formación de profesionales y técnicos en salud, así como ser el centro de la búsqueda en la atención individual para cada uno de los niños que participaron en esta investigación. Así como la diferencia de RS entre los adultos y los niños evidencian el camino divergente que se construye desde las “ciencias de la salud”.

La salud vincula conceptos, representaciones y por tanto prácticas, siendo elementos funcionales con los cuales se dinamiza el desarrollo de personas y comunidades; mientras que la enfermedad es representada por entidades patológicas y noseológicas puntuales, con alta capacidad de resolución y corta duración en el tiempo. Llama la atención la relación central con la actividad física y especialmente con el juego, que a su vez son necesarios para la construcción del universo simbólico infantil.

La caracterización social de los contenidos o de los procesos representacionales referencia las condiciones, a los contextos, a las comunicaciones y a las funciones que sirven dentro de la interacción con el mundo. Retomando los resultados de RS para el equipo de atención, la salud se considera como un fin en sí misma, fruto del equilibrio entre determinantes que le afectan directa o indirectamente; pero, para que ello sea evidente y parte de su quehacer profesional se requiere que la formación amplíe sus horizontes. Los conocimientos técnicos en los centros de educación superior son los favoritos (universidades), se priorizan espacios de entrenamiento ligados necesariamente a la enfermedad, el contacto con la cotidianidad de las familias y en especial de los niños es casi nulo, por no decir ausente, así mismo resaltar la competencia de las ciencias sociales en la formación es clave para asegurar humanización y calidad del ejercicio profesional.

El problema es cómo desestructurar en los profesionales el concepto ya tan estructural de enfermedad como contradicción de la salud, modificar este discurso desde la academia y como la sociedad cambia el mito. Así mismo, es fundamental vincular a las ciencias sociales a la construcción de una pediatría humana, real, apropiada, constructiva y relacionada. Y aunque los pediatras apoyan a la salud pública en la prevención de enfermedades, tratamiento de enfermedades, promoviendo estilos de vida saludables, a menudo son los primeros en identificar un problema de salud pública y reportarlo (Kuo, y otros, 2018), la pediatría actual se centra en lo técnico, se une al dolor y no a la felicidad ni al juego y un poco menos a la alimentación; es necesario contar con pediatras que se ubiquen en la realidad del otro, lejos de una medicina controladora, de regaño y prescriptiva.

Reconocer a los niños como sujetos de derecho requiere el esfuerzo desde la sociedad civil, familia y Estado de garantizar más allá de la supervivencia, para lo cual apropiarse de las construcciones del saber común que tienen los niños en los contextos y poblaciones particulares estudiadas permite, además de dar respuesta a las preguntas planteadas, ser la base para la formulación de estrategias de salud pública que partan de ellos mismos y sean coherentes con su realidad. El paralelo entre niños y los adultos sugieren que han adquirido, a través de la vida comunitaria, más o menos las mismas estrategias para interpretar el mundo social o que implementan estas estrategias por su cuenta (Hirschfeld, 2001).

Lo anterior nos deja un cuestionamiento frente a las formas en que se ejerce la medicina y las profesiones de salud en todas sus constantes, en tanto se evidencia una distancia entre la realidad construida socialmente sobre la buena salud, y la realidad centrada desde los estamentos de salud, académicos y la misma construcción de políticas públicas, que son recreadas desde las necesidades impuestas y no desde las necesidades y representaciones de las familias y en especial de los niños acerca de que significa ser sano o aliviado. Condición que requiere de una lectura más acorde a esas representaciones desde los estamentos para establecer una acción que esté acorde con las significaciones del sujeto sobre salud - enfermedad.

Concebir la salud desde la enfermedad tiene explicaciones históricas, ligadas a la resolución de problemas urgentes, favorecidas por la investigación y el desarrollo epidemiológico que ha aportado tradicionalmente al horizonte de las políticas públicas de salud, también ha demostrado que potenciar los factores protectores y disminuir los factores de riesgo permite mejorar las condiciones de salud-enfermedad de individuos y poblaciones, mas, no puede tratarse del único interés posible, pues que hablar de salud va más allá de evitar la enfermedad y sus consecuencias tanto biológicas, como psicológicas, sociales o económicas. La propuesta de una concepción propia y diferencial de salud es una tarea que corresponde a quienes se encuentran en una comunidad, en cada uno de los campos del saber y de las posiciones que ocupen en su sociedad, basados en las necesidades, reconocimiento e identificando determinantes que le afectan, pero sobre todo, partiendo de los niños y las personas quienes son el centro de las recomendaciones sobre sus prácticas vitales.

La participación infantil como derecho se espera reflejar en el ejercicio de los demás derechos, por tanto, es posible terminar este documento con una aproximación a la definición de salud, recogiendo las respuestas de los niños en relación con su representación, se trata de la relación entre la vida y el existir, la felicidad y la alegría, el juego y el “poder hacer” como desarrollo de sus capacidades. Mientras que enfermedad es ausencia de lo anterior, una importante restricción a lo cotidiano y a las posibilidades. Por otro lado, y retomando las RS del equipo de atención en salud, cabe involucrar el sentido de la responsabilidad, el cumplimiento del deber y el autocuidado, lo que tiene que ver con el cumplimiento de la norma. Estar saludable se asocia con el bienestar que requiere cumplir las normas asumidas con los otros y con nosotros mismos.

6.2 Recomendaciones

La investigación presentada en este documento desarrolló y alcanzó los objetivos propuestos inicialmente, sin embargo, tiene limitación en cuanto al tamaño del grupo y el número de municipios del departamento en los que se realizó la investigación, lo que permite solo acoger sus resultados a la población estudiada, por tanto, entre las perspectivas se encuentra abarcar e indagar en las diferentes regiones con contextos diversos que construirán. Así mismo, uno de los grupos faltantes fue el de los padres y cuidadores, indagar por sus RS es clave para dar mayor amplitud al análisis propuesto en el presente trabajo.

Como preguntas derivadas de esta investigación se plantean las siguientes: ¿qué intervenciones mejoran la salud de los niños y las niñas? ¿Para qué se interviene en la salud de los niños y las niñas? ¿Quiénes son los que intervienen en la salud de los niños y las niñas? ¿Qué relevancia tiene que niños y niñas intervengan en las propuestas que mejoran su propia salud? ¿Para qué se interviene la salud infantil?

Es fundamental continuar planteando relaciones entre psicología, sociología, pedagogía y pediatría, tanto límites como puntos de encuentro, solo en el encuentro interdisciplinario, intersectorial, desde diferentes perspectivas de acción, se propondrán mejores intervenciones dirigidas a la salud pública, en especial, a la salud infantil.

A. Anexo: Permiso para realizar la Investigación en instituciones educativas

Bogotá, XX
Señor(a) Rector(a)
Institución Educativa Distrital
Bogotá D.C.

Ref.: Solicitud de autorización para desarrollar proyecto de investigación Doctoral.

Yo, Maria Fernanda Cañón Rodríguez, identificada con CC 52266814, en calidad de estudiante del Doctorado Interfacultades en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia, me encuentro realizando la investigación “Representaciones Sociales de la Salud Infantil en niños, niñas y equipo de atención en salud, en contextos rural y urbano del departamento de Cundinamarca”, con el propósito de Comprender los contenidos de las Representaciones Sociales de la Salud infantil en los niños, niñas y equipo de atención en salud, comparando sus contenidos entre los contextos rural y urbano del departamento de Cundinamarca.

Para la ejecución de la investigación, es importante:

- a. Selección de grado escolar a trabajar (niños y niñas entre 7 a 10 años), presentación al docente titular del curso para seleccionar una muestra de 3 niños y 3 niñas.
- b. Reunión con padres de familia de los niños y niñas seleccionados para explicación de la investigación y firma del consentimiento informado.
- c. Aplicación de técnicas de Red de Asociaciones, Dibujo, Entrevista individual y grupal a cada uno de los niños seleccionados en forma individual y grupal.
- d. Entrega de informe final de resultados del estudio.
- e. Disponibilidad de un espacio para poder realizar las actividades propuestas.

Por lo anterior solicito su valiosa colaboración para tener acceso a la institución durante el segundo semestre de 2016 y llevar a cabo el desarrollo del proyecto.

Agradeciéndole de antemano su apoyo, me despido muy atentamente
Maria Fernanda Cañón Rodríguez
Estudiante Doctorado Interfacultades de Salud Pública - Universidad Nacional de Colombia
Cel. 3106194084
Correo electrónico: mfcanonr@unal.edu.co

B. Anexo: Permiso para realizar la Investigación al interior del Centro de Salud

Bogotá, XX
Señor Director (a)
CENTRO DE SALUD
Municipio

Ref.: Solicitud de autorización para desarrollar proyecto de investigación Doctoral.

Yo, Maria Fernanda Cañón Rodríguez, identificada con CC 52266814, en calidad de estudiante del Doctorado Interfacultades en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia, me encuentro realizando la investigación “Representaciones Sociales de la Salud Infantil en niños, niñas y equipo de atención en salud, en contextos rural y urbano del departamento de Cundinamarca”, con el propósito de Comprender los contenidos de las Representaciones Sociales de la Salud infantil en los niños, niñas y equipo de atención en salud, comparando sus contenidos entre los contextos rural y urbano del departamento de Cundinamarca.

Para la ejecución de la investigación, es necesario:

- a. Ingreso al Centro de Salud para conocer el equipo de atención de salud que labora en su municipio / localidad.
- b. Reunión con equipo de atención en salud para explicar y contextualizar la investigación
- c. Selección de participantes en el estudio.
- d. Aplicación de técnicas de Red de Asociaciones, Dibujo, Entrevista individual y grupal a cada uno de los niños seleccionados en forma individual y grupal.
- e. Entrega de informe final de resultados del estudio.
- f. Disponibilidad de un espacio para poder realizar las actividades propuestas.

Por lo anterior solicito su valiosa colaboración para tener acceso a la institución en el mes de _____ y llevar a cabo el desarrollo del proyecto.

Agradeciéndole de antemano su apoyo, me despido muy atentamente

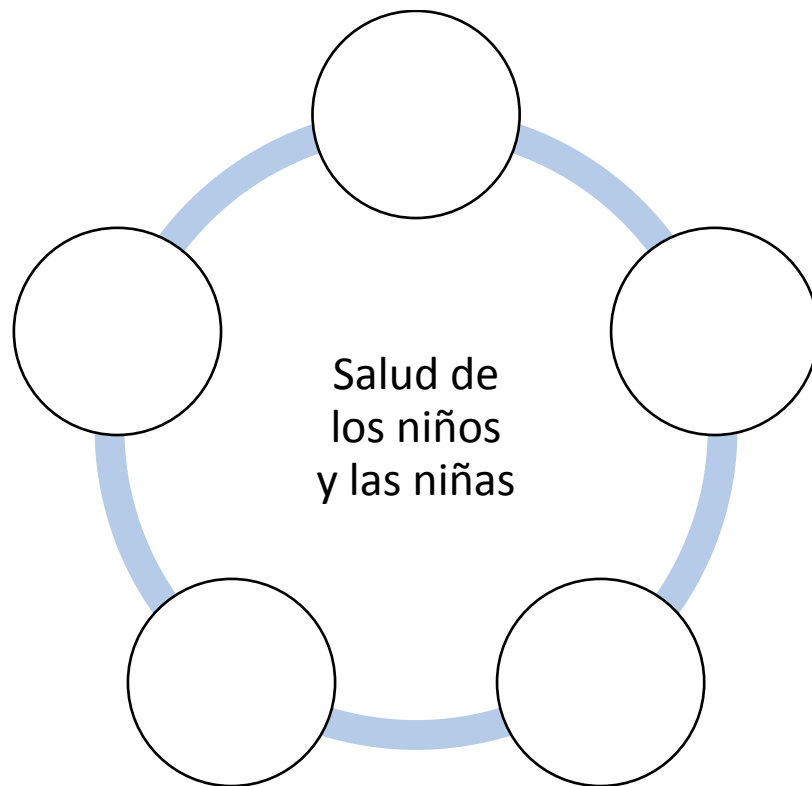
Maria Fernanda Cañón Rodríguez

Estudiante Doctorado Interfacultades de Salud Pública - Universidad Nacional de Colombia

Cel. 3106194084

Correo electrónico: mfcanonr@unal.edu.co

C. Anexo: Formato de Respuesta Evocación Jerarquizada Salud



Nombre: _____
Edad: _____ Niño _____ Niña _____
Fecha: _____

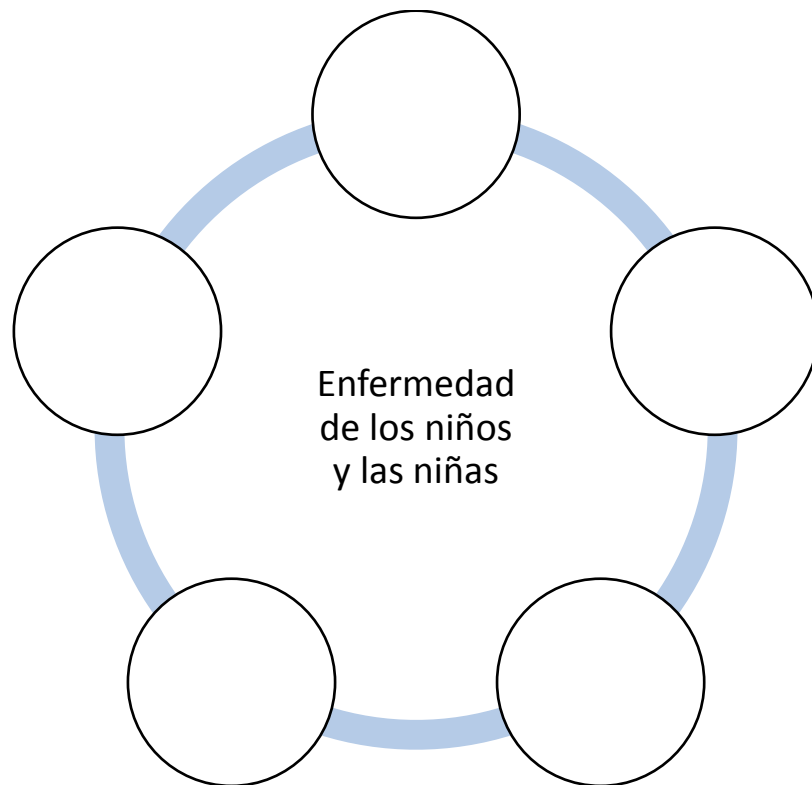
Paso 1: Alrededor de la palabra que aparece, escribe las palabras que lleguen a la cabeza lo más rápido posible. Colocando el número de aparición en color negro.

Paso 2: Mira de nuevo las palabras y conéctalas entre ellas con flechas con color verde.

Paso 3: Mira cada una de las palabras y coloca si es buena (+) o mala (-) o neutra (0) con color azul.

Paso 4: Mira la red y clasifica en orden de importancia cada palabra. Usa el color rojo.

D. Anexo: Formato de Respuesta Evocación Jerarquizada Enfermedad



Nombre: _____
Edad: _____ Niño _____ Niña _____
Fecha: _____

Paso 1: Alrededor de la palabra que aparece, escribe las palabras que lleguen a la cabeza lo más rápido posible. Colocando el número de aparición en color negro.

Paso 2: Mira de nuevo las palabras y conéctalas entre ellas con flechas con color verde.

Paso 3: Mira cada una de las palabras y coloca si es buena (+) o mala (-) o neutra (0) con color azul.

Paso 4: Mira la red y clasifica en orden de importancia cada palabra. Usa el color rojo.

E. Anexo: Guía de Entrevista Semiestructurada para niños y niñas

Ejes	Metodología
Presentación	De la investigación Del investigador Del proceso (grabación, preguntas, dinámica) Del consentimiento y disentimiento informado
Conocer a niño y niña	¿Cuál es tu nombre? ¿Cuántos años tienes? ¿Cuándo es tu cumpleaños?
Eje salud Explorar el conocimiento con relación a la definición de salud Identificar la relación del concepto de salud con otras categorías.	1. ¿Qué crees que es la Salud? 2. ¿Es diferente la salud para los niños que para los adultos? 3. ¿Qué características tiene la salud de las personas? 4. ¿Dime ejemplos de momentos cuando los niños tienen salud? 5. ¿Qué actividades puede realizar cuando los niños y las niñas están sanos? 6. ¿Qué haces para mantenerte sano?
Eje enfermedad Indagar por experiencias propias respecto a la enfermedad. Explorar los saberes relacionados con la enfermedad.	7. ¿Qué crees que es la enfermedad? 8. ¿Por qué te enfermas? 9. ¿Qué pasa cuando te enfermas? 10. ¿Cómo se te quita la enfermedad? 11. ¿Qué Diferencia hay entre salud y enfermedad? 12. ¿Qué haces para no enfermarte?

F. Anexo: Guía de Entrevista Semiestructurada para Equipo de Atención en Salud

Presentación:

La investigación “Representaciones Sociales de la Salud Infantil en niños, niñas y equipo de atención en salud, en contextos rural y urbano del departamento de Cundinamarca”, dirigida por Maria Fernanda Cañón Rodríguez, estudiante del programa de Doctorado Interfacultades en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia, en calidad de tesis de grado. El objetivo de la investigación es Comprender los contenidos de las Representaciones Sociales de la Salud infantil en los niños, niñas y equipo de atención en salud, comparando sus contenidos entre los contextos rural y urbano del departamento de Cundinamarca.

Esta entrevista se espera dure aproximadamente una hora, tiempo en el cual se realizará grabación de lo conversado.

1. Sexo
2. Ocupación
3. Eje Salud
 - 3.1 Como define Salud?
 - 3.2 Que caracteriza la salud de las personas?
4. Eje Salud infantil
 - 4.1 Que características tiene la salud de niños y niñas?
 - 4.2 Como define salud infantil?
 - 4.3 Cuando considera que un niño o una niña se encuentran sanos?
 - 4.4 El concepto involucra elementos relacionados con el ejercicio de la profesión?
 - 4.5 De acuerdo con su experiencia, el concepto de salud infantil que usted conoce ¿cómo influencia su ejercicio diario profesional?
5. Eje Enfermedad
 - 5.1 Cómo define enfermedad?
 - 5.2 Por qué se enferman los niños?
 - 5.3 Es posible evitar la enfermedad de niños y niñas? ¿Cómo?
6. Considera que existen diferencias entre lo que la población general define por salud y el concepto de salud por parte de los profesionales de la salud?

G. Anexo: Formato de consentimiento informado para Equipo de Atención en Salud

Yo, _____, identificado con CC No. _____ De _____, manifiesto a ustedes mi aceptación de la participación en la investigación “Representaciones Sociales de la Salud Infantil en niños, niñas y equipo de atención en salud, en contextos rural y urbano del departamento de Cundinamarca”, dirigida por Maria Fernanda Cañón Rodríguez, estudiante del programa de Doctorado Interfacultades en Salud Publica de la Universidad Nacional de Colombia, en calidad de tesis de grado. El objetivo de la investigación es Comprender los contenidos de las Representaciones Sociales de la Salud infantil en los niños, niñas y equipo de atención en salud, comparando sus contenidos entre los contextos rural y urbano del departamento de Cundinamarca.

Conozco que durante la participación se aplicarán técnicas de Red de Asociaciones, dibujo, entrevista personal y grupal, con el fin de asegurar la mejor información posible. Durante las entrevistas autorizo la grabación de audio y video. Sé de la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta que surja y aclaración de cualquier duda relacionada con la investigación. He sido informado sobre la reserva a la confidencialidad, aunque la información suministrada puede ser publicada, mi nombre no estará en ningún momento asociado a la investigación. Tengo la posibilidad de suspender la participación en el momento en que decida. Se me ha brindado la información y el compromiso de informarme sobre la información obtenida durante la investigación, como los resultados parciales y finales del mismo, de primera mano. Conozco que esta investigación no genera riesgo alguno en la salud o en la integridad de mi hijo. Así como no tendré la necesidad de realizar gastos adicionales para beneficio de la investigación. Sé que como resultado de la investigación el conocimiento aportará a entender mejor la salud infantil en el país, en el departamento y en mi sitio de residencia.

Firmas:

Entrevistado

Investigadora

_____ -

_____ -

Fecha:

H. . Categorización a partir de la Evocación jerarquizada

Como se describió en el capítulo metodológico, inicialmente se aplican los instrumentos del anexo 3 y 4. Los cuales reportan máximo cinco términos que cada uno de los participantes asocian con la frase inductora, así mismo se obtiene la jerarquización de acuerdo con la importancia que el participante ha dado a los términos que escribió. El número de términos por grupo fue:

Grupo	Salud de niños y niñas	Enfermedad de niños y niñas
Niños rurales	183	194
Niños urbanos	226	227
Equipo atención salud rurales	165	165
Equipo atención salud urbano	153	154

El proceso realizado fue el siguiente:

1. Ubicar las palabras en una matriz Excel tal cual las han escrito los niños y equipo de atención en salud.
2. Cada columna identifica la importancia que le dan.
3. Se cuenta con un archivo para cada grupo de participantes.
4. Se diferencia en cada archivo hojas por colegio y por institución de salud.
5. Se define posteriormente una hoja por cada grupo de participantes.
6. De forma paralela y en otra hoja, se ubican la totalidad de los términos por cada grupo en una única columna, identificando número de términos y repeticiones de los mismos.
7. Se observa dispersión entre ellos en la forma estricta de escritura, por tanto, se retorna a los participantes para identificar el significado intrínseco durante la escritura, sin llevar a cambio de los términos. Se identifican similitudes entre dos términos con escritura diferente y el mismo significado.
8. Se definen categorías para cada grupo de participantes. Inicialmente por la investigadora de acuerdo con la información obtenida por los participantes, los términos que se repiten se dejan como una sola categoría, los términos que no

- se repiten en una frecuencia mayor a 3, se ubican en otras categorías o se proponen algunas que los incluyan.
9. Se corroboran con los participantes, se ajustan categorías.
 10. Posteriormente se ponen a consideración con directora, codirector por separado y en el grupo de investigación de representaciones sociales, se ajustan categorías.
 11. Se definen las categorías para cada frase inductora y se ubican en cada una de ellas los términos escritos por los participantes. Las cuales se muestran en las siguientes tablas:

Tabla 1. Categorías niños rurales frase inductora: Salud de niños y niñas

Categoría	Términos relacionados
<i>Actividad física</i>	Basquetbol, brincar, caminar, corren, correr, educación física, ejercicio, entrenar, futbol, hacer ejercicio, lazo, yo trepé un árbol, pasamanos, patinar, pelota, salir, saltar
<i>Alegría y felicidad</i>	Disfrutar, feliz, amarlos
<i>Alimentación</i>	Alimentación, alimentarlos, alimentarse, arroz, carne, chocolate, comer, comer de sal, comer fruta, comer frutas, comer la ensalada, comer pan, comer verdura, comida saludable, comidas saludables, fruta, frutas, huevos, yo como una manzana, papas, sopa, tomar, tomar agua, tomar chocolate, vegetales, verduras.
<i>Atención de servicios de salud</i>	Darles sus medicinas para la salud, de saber como estoy de mi cuerpo, hospital, hospitales, ir al médico, medicina, medicinas, llevarlos al médico si están enfermos, que como estoy de mi peso y de mi talla, que lo revisen, tomar medicamento.
<i>Ausencia de síntomas enfermedad</i>	No dolor de garganta, no se ha caído, no tiene dolor de cabeza, no tiene dolor de barriga, no tiene dolor de pies, no tiene dolor de rodilla, no tiene fiebre, no tiene gripa, no tiene nada, no volverse muy obeso, que yo no me vaya a enfermar.
<i>Cantar y gritar</i>	Cantar, cantar en la casa, gritar
<i>Cuidado – autocuidado</i>	Atención, cuidados, cuidar, cuidarlos, cuidarme, cuidarnos, cuido mi salud, cuidarse.
<i>Dormir</i>	Dormir
<i>Estar bien</i>	Bien, estar bien, que estén bien, salud es buena, salud es buena para los niños, salud es hermosa, salud es linda.
<i>Hogar</i>	Casa, madre, mamá, padre, papá, sala, estar con buena salud para estar en casa, que mi familia no se vaya a enfermar.
<i>Juego</i>	Juegan, jugar, jugar futbol, juego, juguete.
<i>Relación naturaleza</i>	Agua, flor, perro, rosas, vitamina de sol.
<i>Saludable</i>	Salud, saludable, sana, sano.
<i>Seguir normas</i>	No comer dulces, no comer dulces de los extraños, no debo pelear, no jugar con la tierra, no pensar en cosas que no son, no salir en la lluvia.
<i>Vivir</i>	Vivir, los niños tienen vida, que mis abuelitos vivan.

Tabla 2. Categorías niños rurales frase inductora: Enfermedad de niños y niñas

Categoría	Términos relacionados
<i>Brotes piel</i>	Varicela, viruela, sarampión, brotes.
<i>Contagio</i>	Contagio, contaminar, virus, bañarles las manos antes de comer, bañarlos para que no se les prendan enfermedades.
<i>Dolor</i>	A mi hermana le duele un pie, a mi mamá le duele la cabeza, a mi papá le duele el oído, doler la panza, dolor, dolor de barriga, dolor de brazo, dolor de cabeza, dolor de cuerpo, dolor de dedo, dolor de estómago, dolor de garganta, dolor de hueso, dolor de huesos, dolor de mano, dolor de muela, dolor de oído, dolor de pie, dolor de pierna, dolor de rodilla, le duele la barriga, me duele el pie, me duele la cabeza, tengo dolor de un brazo.
<i>Efecto de enfermedad</i>	Tratamientos, triste, calzas, que podamos caminar, tengo una cicatriz.
<i>Embarazada</i>	Embarazada.
<i>Enf - síntomas respiratorios</i>	Crisis de asma, estornudar, estornudos, flema, gripa, la crisis de asma, tos, toser.
<i>Enf. Insectos</i>	Chicunguña, dengue, zika.
<i>Enfermedades no infecciosas</i>	Alergia, anemia, ataque de epilepsia, cáncer, diabetes, miopía, que sufren del corazón, presión.
<i>Esquema corporal</i>	El corazón, la matriz, cardio, sangre.
<i>Fiebre</i>	Fiebre, fiebre interna, tener fiebre.
<i>Heridas</i>	Espinarse, estar botando sangre, heridas, heridas en mis piernas, herido, me vasee una pierna, tiene en la oreja un frijol.
<i>Mareo</i>	Mareo, trastorno.
<i>Prevención</i>	No comer bien, no comer comida chatarra, vacuna.
<i>SIDA</i>	SIDA
<i>Vomito y diarrea</i>	Vomito, descuajado, diarrea, le da diarrea.

Tabla 3. Categorías niños urbanos frase inductora: Salud de niños y niñas

Categoría	Términos relacionados
<i>Actividad física</i>	Bailar, buena agilidad, buena fuerza, corren, cuando uno esta bien puede patinar, van al cine, van al colegio, van de viaje, salen, salen al cine, salir, saltan, ir al parque, mira má ya puedo caminar, papi ya podemos ir al parque, poder caminar bien, pueden hacer muchas cosas, también hay que hacer ejercicio, me caí, me caí de la bici, me caí en el parque.
<i>Alegría y felicidad</i>	Alegres, contentas y contentos, contentos, cuando están tristes pero les dan algo y se ponen felices, divertirme,

	estar alegres, están contentos, están felices, estar feliz, felices, felicidad, muy alegres, sonrio, reir, se siente feliz, ser alegre, son felices, se divierten, se levantan de la camilla y se ponen felices, emoción, emocionados.
<i>Alimentación</i>	Buen alimento, comen, comer, comer bien, comer en el colegio, comer fruta, comer frutas saludables, comer mucha fruta, comer proteínas, comer saludable y estar sana, estar saludable y comer sano, nutrición, se comen todo, tener una nutrición balanceada, todos deben comer sano para no enfermarse.
<i>Ansiedad</i>	Ansiosas, ansioso
<i>Atención servicios de salud</i>	Cuando les da mucha tos les dan loratadina y se calman, diariamente ir al médico, el dentista curó los dientes, el niño se puso las gafas, estar en un hospital, ir al hospital, les dan un objeto para tomar y para que se recuperen, les dan una vitamina para que se sientan mejor, les hacen un examen, llevarlo al médico, me revisaron los ojos, me revisó los doctores, no estar en un hospital, no necesitan quedarse en el hospital, no necesitan remedios, no necesitan vacunas, yo uso gafas, toma vitamina C, tomar vitaminas, tomar vitaminas diarias, gracias doctor muchas gracias.
<i>Ausencia síntomas/enfermedad</i>	La niña tiene mocos, no tener vomito, no enfermarnos, no tener diarrea, no tener fiebre, no tener ninguna enfermedad, por no estar enfermo, ya no les duele la barriga, ya no les duele nada, yo cuando no estoy enferma, puedo estar bien porque no tengo enfermedad, se me cayó el cuero, se raspó, me pelé el cuero, me raspé la cara.
<i>Calma</i>	Calmados
<i>Cuidado autocuidado</i>	- A veces hay que tener cuidado con los niños y las niñas, cuidar a la persona, cuidarse, el papá lo cuida, asearse, ayudarse, se cuidan, que tienen que tener cuidado con todo.
<i>Descansar</i>	Duerme muy bien, ir a descansar.
<i>Esquema corporal</i>	Barriga sana, buen crecimiento, buena vista, nariz sana, dietes sanos, ojos sanos, orejas sanas, que está gordita.
<i>Estar bien</i>	Cuando los niños están bien, están bien, estar bien, estar en buen estado, Yojan está mejor, los niños y las niñas son mas bonitos, mi mamá mírame estoy bien, que puede estar bien, se sienten bien, sentirse bien.
<i>Estudiar</i>	Dibujan, orgullosos, palabra, están en el colegio, estudiar, estudio, son inteligentes, soñar.
<i>Hogar</i>	Feliz su mamá, feliz su papá, feliz su perro, yo voy a la casa, felicitan a su hermana, pueden ver a su familia, si ven a su amigo, hablo con mis amigos, ya son amigos y no se pegan, ir donde mis amigos.

<i>Juego</i>	Juegan, juego en el celular, jugar, jugar con el hermano, feliz jugando, pueden jugar, yo juego cuando estoy bien, mira papá y mamá puedo jugar.
<i>saludable</i>	Salud, saludable, saludables, sanarse, sano, sanos, están sanos, estar en buena salud, estar saludable, estar sano, la salud, son sanos, tener mucha salud, tienen que estar saludables, sanos y salvos.
<i>Seguir normas</i>	No acercarse al polvo, no coger droga, no decirle al papá groserías, no fuman, no lloro, no se pelean, no tratar mal a la profe, dicen gracias a dios, son buenos, son obedientes, portarme bien.
<i>Ver televisión</i>	Ver televisión

Tabla 4. Categorías niños urbanos frase inductora: Enfermedad de niños y niñas

Categoría	Términos relacionados
<i>Brotes piel</i>	Tener brote, sarampión, tener varicela, varicela, granos.
<i>Causas ambientales</i>	Frio, de un mosquito
<i>Causas nutricionales</i>	El pollo te hace daño a la barriga, la hamburguesa te hace daño, desnutrición, enfermedad de comer mucha comida, falta de alimento.
<i>Dolor</i>	Dolor, dolor de barriga, dolor de estómago, dolor de panza, le duele mi estómago, dolor de brazo, a veces le duele la cabeza y tienen tos pequeños, dolor de cabeza, enfermedad de dolor de cabeza, duele la cintura, dolor de columna, dolor de corazón, dolor de cuerpo, dolor de dedos, dolor diente, enfermedad de dolor en la encía, dolor de espalda, dolor en los hombros y extremidades, dolor de garganta, dolor de manos, dolor muñeca, dolor de nariz, dolor de oído, dolor de ojos, dolor de orejas, dolor de pecho, cuando duele la pierna, dolor de la pierna, dolor de pie, dolor de piernas, dolor de pies, le duelen las piernas, dolor de pulmones.
<i>Efecto de enfermedad</i>	Ellos pueden morir por una enfermedad, no puede caminar, discapacidad de la cadera, porque a veces les pueden haber problemas, quejarse, silla de ruedas, sin aliento, de muy malestar, paro cardíaco.
<i>Enf - síntomas respiratorios</i>	Amigdalitis, asma, enfermedad de respiración, enfermedad puede ser un resfrío, enfermedad pulmonar, estornudar, mucha estornudadera, estreñimiento nasal, enfermedad gripa, gripa, mucha tos, tos, tos con flema, flema, resequedad en la garganta, resfriado.
<i>Enfermedades no infecciosas</i>	Alergia de mosquito, bizco, de un ojo de un color y otro de otro, ataque del corazón, cancer, convulsión, de que uno crece mucho, dermatitis, enfermedad de los dientes, enfermedad de los pies, epilepsia, de que uno ve solo por la oscuridad, malformación venosa, la migraña, pie plano, problema en la sangre, tensión alta, ser golpeado, gastritis.

<i>Fiebre</i>	Fiebre, enfermedad de fiebre, tener fiebre.
<i>Heridas</i>	Fractura, los niños pueden hacerse un esquince.
<i>Otras enfermedades</i>	SIDA, papiloma humano.
<i>Vomito y diarrea</i>	Diarrea, enfermedad de vómito, enfermedad del estómago, vomito y diarrea, se vomita, tener vomito, vómito.

Tabla 5. Categorías equipo atención de salud rural frase inductora: Salud de niños y niñas

Categoría	Términos relacionados
<i>Biológico</i>	Físico, peso, talla, talla y peso adecuados, vigoroso.
<i>Actividad física</i>	Activo, agilidad, actividades lúdicas, recreación, recrear.
<i>Alegría y felicidad</i>	Alegre, alegría, felicidad, sonrisa, satisfecho, sueños, curiosidad.
<i>Alimentación</i>	Alimentación, come frutas y verduras, nutrición, leche materna
<i>Amor</i>	Amor, cariño, ternura.
<i>Atención de servicios de salud</i>	Atención médica, crecimiento y desarrollo, controles cyd, médico, odontología, enfermera, AIEPI, PAI, vacunación, vacunas, prevención.
<i>Bienestar</i>	Bienestar, bienestar educativo, bienestar familiar, bienestar físico, bienestar físico emocional, bienestar mental o psicológico, bienestar psicológico, bienestar social, confort.
<i>Compromiso</i>	Compromiso, responsabilidad.
<i>Comunicación</i>	Expresión y comunicación, comunicación.
<i>Desarrollo</i>	Estimulación, desarrollo.
<i>Educación</i>	Educación, educación escolar o familiar, inteligencia, escolaridad.
<i>Entorno</i>	Medio ambiente, ambiente psicosocial, vivienda digna, social y espiritual
<i>Equilibrio</i>	Armonía, equilibrio, estabilidad.
<i>Familia</i>	Familia, red de apoyo familiar, hogar, hogar familia, pautas de crianza, roles.
<i>Higiene</i>	Hábitos – higiene, higiene, limpieza.
<i>Juego</i>	Juego, juego y recreación, jugar y divertirse, entretenimiento juego.
<i>Lo mental</i>	Psicología, emocional, mental.
<i>Paciencia</i>	Tranquilidad, paciencia
<i>Prioridad</i>	Lo mejor, logro, más garantía, buen trato, Estado, derechos, promoción, prioridad.
<i>Problemas</i>	Aburrimiento frustración, abuso, maltrato.
<i>Protección</i>	Cuidado de los padres, cuidados, protección.
<i>Vivir</i>	Viviendo, vitalidad.

Tabla 6. Categorías equipo de atención rural frase inductora: Enfermedad de niños y niñas

Categoría	Términos relacionados
<i>Abandono</i>	Abandono, abandono social, falta de amor, irresponsabilidad.
<i>Alimentación</i>	Alimentación, mala alimentación, nutrientes, bajo peso, bajo peso y obesidad, desnutrición, desnutrición o malnutrición, obesidad.
<i>Ambiente</i>	Medio ambiente
<i>Atención servicios salud</i>	Atención médica, inasistencia a programas pyp, controles médicos inexistentes.
<i>Condiciones socioeconómicas</i>	Bajo estrato socioeconómico, economía, déficit económico, pobreza, recursos económicos.
<i>Consecuencias</i>	Embarazo no deseado, incapacidad, problema, afectación del organismo, físico, no desarrollo físico, decaimiento inactividad, daño psicológico, afectación psicológica, cambio de ánimo.
<i>Contagio</i>	Epidemia.
<i>Descuido</i>	Descuido, desprotección.
<i>Diarrea y vómito</i>	Diarrea, diarreas, EDA, vómito.
<i>Dolor</i>	Dolor, dolor de cabeza, dolor de estómago.
<i>Emociones negativas</i>	Angustia, tristeza, desamor, desesperación, llanto, sufrimiento, emocional.
<i>Enfermedad respiratoria</i>	Bronquiolitis, enfermedades respiratorias, gripa, gripas, infección respiratoria, IRA, resfriado común, problemas respiratorios.
<i>Estado</i>	Estado, vulneración, no garantía, no prioridad, inequidad.
<i>Familia</i>	Ausencia familia o vivienda, familia, madre trabajadora, permisividad, sobreprotección, tiempo, despreocupación de los padres, preocupación.
<i>fiebre</i>	Fiebre
<i>Hábitos e higiene</i>	Desaseo, higiene y manipulación de alimentos, malos hábitos, malos hábitos higiénicos, vivienda, alimentos, mala conservación, suciedad.
<i>interacción</i>	Ayuda, compromiso.
<i>Lo positivo</i>	Amor, responsabilidad.
<i>malestar</i>	Malestar
<i>Maltrato y violencia</i>	Maltrato, maltrato falta de educación, entorno agresivo y/o negligente, negligencia, violencia, violencia intrafamiliar.
<i>Otras enfermedades</i>	Brote, brotes, CA, caídas, enfermedad médica, IVU, parotiditis, varicela, virosis, depresión.
<i>Perdida equilibrio</i>	Desequilibrio, desequilibrio familiar, desequilibrio físico, inestabilidad, trastorno, mental.
<i>Prevención</i>	Evitar, no vacunación, prevención.
<i>Relación educación</i>	Educación, falta de educación, no educación.
<i>sociedad</i>	Afectación social, comunidad, social y espiritual.

Tabla 7- Categorías equipo atención de salud urbano frase inductora: Salud de niños y niñas

Categoría	Términos relacionados
<i>Biológico</i>	Crecimiento, pelo brillante, calidad de sueño, salud física general, salud oral.
<i>Actividad física</i>	Correr, trotar, saltar, deporte, actividad física.
<i>Alegría y felicidad</i>	Alegres, alegría, felicidad, sonrisa, sonrisas, diversión, reír, diversión.
<i>Alimentación</i>	Alimentación ok, comer bien, sana alimentación, alimentación, adecuada alimentación, alimentación saludable .
<i>Amor</i>	Amor
<i>Atención de servicios de salud</i>	Accesibilidad-calidad, acceso, acceso a salud, atención, controles médicos, vacunación, vacunas, complejidad servicios, equipo médico, prevención, esquema de vacunas, pediatría.
<i>Bienestar</i>	Bienestar, calidad de vida.
<i>Confianza</i>	Confianza, seguridad
<i>Convivencia y sociedad</i>	Sociedad, sociedad y leyes, comunidad, convivencia, compartir iguales, entorno adecuado.
<i>Cuidado</i>	Cuidado, cuidado amor de padres, compañía cuidado, dedicación, protección.
<i>Derechos</i>	Derecho, derechos, respeto de sus derechos, respeto, dignidad, diferencial.
<i>Desarrollo</i>	Desarrollo adecuado, desarrollo social, desarrollo, evolución.
<i>Educación</i>	Educación, educación y esparcimiento, comportamiento, disciplina.
<i>Equilibrio</i>	Equilibrio, estabilidad.
<i>Familia</i>	Familia, depende del cuidador y la familia, relaciones sociales familiares, protección del cuidador, protección y amor familiar.
<i>Integral</i>	Integral, integridad del individuo, trabajo en equipo, experiencia.
<i>Intervención</i>	Intervención, políticas públicas, atención, proactividad, dinero, accesibilidad a servicios.
<i>Juego</i>	Juego, juegos, juego recreación
<i>Lo mental</i>	Emociones, empatía.
<i>oportunidad</i>	Oportunidad, oportunidades
<i>Prioridad</i>	Preferencia, prioridad, importante.
<i>Problemas</i>	Infravalorada, enfermedad, desatendida, vulnerable.
<i>Responsabilidad</i>	Responsabilidad, compromiso, conciencia, deber.
<i>Vivir</i>	Vida, futuro.

Tabla 8. Categorías equipo atención urbano frase inductora: Enfermedad de niños y niñas

Categoría	Términos relacionados
<i>Abandono</i>	Abandono, ausencia, soledad.
<i>Alimentación</i>	Malos hábitos alimentarios, alimentación, alimentación no adecuada bajos nutrientes, bajo peso, desnutrición, desnutrición y anemia, sobrepeso, obesidad.
<i>Ambiente</i>	Ambiental, ambiente, agentes externos, entornos contaminados.
<i>Atención de servicios de salud</i>	Ausencia de servicios adecuados de salud, atención, accesos, barrera, barreras de acceso, dosis, no controles médicos, vacunas, entrenamiento especialidades, especialistas, hospitalización urgencias, idoneidad profesionalismo atención, medicamentos, sistema de salud, inclusiones del pos, capacidad instalada, remisiones adecuadas, incidencia, prevalencia.
<i>Causas</i>	Causas, heredado-adquirido, provocada, antecedentes.
<i>Condiciones socioeconómicas</i>	Pobreza, dinero, costo.
<i>Consecuencias</i>	Efectos, impacto, deficiencia física, muerte, catastrófica, dolor.
<i>Contagio</i>	Contaminación, virus, transmitido, transmisibles, piojos.
<i>Cuidado</i>	Cuidado, cuidado diario, tener cuidado, mal cuidado de los padres, alerta, irresponsabilidad.
<i>Derechos</i>	Violación de derechos, derechos, respeto.
<i>Diarrea y vómito</i>	EDA, diarrea, enfermedades diarreicas
<i>Emociones negativas</i>	Triste, tristes, tristeza
<i>Enfermedad respiratoria</i>	ERA, gripa, gripas, bronquitis, Enfermedad respiratoria agua, enfermedades respiratorias, IRA.
<i>Familia</i>	Crianza, angustia familiar, familia, familias que en ocasiones no están, preocupación familia.
<i>Hábitos</i>	Sedentarismo, hábitos
<i>interacción</i>	Acompañamiento, protección, tolerancia.
<i>Lo positivo</i>	Amor, calidad de vida, entusiasmo, fortaleza, prioridad, oportunidad, oportunidades.
<i>malestar</i>	Desaliento, malestar corporal.
<i>Maltrato y violencia</i>	Maltrato, maltrato infantil, violación, violencia, negligencia.
<i>Otras enfermedades</i>	Cáncer, autismo, eruptivas, diabetes, difteria, estrés, malformación congénita, problemas cardíacos.
<i>Relación educación</i>	Bajo rendimiento, educación, falta de información, no hay educación, dificulta el aprendizaje, jardín.
<i>sociedad</i>	Factor social, actores sociales, políticas públicas.
<i>Transformación</i>	Futuro, evolución, cambio, retraso, prevenible.
<i>Vulnerabilidad</i>	Vulnerabilidad, segregación, marginalidad, inequidad, desequilibrio.

12. Se traduce cada término en una categoría en la matriz descrita en el punto 1.

13. Se cambian las palabras originales escritas en las categorías definidas.

14. Se revisa la nueva matriz, se observa de forma horizontal los términos traducidos.
15. Se eliminan las categorías iguales ubicadas en cada fila (horizontal).
16. La matriz resultante cuenta con categorías no iguales de forma horizontal, respetando los espacios que han quedado eliminados por igualdad.
17. Pasan por programa IRaMuTeQ.
18. Se obtiene una tabla y un grafo, que priorizan frecuencia, rango y co-ocurrencia de cada una de las categorías y sus relaciones.
19. Se realiza una primera interpretación partiendo de la tabla de 4x4 del análisis prototípico
20. Se realiza una segunda interpretación partiendo del grafo que correspondió al análisis de similitud.

Bibliografía

- Abric, J. C. (1987). *Coopération, compétition et représentations sociales*. Cousset: DelVal.
- Abric, J.-C. (2001). *Prácticas sociales y representaciones*. Mexico D.F.: Ediciones Coyoacán.
- Abric, J.-C. (2003). La recherche du noyau central et de la zone muette des représentations sociales. En J. Abric, *Méthodes d'étude des représentations sociales* (págs. 59-80). Saint-Agne, France: Édition érés.
- Aim, M. A., Dany, L., Dvoryanchikov, N. V., & Bovina, I. B. (2018). How Kids Understand Health and Illness: Some reflections from and for the Theory of Social Representations. *Cultural historical psychology*, 14(1), 15-22.
- Alderman, H., Behrman, J., Glewwe, P., Fernald, L., & Walker, S. (2017). Evidence of Impact of Interventions on Growth and Development during Early and Middle Childhood. En D. Bundy, N. de Silva, S. Horton, D. Jamison, & G. Patton, *Disease Control Priorities: Child and Adolescent Health and Development* (Third Edition ed., Vol. 8, págs. 79-98). Washington, DC: International Food Policy Research Institute. Obtenido de http://dcp-3.org/sites/default/files/volume_downloads/DCP3%20CAHD_Front%20Matter.pdf
- Altman, D. G., & Revenson, T. (1985). Children's understanding of health and illness concepts: a preventive health perspective. *The journal of primary prevention*, 6(1), 53-67.
- Alvarez Escobar, M. d. (2017). Formación del profesional de la salud: una mirada reflexiva. *Revista Medica Electrónica*, 39(4), 1004-1010. Obtenido de <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1822/3572>

- Alves Rodrigues, M., & Damas Cruz, M. (2012). Children's health perception through creative drawing language. *Invest. Educ. Enferm*, 30(3).
- Apostolidis, T. (2003). Représentations sociales et triangulation: enjeux théorico-méthodologiques. En J.-C. Abric, *Méthodes d'étude des représentations sociales* (págs. 13-35). Paris: Édition érès.
- Arredondo, A. (1992). Analisis y Reflexión sobre Modelos Teóricos del Proceso Sauld-Enfermedad. *Cad. Saude Publ*, 8(3), 254-261.
- Banchs, M. A. (2007). Representaciones Sociales y Salud. En T. Rodríguez Salazar, & M. L. Garcia Curiel, *Representaciones Sociales. Teoría e Investigación*. (págs. 219-254). Guadalajara, México: Universidad de Guadalajara.
- Bardin, L. (1986). *Análisis de contenido*. Madrid: Ediciones Akal.
- Bouriche, B. (2003). L'analyse de similitude. En J.-C. Abric, *Méthodes d'étude des représentations sociales* (págs. 221-252). Editions érès.
- Bovina, I. (2006). Représentations sociales de la santé et la maladie chez les jeunes Russes: "force" versus "faiblesse". *Papers on Social Representations. Textes sur les représentations sociales*, 5, 1-11.
- Caillaud, S., & Flick, U. (2016). Triangulation méthodologique. Ou comment penser son plan de recherche. En G. Lo Monaco, S. Delouée, & P. Rateau, *Les représentations sociales*. Bruxelles: De Boeck.
- Campbell, J. D. (1975). Illness is a point of view: the development of children's concepts of illness. *Child Development*, 46(1), 92-100.
- Carmona Fonseca, J., & Correa, A. (2014). Determinación social de la desnutrición y el retardo sicomotor en preescolares de Urabá (Colombia). Un análisis con la Epidemiología Crítica. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 32(1), 40-51.
- CEPAL. (2005). *Sistema de Indicadores Sociales*. Obtenido de http://celade.cepal.org/redatam/PRYESP/SISPPI/Webhelp/tasa_de_mortalidad_infantil.htm

- Contandriopoulos, A.-P. (2006). Elementos para una "topografía" de concepto de la Salud. *Rupturas. revista Interdisciplinaria de la Salud*, 11(1), 86-99.
- Corvalán, F. (2013). Repensando las prácticas de salud y educación en las complejidades sociales. Descripción y análisis de una metodología de investigación acción participativa. *Psicogente*, 16(26), 197-208. Obtenido de <http://portal.unisimonbolivar.edu.co:82/rdigital/psicogente/index.php/psicogente>
- Cromack, L., Bursztyn, I., & Rangel, L. (2009). O olhar do adolescente sobre saúde: um estudo de representações sociais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2), 627-634.
- Cundinamarca, G. d. (2015). *Municipios de Cundinamarca*. Obtenido de http://www.cundinamarca.gov.co/wps/portal/Home/Cundinamarca.gc/ascundi_municipioscontenidos/ccundi_municipios!/ut/p/a1/rVfZsqJKEPyWefCRY7PIct8QEERWURFeiGYTUBZZ1a-_7Zm5EbPcM0uMREDY3dVJdlaRUc79-XHuV3DMT7DP6wpenmOfDkiWBbIjCXBxlqgh4eaMwJikDYOlwEMBgsrFKMBA CiW
- DANE. (2007). *Proyecciones de Población 2005-2020*. Bogota.
- Dany, L. (2016). Analyse qualitative du contenu des représentations sociales. En G. Lo Monaco, S. Delouée, & P. Rateau, *Les représentations sociales* (págs. 85-102). Bruxelles: de Boeck.
- de Lima Lopes, E. S., & Brandini Park, M. (2007). Representação social de crianças acerca do velho e do envelhecimento. *Estudios de Psicologia*, 12(2), 141-148.
- Denzin, N. K. (1978). Strategies of Multiple Triangulation. En N. K. Denzin, *The research act. a theoretical introduction to sociological methods* (págs. 291-307). Illinois: McGraw-Hill Book Company.
- Duran Strauch, E. (2007). Los derechos de los niños y las niñas: marco general y puntos de debate. En E. Duran, & M. Torrado, *Derechos de los niños y las niñas. Debates, realidades y perspectivas* (págs. 39-55). Bogota: Universidad Nacional.

- Duveen, G. (2013). Children's understanding of friendship. En S. Moscovici, S. Jovchelovitch, & B. Wagoner, *Development as a social process. Contributions of Gerard Duveen* (págs. 3-26). New York: Routledge.
- Duveen, G., & Lloyd, B. (1990). Las Representaciones Sociales como una perspectiva de la psicología social. En J. A. Castorina, *Representaciones sociales. Problemas teóricos y conocimientos infantiles* (págs. 29-39). Barcelona: Gedisa.
- Eronen, R., Pincombe, J., & Calabretto, H. (2010). The role of child health nurses in supporting parents of young infants. *Collegian*, 17(3), 131-141.
- Fasanelli, R., & Galli, I. (2017). L'impatto psicosociale della crisi economica: aspetti diacronici e sincronici. En A. Spanò, *I giovani del Sud di fronte alla crisi. Strategie di sopravvivenza e capacità di innovazione* (págs. 273-293). Milano: Spanò.
- Fasanelli, R., Galli, I., & Somella, D. (2005). *Professione caregiver. Studio delle relazioni tra pratiche assistenziali e rappresentazioni sociali della malattia di Alzheimer*. Napoli, Italia: Liguori.
- Felix, J. F., Voortman, T., Van den Hooven, E. H., Sajjad, A., Leemakers, E. T., Tharner, A., . . . Franco, O. H. (2014). Health in children: a conceptual framework for use in healthy ageing research. *Maturitas*, 77(1), 47-51.
- Flament, C. (1962). L'analyse de similitude. *Cahiers du Centre de Recherche Opérationnelle*, 4, 63-97.
- Flament, C. (1994). Aspect périphériques des représentations sociales. En C. Guimelli, *Structures et transformations des représentations sociales* (págs. 85-118). Neuchatel, Suiza: Delachaux et Niestlé.
- Flick, U., Foster, J., & Caillaud, S. (2015). Researching social representations. En G. Sammut, E. Andreouli, G. Gaskell, & J. Valsiner, *The Cambridge Handbook of Social Representations* (págs. 64-80). United Kingdom: Cambridge University Press.

- Flick, U., Garms-Homolová, V., Herrmann, W. J., Kuck, J., & Röhnsch, G. (2012). "I can't prescribe something just because someone ask for it...": Using mixed methods in the framework of triangulation. *Journal of Mixed Methods Research*, 6(2), 97-110.
- Franco, A. (2006). Tendencias y teorías en salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 24(2).
- Franco, S. (2017). *Por la Salud Social*. Bogotá: Ediciones Aurora.
- Galand, C., & Salès-Wuillemin, E. (2009). Apports de l'étude des représentations sociales dans le domaine de la santé. *Sociétés*, 3(105), 35-44.
- Galli, I., & Fasanelli, R. (1995). Health and Illness: a contribution to the research in the field of social representations. *Papers on Social Representations*, 4(1), 1-27.
- García Caballero, C. (2000a). Salud de la familia. Salud infantil. Indicadores de salud. Epidemiología de la salud de la familia: diagnóstico comunitario. En C. García Caballero, & A. González Meneses, *Tratado de Pediatría Social* (págs. 44-55). Madrid: Díaz de Santos.
- García Caballero, C. (2000b). Introducción a la Pediatría Social. En C. García Caballero, *Tratado de Pediatría Social* (págs. 3-26). Madrid, España: Díaz de Santos.
- Goldhagen, J. (2005). Integrating pediatrics and public health. *Pediatrics*, 115(4), 1202-1208.
- Gómez Jiménez, A. (2003). Colombia: el contexto de la desigualdad y la pobreza rural en los noventa. *Cuadernos de Economía*, 22(38), 199-238.
- Gomez, R. D. (enero-junio de 2002). La noción de salud pública: consecuencias de la polisemia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 20(1), 101-116.
- González Martínez, F., Hernández Saravia, L., & Correa Mulett, K. (2013). Representaciones sociales sobre higiene bucal en madres y cuidadores de hogares infantiles. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39(1), 59-68.

- Guba, E. G. (1981). Criterios de credibilidad en la investigación naturalista. *ECTJ*, 29(2), 75-91.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (2002). Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. En C. Denman, & J. Haro, *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social* (págs. 113-145). Sonora: Colegio de Sonora.
- Guillemin, M. (2004). Understanding illness: using drawing as a research method. *Qualitative Health Research*, 14(2), 272-289.
- Guimelli, C. (1994). *Structures et transformations des représentations sociales*. Neuchatel, Suiza: Delachaux et Niestlé.
- Gutierrez de Pineda, V. (1955). Causas culturales de la mortalidad infantil. *Revista del Instituto Colombiano de Antropología*, IV, 11-86.
- Hernández - Sampieri, R. (2014). Muestreo en la investigación cualitativa. En R. Hernández Sampieri, C. Fernández Collado, & M. Baptista Lucio, *Metodología de la investigación* (Sexta ed., págs. 382-392). México D.F.: Mc Graw Hill .
- Hernández Girón, C., Orozco Nuñez, E., & Arredondo López, A. (2012). Modelos conceptuales y paradigmas en salud pública. *Revista de Salud Pública*, 14(2), 315-324.
- Hernández, M. (2007). El derecho a la salud de los niños y las niñas: reflexiones desde la experiencia de Bogotá. En E. Duran , & M. C. Torrado , *Derechos de los niños y las niñas. Debates, realidades y perspectivas* (págs. 267-281). Bogota, Colombia: Universidad Nacional.
- Herrera, J. D. (2010). *La comprensión de lo social. Horizonte hermenéutico de las ciencias sociales* . Bogotá: CINDE.
- Herzlich, C. (1969). *Santé et Maladie. Analyse d'une représentation sociale*. Paris, Francia: Editions de l'Ecole des Hautes Études en Sciences Sociales.
- Herzlich, C. (1997). Evolución actual de las problemáticas de salud: aportes de las ciencias sociales. *Cuadernos de Medicina Social*, XXXVIII(2), 47-50.

- Hirschfeld, L. A. (2001). On a Folk Theory of Society: Children, Evolution, and Mental Representations of Social Group. *Personality and Social Psychology Review*, 5(2), 107-117.
- Irwin, L. G., Siddiqi, A., & Hertzman, C. (2007). *Desarrollo de la Primera Infancia: Un potente ecualizador*. Canadá: HELP. Obtenido de http://www.who.int/social_determinants/publications/early_child_dev_ecdkn_es.pdf
- Jimenez Balam, D. P. (2012). Concepciones Infantiles sobre el proceso salud-enfermedad en una comunidad maya de Quintana Roo. Merida, Yucatan, Mexico. Obtenido de http://www.mda.cinvestav.mx/ecohum/tesis_estudiantes/TesisDJimenez12.pdf
- Jodelet, D. (1986). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En S. Moscovici, *Psicología Social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales* (págs. 469-494). Barcelona, España: Paidós.
- Jodelet, D. (2013a). L'apport de l'étude des représentations sociales dans le champ de la santé. 1-31. Documento inédito.
- Jodelet, D. (2013b). Culture and health practices. En A. M. de Rosa, *Social representations in the social arena* (págs. 153-165). New York, United States: Routledge.
- Knapp, E., León, I., Mesa, M., & Suarez, M. (2003). Representación Social de la Salud Humana. (F. d. Habana, Ed.) *Revista Cubana de Psicología*, 20(2), 153-164.
- Kuo, A. A., Thomas, P. A., Chilton, L. A., Mascola, L., Council on community pediatrics, & Section on epidemiology, public health and evidenc. (2018). Pediatricians and Public Health: Optimizing the health and well-being of the nation's children. *Pediatrics*, 141(2), 1-9. doi:10.1542/peds.2017-3848
- Lalonde, M. (1996). El concepto de "campo de salud": una perspectiva canadiense. En OPS, *Promoción de la Salud: una antología. Publicación científica No. 557* (págs. 3-6). Washington: OPS.

- Laurell, A. C. (1982). La Salud - Enfermedad como proceso social. *Cuadernos Médico Sociales*(19), 1-11.
- Laurell, A. C. (1994). Sobre la concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad. En OPS, *Lo biológico y lo social: su articulación en la formación del personal de salud*. (págs. 1-12). Washington D.C.: OPS. Obtenido de <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-043.pdf>
- Lima, L., & de Lemos, M. (2014). The importance of the instructions in the use of draw-and-write techniques for understanding children`s health and illness concepts. *Psychology, Community & Health*, 3(3), 146-157.
- Lima, L., & Serra de Lemus, M. (2014). The importance of the instructions in the use of draw-and-write techniques for understanding children's health and illness concepts. *Psychology, Community & Health*, 3(3), 146-157.
- Lincoln, Y., Lynham, S., & Guba, E. (2011). Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences , revisited. En N. Denzin, & Y. Lincoln, *The SAGE Handbook of Qualitative Research* (págs. 97-128). Los Angeles, United States: SAGE .
- Lo Monaco, G., Piermattéo, A., Rateau, P., & Tavani, J. L. (2016). Methods for Studying the Structure of Social Representations: A Critical Review and Agenda for Future Research. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 47(3), 306-331. doi:10.1111/jtsb.12124
- Löfdahl, A., & Hägglund, S. (2006). Power and participation: social representations among children in pre-school. *Social Psychology of Education*, 9, 179-194.
- Lopez Huerta, J. A., Alvarez Bermudez, J., & González Romo, R. A. (2012). La experiencia psicosocial de padres de hijos con leucemia en un hospital público de la ciudad de San Luis Potosí. *Psicooncologia*, 9(1), 137-150.
- López Pérez, B., Sánchez, J., & Gummerum, M. (2016). Children's and Adolescents's Conceptions of Happiness. *Journal Happiness Studies*, 17, 2431-2455.
- Margot, J.-P. (Julio-Diciembre de 2007). La Felicidad. *Praxis Filosófica*(25), 55-79.

- Markova, I. (1990). La presentación de las representaciones sociales: Diálogo con Serge Moscovici. En J. A. Castorina, *Representaciones sociales. Problemas teóricos y conocimientos infantiles* (págs. 111-152). Barcelona, España: Gedisa.
- Molina, H., Rueda, J. O., Sarmiento, A., & Pardo, M. (2003). *Dinámica demográfica y estructura funcional de la Región Bogotá - Cundinamarca 1973 - 2020*. Bogotá. Obtenido de <http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/SeguimientoPolitic/politicalntegracionRegional/Documentos/PA002-1DinamicaDemografica.pdf>
- Moliner, P. (1996). *Images et représentations sociales. De la théorie des représentations à l'étude des images sociales*. Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble.
- Moliner, P. (2008). Représentations sociales et iconographie. *Communication et organisation*, 12-23.
- Morin, M. (2006). Nouvelles définitions de la santé: un regard psychosocial. *Spirale*(37), 29-41. doi:10.3917/spi.037.41
- Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse son image et son public*. Paris, Francia: PUF.
- Moscovici, S. (1988). Notes towards a description of Social Representations. *European Journal of Social Psychology*, 18, 211-250.
- Moscovici, S. (1990). Social psychology and developmental psychology: extending the conversation. En G. Duveen, & B. Lloyd, *Social representations and the development of knowledge* (págs. 164-185). Melbourne: Press Syndicate of the University of Cambridge.
- Moscovici, S. (2013). Preface. En S. Moscovici, S. Jovchelovitch, & B. Wagoner, *Development as a Social Process*. New York: Routledge.
- Mouratidi, P.-S., Bonoti, F., & Leondari, A. (2016). Children's perceptios of illness and health: An analysis of drawings. *Health Education Journal*, 75(4), 434-447.
- MSPS. (1993). *Resolución No. 008430 de 4 de Octubre*. Bogota.

- MSPS, Prosperidad Social, INS, ICBF, & Universidad Nacional. (2018). *Encuesta Nacional de la Situación nutricional ENSIN 2015*. Obtenido de Ministerio de Salud y Protección Social: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/en-sin-colombia-2018.pdf>
- Myant, K. A., & Williams, J. M. (2005). Children's concepts of health and illness: understanding of contagious illnesses, non contagious illnesses and injurees. *Journal of health psychology, 10*(6), 805-819.
- Ofman, S. D. (2012). Aproximaciones al estudio de las Representaciones Sociales de la Salud y Enfermedad: el caso de la diabetes mellitus. *Psicología y Psicopedagogía, 27*, 34-42.
- Olivares, S., Araneda, J., Morales, G., Leyton, B., Bustos, N., Hernández, M. A., & Oyarzún, M. T. (2017). Actitudes de escolares chilenos de distinto nivel socioeconómico al inicio de la implementación de la ley que regula la venta y publicidad de alimentos altos en nutrientes críticos. *Nutrición Hospitalaria, 34*(2), 431-438.
- OMS. (1946). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de http://apps.who.int/gb/DGNP/pdf_files/constitucion-sp.pdf
- OMS. (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*.
- OPS. (2002). Fundamentos de la Renovación Conceptual. En OPS, *La Salud Pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción* (págs. 35-48). Washington: OPS.
- OPS. (2012). *Salud en las Américas. Panorama regional y perfiles de país*. Washington: Organización Panamericana de la salud.
- Osses Rivera, S. L., Macías Gutierrez, C., Castaño Galeano, S., Gómez del Castillo, D., & López Nañez, A. (2014). Representaciones sociales que orientan prácticas de cuidado de la salud en la Primera Infancia: Una aproximación al estado del arte. *Revista Infancias e Imágenes, 13*(1), 70-79. Obtenido de <http://revistas.udistrital.edu.co/ojs/index.php/infancias/article/view/5451>

- Pachón Castrillón, X. (2009). ¿Dónde están los niños? Rastreado la mirada antropológica sobre la infancia. *Maguare*, 23, 433-469.
- Parada Parra, L. (2018). Políticas y programas de Estado para la salud rural en América Latina: una revisión de la literatura. *Revista CIFE*, 20(33), 79-94.
- Parra, Y. (2011). Representación social del conflicto armado colombiano en niños y niñas de un colegio adscrito a la Policía Nacional. *Universitas Psychologica*, 10(3), 775-788.
- Pidgeon, V. (1985). Children's concepts of illness: implications for health teaching. *Maternal-child nursing journal*, 14(1), 23-35.
- Piko, B. F., & Bak, J. (2006). Children's perceptions of health and illness: images and lay concepts in preadolescence. *Health Education Research*, 21(5), 643-653.
- Pineda Restrepo, B. d. (Enero - Junio de 2012). Desarrollo humano y desigualdades en salud en la población rural en Colombia. *Universitas Odontologica*, 31(66), 97-102.
- PNUD. (2011). *Informe Nacional de Desarrollo Humano 2011. Colombia rural. Razones para la esperanza*. Bogotá. Obtenido de http://www.co.undp.org/content/dam/colombia/docs/DesarrolloHumano/undp-co-ic_indh2011-parte1-2011.pdf
- Quevedo Velez, E. (2007). Henry -E. Sigerist: un pionero de la historia de la medicina y de la salud pública contemporáneas. En G. Molina Guzman, *Historia y Sociología de la Medicina: selecciones/ Henry E. Sigerist* (págs. 13-40). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Programa Interfacultades Doctorado en Salud Pública.
- Quevedo, E., & Hernandez, M. (1994). La articulación del conocimiento básico biológico y social en la formación del profesional de la salud: una mirada desde la historia. En OPS, *Lo biológico y lo social: su articulación en la formación del personal de salud* (págs. 13-34). Washington, D.C. : OPS.
- Raibley, J. R. (2012). Happiness is not Well-Being. *Journal Happiness Studies*, 13, 1105-1129.

- República de Colombia. (1991). *Constitución Política de Colombia*. Bogotá: Diario oficial.
- República de Colombia. (2006). *Código de la Infancia y la Adolescencia. Ley 1098 de 2006*. Bogotá.
- Roemer, R. (1989). El derecho a la atención en salud. En H. L. Fuenzalida Puelma, & S. Scholle Connor, *El derecho a la salud en las Américas. Estudio constitucional comparado* (págs. 16-23). Washington: OPS.
- Rosales, C., & Valverde, J. M. (1998). *Trabajo en equipo en las instituciones de salud: Conceptos y herramientas para su desarrollo*. Washington: OPS/OMS. Obtenido de http://cursos.campusvirtuales.org/pluginfile.php/75478/mod_resource/content/2/trab_equipo_ins_salud%20%281%29.pdf
- Rosemberg, F. (2009). La deuda lationamericana con respecto a los niños y niñas menores de 6 años. En M. C. Torrado, *Retos para las políticas públicas de primera infancia* (págs. 11-28). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Rosen, G. (1993). *A History of Public Health, expanded edition*. Baltimore, United States: The Johns Hopkins University Press.
- Ruiz Caicedo, A. (2008). El Código de la Infancia y la Adolescencia. Una visión general. *Sociedad Colombiana de Pediatría*. Bogotá.
- Samaja, J. (2004). *Epistemología de la Salud: reproducción social, subjetividad y transdisciplina*. Buenos Aires: Lugar.
- Sanchez Morales, M. (2000). Reflexión bioética sobre el proceso salud-enfermedad. *Investigación en enfermería: imagen y desarrollo*, 1(1), 7-15.
- Souza Minayo, M. C. (2009). *La artesanía de la investigación cualitativa*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Starfield, B. (2008). Social gradients and child health. *International Encyclopedia of Public Health*, 6, 87-101.

- Sturmberg, J. P. (2009). The personal nature of health. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 766-769.
- Terris, M. (1992). Tendencias actuales de la Salud Pública de las Américas. En OPS, *La crisis de la Salud Pública*. Washington: OPS.
- UNICEF. (1989). *Convención Internacional de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes*.
- UNICEF. (2014). *Todos los Niños y Niñas cuentan. Estado Mundial de la Infancia 2014 en cifras*. New York: UNICEF. Obtenido de <http://www.unicef.com.co/wp-content/uploads/2014/01/SP-FINAL-FULL-REPORT.pdf>
- UNICEF. (2016). *Estado Mundial de la Infancia 2016. Una oportunidad para cada niño*. New York: UNICEF.
- UNICEF. (27 de Abril de 2018). *Política económica y social*. Obtenido de La importancia de invertir en la niñez: https://www.unicef.org/spanish/socialpolicy/index_53294.html
- Uyan-Semerici, P., & Erdogan, E. (2017). Child well-being indicators through the eyes of children in Turkey: a happy child would be one who... *Child Indicators Research*, 10, 267-295.
- Valencia G, P. L. (2007). Algunos apuntes históricos sobre el proceso salud-enfermedad. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 25(2), 13-20.
- Veenhoven, R. (2008). Healthy happiness: effects of happiness on physical health and the consequences for preventive health care. *Journal of Happiness Studies*, 9(3), 449-469.
- Vergara, M. (2009). Representaciones sociales sobre salud, de algunos grupos de jóvenes de Manizales, Colombia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 7(1), 105-133.

- Vergès, P. (1994). Approche du noyau central. propriétés quantitatives et structurales. En C. Guimelli, *Structures et transformations des représentations sociales* (págs. 233-253). Lausanne, Suiza: Delachaux et Niestlé.
- Vergès, P. (1995). Représentations sociales partagées, périphériques, indifférentes, d'une minorité: méthodes d'approche. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 28, 77-95.
- Vergès, P., & Bouriche, B. (2009). L'analyse des données par les graphes de similitude. *Sciences Humaines*, 1-90. Obtenido de <https://www.scienceshumaines.com/textesInedits/Bouriche.pdf>
- Vio del Rio, F., Salinas, J., Lera, L., González, C. G., & Huenchupán, C. (2012). Conocimiento y consumo alimentario en escolares, sus padres y profesores: un análisis comparativo. *Revista Chilena de nutrición*, 39(3), 34-39.
- Waitzkin, H. (2006). Un siglo y medio de olvidos y redescubrimientos: las perdurables contribuciones de Virchow a la medicina social. *Medicina Social*, 1(1), 5-10.
- Winslow, C. (1920). The Untitled Field of Public Health. *Science*, 51(1306), 23-33.
- Wizemann, T. M., & Anderson, K. M. (2009). *Focusing on Children's health*. Washington: The National Academic Press.
- World Bank Group. (2017). Early Childhood Development: A Missed Opportunity. En W. B. Group, *Sri Lanka Education Sector Assessment: Achievements, Challenges, and Policy Options* (págs. 65-80).
- Žaloudíková, I. (2010). Children's conceptions of health, illness, death and the anatomy of the human body. *School and Health* 21, 123-140.