



ASTROLABIO

REVISTA DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

vol. 1, NÚM. 5. PRIMAVERA, 2020

NÚMERO
ESPECIAL.
ARTÍCULOS
MONOGRÁFICOS
DE PROMOCIÓN
DE LA SALUD

ECLÍPTICA

Estrategias artísticas en promoción de la salud: la experiencia con víctimas de violencia en San Carlos, Antioquia, Colombia, 2017-2018

Vivencias en derechos sexuales y reproductivos de los quillacingas, Corregimiento de El Encano, Pasto, Colombia 2017-2018

Modelo sistémico para la determinación de los daños a la visión por el uso de dispositivos visuales

Satisfacción usuaria en los servicios de Promoción de la Salud

Efectos en la jubilación de personas mayores según trayectorias ocupacionales

Evaluación de los hábitos alimentarios en estudiantes de nutrición: un enfoque cualitativo

HORIZONTE

Tarjetero de salud para operarios como estrategia de cambio

ACIMUT

*Matemática del crecimiento orgánico.
De la alometría al crecimiento estacional*

GENIT

La educación para la salud: disciplina en ciernes y desafíos

#ProtegeLoQueAmas:
Acercamiento de autocuidado para prevenir el VIH

ALEPH

Tequiografías
Daniel Godínez Nivón

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

Nada humano me es ajeno

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO

Nada humano me es ajeno

www.uacm.edu.mx/astrolabio

RECTORA

Tania Hogla Rodríguez Mora

SECRETARIO GENERAL

Sebastián Ibarra Roja

COORDINACIÓN DEL COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

César Enrique Fuentes Hernández

COORDINACIÓN DE DIFUSIÓN

Marissa Reyes Godínez

PUBLICACIONES

José Ángel Leyva

Astrolabio. Revista de Ciencias y Humanidades

Colegio de Ciencias y Humanidades

Directora: Lidia Ivón Borja Aldave

ivon.borja@uacm.edu.mx | revista.astrolabio@uacm.edu.mx

COMITÉ EDITORIAL

Lidia Ivón Borja Aldave (UACM)

José Luis Gutiérrez Sánchez (UACM)

Andrés F. Keiman (UACM)

Beatriz Eugenia Romero Cuevas (UACM)

Miguel Ángel Godínez Gutiérrez (UACM)

CONSEJO EDITORIAL

Lucía Álvarez Enríquez (CIICH-UNAM), Pilar Barrios Navarro (UAM-X)

Pedro Miramontes Vidal (FC-UNAM), Guadalupe Huerta Moreno (UAM-A)

Eduardo Nivón Bolán (UAM-I), Manuel Pérez Rocha (UACM),

Francisco Rodríguez Hernández (CRIM-UNAM)

D.R. © Astrolabio. Revista de Ciencias y Humanidades

D.R. © Universidad Autónoma de la Ciudad de México

Dr. García Diego 168, colonia Doctores,
alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06720, CDMX, México

Diseño gráfico e ilustraciones:

Javier Muñoz Nájera | www.L3j4v.tumblr.com

Diseño web: Javier Muñoz Nájera | Dariela Romero

Corrección de estilo: Tinta Roja Editoras

Cuidado de la edición: Lidia Ivón Borja Aldave | José Luis Gutiérrez Sánchez

ISSN 2594-231X

Hecho e impreso en México

www.uacm.edu.mx/astrolabio



VOLUMEN 1, NÚMERO 5
PRIMAVERA 2020

Astrolabio. Revista de Ciencias y Humanidades. Año 1, núm. 5, primer semestre de 2020, es una publicación semestral de carácter académico editada por la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, a través del Colegio de Ciencias y Humanidades. Calle Dr. García Diego núm.168, col. Doctores, alcaldía Cuauhtémoc, 06720. Editor responsable: Lidia Ivón Borja Aldave, ISSN 2594-231X. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo 04-2018-110113192300-102. Licitud de Título y Licitud de Contenido otorgados por la Comisión Calificadora de Publicaciones y Revistas Ilustradas de la Secretaría de Gobernación.

Impresa en los talleres de Druko Internacional, S.A. de C.V., Calzada de Chabacano núm. 65, Local F, col. Asturias, 06890, Cuauhtémoc, CDMX. Este número se terminó de imprimir en junio de 2020 con un tiraje de 300 ejemplares.

Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación.

Se permite la reproducción parcial o total de los contenidos de la publicación, siempre y cuando se cite la fuente y el nombre de los autores.

UACM
Universidad Autónoma
de la Ciudad de México
Nada humano me es ajeno

ÍNDICE

ECLÍPTICA

SECCIÓN MONOGRÁFICA

Estrategias artísticas en promoción de la salud: la experiencia con víctimas de violencia en San Carlos, Antioquia, Colombia, 2017-2018

PAULINA DÍAZ MOSQUERA

ALEJANDRA VALENCIA GONZÁLEZ

MARÍA EUGENIA HINCAPIÉ ZAPATA

DAVID IGNACIO MOLINA VELÁSQUEZ

Vivencias en derechos sexuales y reproductivos de los quillacingas, Corregimiento de El Encano, Pasto, Colombia, 2017-2018

ANGÉLICA MARÍA SÁNCHEZ CALDERÓN

Modelo sistémico para la determinación de los daños a la visión por el uso de dispositivos visuales

EDGAR OMAR LÓPEZ DE LEÓN

JOSÉ ANTONIO MORALES VALLE

JOSÉ ANTONIO MORALES GONZÁLEZ

EDUARDO OSIRIS MADRIGAL SANTILLÁN

ÁNGEL MORALES GONZÁLEZ

Satisfacción usuaria en los servicios de Promoción de la Salud

VERÓNICA CRISTINA GAMBOA LIZANO

Efectos en la jubilación de personas mayores según trayectorias ocupacionales

CARMEN MUÑOZ MUÑOZ

ANDRÉS REINOSO FICA

Evaluación de los hábitos alimentarios en estudiantes de nutrición: un enfoque cualitativo

GRISEL BARRIOS-RODRÍGUEZ

THELMA BEATRIZ PAVÓN-SILVA

FLORISTELA LUNA HERNÁNDEZ

10

20

30

38

50

60



HORIZONTE

COLABORACIONES DE TESIS

Tarjetero de salud para operarios como estrategia de cambio

HAZAEL CRISTÓBAL DIEGO

MÓNICA VIVANCO SALINAS

ROSELIA A. ROSALES FLORES

70

ACIMUT

RESEÑA DE LIBROS

Matemática del crecimiento orgánico. De la alometría al crecimiento estacional

María Elena Durán Lizarraga

82

CENIT

TEXTOS PEDAGÓGICOS

La educación para la salud: disciplina en ciernes y desafíos en la formación

MAGDALENA RAMÍREZ LLUGDAR

#ProtegeLoQueAmas: acercamiento de autocuidado para prevenir el VIH

MICHAEL O. PAGÁN-CASTAÑER

JORGE E. PÉREZ-RENTA

86

94

ALEPH

SECCIÓN DE ARTE

Tequiografías

DANIEL GODÍNEZ NIVÓN

104

PRESENTACIÓN

Organizado por la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM), la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) y la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM), con el propósito de abrir un espacio de discusión y construcción de conocimientos, en noviembre de 2018 se llevó a cabo en la Ciudad de México, el 1er Congreso Internacional de Determinación Social, Promoción de la Salud y Educación para la Salud.

El Congreso fue un espacio importante para el encuentro de saberes, experiencias y reflexiones de estudiantes, académicos e investigadores; con la intención de que los productos del Congreso llegaran a un mayor público interesado, se invitó a los participantes a presentar propuestas de artículo para su posible publicación, previo arbitraje, en *Astrolabio. Revista de ciencias y humanidades*.

Dada la riqueza de trabajos recibidos en el evento, se acordó con el Comité Editorial de la revista que, a cada uno de los ejes principales del Congreso, se dedicarían sendos números diferentes de *Astrolabio*. Éste es el primero; en el cual se muestra tanto la diversidad de temas abordados en el Congreso como los diferentes fundamentos teórico-metodológicos sobre los cuales se da la reflexión e intercambio de saberes y se hacen aportaciones a la construcción de soluciones, respuestas y prácticas desde la promoción de la salud en distintos contextos.

En la sección Eclíptica se incluyen 6 trabajos: en el primero, se narra la experiencia de promoción de la salud en víctimas de un conflicto armado; es notable su originalidad, pues los responsables se valen del arte como herramienta para que los sujetos expresen sus emociones y sentimientos.

El segundo artículo aborda los derechos sexuales y reproductivos de una población indígena colombiana desde su propia cosmovisión; se trata de utilizar un diagnóstico participativo para llevar a la práctica acciones interculturales.

El tercer trabajo es una propuesta de un modelo sistémico que permite indagar los daños a la salud visual debido al uso de dispositivos visuales.

En el cuarto artículo de esta sección se presenta un estudio cuanti-cualitativo sobre la satisfacción usuaria del proyecto Bonus Vitae de la Unidad de Promoción de la Salud en la Universidad de Costa Rica.

El quinto trabajo de esta entrega es un análisis descriptivo sobre los efectos de la jubilación en personas mayores con trayectorias ocupacionales diversas que viven en espacios geográficos diferentes.

El último trabajo de esta sección es un estudio de corte transversal sobre los hábitos alimenticios de los estudiantes de nutrición de la Unidad Académica Profesional Acolman de la Universidad Autónoma del Estado de México.

Como podrá apreciar el lector, se abordan diferentes problemas de salud/enfermedad y también propuestas innovadoras para la resolución de las problemáticas.

En la sección de Horizonte se muestra el producto de un trabajo recepcional para obtener el grado de Licenciatura en Promoción de la Salud de la UACM, en el que se propone una estrategia llamada Tarjetero de la Salud, que tiene como base una investigación sobre las condiciones laborales de los choferes de taxi.

En la sección Acimut se reseña el desafío de escribir un libro sobre las matemáticas del crecimiento orgánico.

En la sección Cenit hay dos trabajos, uno sobre la formación de educadores para la salud que aborda los desafíos en la conformación de este campo disciplinar y el reto de poner en práctica los mecanismos, estrategias y procedimientos educativos que permiten escuchar la voz del otro. El segundo, es un artículo que expone la experiencia de una campaña de prevención del VIH en Puerto Rico; lo novedoso es que fue realizada teniendo como principal medio las redes sociales, por lo que fue más fácil llegar al público al que iba dirigida la campaña.

Agradecemos a los autores de las distintas propuestas que conforman este número y al Comité Editorial de la revista *Astrolabio* por darnos la oportunidad de mostrar los trabajos producto del Congreso.



ROSELIA ARMINDA ROSALES FLORES
CLAUDIA ALICIA LÓPEZ ORTIZ

Coordinadoras del 1er Congreso Internacional
de Determinación Social de la Salud,
Promoción de la Salud y Educación para la Salud

Grisel Barrios Rodríguez

Actualmente es doctorante en Alta Dirección en Establecimientos de Salud. Es Licenciada en Nutrición con especialidad en Salud Pública y obtuvo la Maestría en Salud Familiar y Comunitaria. Desde 2009 es Nutrióloga en el Instituto de Salud del Estado de México. Desde 2014 se ha desempeñado como docente en la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM) y actualmente en la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM). Ha sido ponente en congresos estatales, nacionales e internacionales, así como en coloquios, seminarios y foros.

Hazael Cristóbal Diego

Es Promotor de la Salud por la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, con participación en el proyecto «Condiciones laborales y de salud de los operarios de taxi de la delegación Milpa Alta» por parte del Laboratorio de Fisiología Clínica e Investigación Sociomédica de la UACM. Participó como ponente en el VI Congreso Nacional de Medicina Social y Salud Colectiva de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social México, 2017 y en el primer Congreso Internacional de Determinación Social, Promoción de la Salud y Educación para la Salud de la UACM, 2018.

Paulina Díaz Mosquera

Docente e investigadora de la Universidad de Antioquia en Medellín, Colombia. Odontóloga y magíster en Salud Colectiva por la misma universidad. Sus áreas de trabajo e interés académico incluyen la investigación cualitativa, los proyectos de interacción con familias y comunidades, los estudios sobre niñez y juventud, la educación para la salud, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

María Elena Durán Lizarraga

Es egresada de la carrera de Biología de la Facultad de Ciencias de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Estudió la Maestría en Ciencias con especialidad en Manejo de Recursos Marinos por el Centro Interdisciplinario de Ciencias Marinas del Instituto Politécnico Nacional (CICIMAR, IPN) y el Doctorado en Ciencias en la Facultad de Ciencias de la UNAM. Ha desarrollado proyectos en el campo de la fisiología animal con modelos de estudio en mamíferos marinos, en invertebrados y vertebrados de agua dulce. Ha publicado sobre estos temas en revistas arbitradas. Lleva laborando 15 años en la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM). En docencia, imparte cursos en las licenciaturas de Promoción de la Salud, Nutrición y Salud y Protección Civil y Gestión de Riesgos. Actualmente trabaja en proyectos sobre la influencia de los trastornos del sueño, ritmo circadiano y síndrome metabólico.

Verónica Cristina Gamboa Lizano

Licenciada en Promoción de la Salud por la Universidad de Costa Rica y egresada del máster en Salud Colectiva con énfasis en Políticas, Planificación y Gestión en Salud por la Universidade Estadual de Feira de Santana en Bahía, Brasil. Se ha desempeñado como docente en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica, y como investigadora independiente en Atención Primaria a la Salud. Actualmente trabaja como asesora profesional en temas de desarrollo humano e inclusión social.

Daniel Godínez Nivón

Estudió Artes Visuales en la Escuela Nacional de Artes Plásticas de la UNAM y la maestría en la misma casa de estudios. En 2011, fue coautor del libro *Medios Múltiples 3*. Su obra se ha presentado de forma colectiva en la exposición *Jardín de Academus* en los Laboratorios de Arte y Educación en el MUAC, Van Abbemuseum en Eindhoven, Holanda y en el Center for Contemporary Arts (CCA) en Glasgow, Reino Unido. Ha sido Becario del Programa Jóvenes Creadores en los periodos 2011–2012 y 2019–2020 del Fondo Nacional de la Cultura y las Artes (FONCA). En 2014 estudió en la Escuela Nacional Superior de Bellas Artes de París, Francia. En 2019 fue nominado para obtener el Visible Award.

María Eugenia Hincapié Zapata

Enfermera, magíster en Epidemiología. Investigadora en la Corporación para Investigaciones Biológicas (CIB) en Medellín, Colombia, durante cinco años. Actualmente es profesora vinculada a la Universidad de Antioquia, Colombia, adscrita a la Facultad de Enfermería. Es coordinadora del Grupo de Investigación de Promoción de la Salud y coordinadora del curso de Epidemiología de esta misma universidad.

Edgar Omar López De León

Estudiante del Doctorado en Ingeniería de Sistemas de la Escuela Superior de Ingeniería Mecánica y Eléctrica del Instituto Politécnico Nacional, maestría en ciencias con especialidad en Ciencias de la Salud, Escuela Superior de Medicina (ESM) del Instituto Politécnico Nacional. Es autor de tres artículos publicados a nivel internacional y editor de un capítulo de libro especializado en Intech. Ha participado en congresos nacionales e internacionales.

Floristela Luna Hernández

Es Licenciada en Informática Administrativa. Obtuvo la Maestría en Administración con perfil en Administración y Doctorado en Administración Pública. De 2001 al 2010 desempeñó diversos cargos administrativos en la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM). De julio del 2014 a la fecha es profesora de tiempo completo en la Unidad Académica Profesional (UAP) Acolman de la misma universidad. Ha sido conferencista en diversos foros estatales, nacionales e internacionales.

Eduardo Osiris Madrigal Santillán

Investigador de la ESM-IPN, Laboratorio de Medicina de Conservación. Completó su doctorado en Química y Ciencias Biológicas con la especialidad de Toxicología Genética del Instituto Politécnico Nacional. Ha sido reconocido como Investigador Nacional de nivel 1 otorgado por el Sistema Nacional de Investigadores pertenecientes al CONACYT (2010–2016) y nivel 2 (2017–2020). Es autor de 40 artículos publicados a nivel nacional e internacional y editor y coordinador de 13 libros especializados. Es Profesor Titular-Investigador a tiempo completo en la ESM-Instituto Politécnico Nacional, México.

David Ignacio Molina Velásquez

Psicólogo clínico y comunitario de la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia, especialista en psicología clínica con énfasis en salud mental y magíster en Psicología y Salud Mental de la Universidad Pontificia Bolivariana, Colombia. Docente-investigador en la Universidad de Antioquia y de la Universidad Católica Luis Amigó, Colombia. Analista junguiano en formación de la International Association for Analytical Psychology (IAAP).

Ángel Morales González

Investigador de la Escuela Superior de Cómputo del Instituto Politécnico Nacional (ESCOM-IPN). Tiene estudios de doctorado en Ingeniería de Sistemas en la Sección de Estudios de Posgrado e Investigación de la Escuela Superior de Ingeniería Mecánica y Eléctrica (SEPI-ESIME, IPN). Pertenece al Sistema Nacional de Investigadores (SNI-CONACYT) como candidato a investigador nacional (2016-2018), nivel 1 (2019-2021). Es autor de 13 artículos publicados a nivel nacional e internacional, editor y coordinador de 5 libros especializados. Actualmente es Profesor Titular de tiempo completo en la ESCOM y forma parte del Colegio de Profesores de Posgrado de la ESM del Instituto Politécnico Nacional, México.

José Antonio Morales González

Investigador de la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional (ESM-IPN), Laboratorio de Medicina de Conservación. Tiene estudios de doctorado en Ciencias Biológicas (con especialidad en Biología Celular) en la UNAM. Ha sido galardonado con diversos reconocimientos: la medalla Alfonso Caso al mérito académico de la UNAM y con distinción por el Sistema Nacional de Investigadores (SNI) como Investigador Nacional nivel 1 (2010–2016) y nivel 2 (2017–2020). Es autor de 40 artículos publicados internacionalmente, editor y coordinador de 27 libros especializados. Es Profesor Titular-Investigador de tiempo completo en la ESM-IPN, México.

José Antonio Morales Valle

Pasante de Ingeniería Civil de la Escuela Superior de Ingeniería y Arquitectura del Instituto Politécnico Nacional, becario del Programa Institucional de Formación de Investigadores del Instituto Politécnico Nacional, en la Escuela Superior de Cómputo. Ha sido ponente en diversos congresos nacionales.

Carmen Gloria Muñoz Muñoz

Doctora en Salud Colectiva por la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, México. Es Maestra en Comunicación de la Universidad Austral de Chile y es Terapeuta Ocupacional por la Universidad de Chile. Trabaja en investigación y es docente de pre y posgrado en la Facultad de Medicina de la Universidad Austral de Chile, en el Instituto de Aparato Locomotor y Rehabilitación.

Michael O. Pagán-Castañer

Es licenciado en Comunicación con especialidad en temas relacionados con estrategias de comunicación y mercadeo de la salud, se desempeña como Coordinador de Comunicación del Centro Ararat, una organización sin fines de lucro que lidera el manejo y prevención del VIH-SIDA en Puerto Rico. Actualmente estudia un grado doctoral en Educación en la Universidad de Puerto Rico.

Thelma Beatriz Pavón Silva

Doctora en Ingeniería con énfasis en Ciencias del Agua e Investigadora SNI, nivel 1. Es Profesora de Tiempo Completo en la UAEM. Durante 20 años ha impartido clases de licenciatura y posgrado en la Facultad de Química y actualmente en la UAP Acolman de dicha universidad. Ha publicado capítulos de libros, artículos científicos y ha evaluado programas académicos. También ha participado como ponente en congresos estatales, nacionales e internacionales, así como coloquios, seminarios y foros.

Jorge E. Pérez-Renta

Escritor, guionista y comunicador, con treinta años de experiencia en la industria mediática. Posee un grado doctoral en Filosofía y Letras de la Universidad de Puerto Rico. Sus intereses de investigación incluyen la caracterización del personaje dramático en un contexto sociocultural, y la redacción restaurativa como estrategia para manejar desórdenes emocionales en poblaciones vulnerables.

Magdalena Ramírez Llugdar

Profesora e Investigadora de la licenciatura en Educación para la Salud de la Universidad Nacional de Santiago del Estero, Argentina, desde hace más de 30 años. Docente en los espacios curriculares de la práctica profesional y del seminario optativo de Géneros y Salud. Trabaja con equipos de investigación interdisciplinarios en temas relacionados a la Educación Sexual Integral y a los derechos sexuales y (no) reproductivos. Realiza también actividades de vinculación y transferencia en contextos comunitarios a través de proyectos de intervención/acompañamiento. Sus otros intereses son: las problemáticas de las mujeres de los sectores excluidos, desde una metodología de la educación popular con perspectiva de género y de derechos fundamentales.

Andrés Reinoso Fica

Estudiante del magíster en Salud Pública Comunitaria y Desarrollo Local por la Universidad de la Frontera de Chile. Es terapeuta ocupacional y Licenciado en Ciencias de la Ocupación por la Universidad Austral de Chile. Trabaja en el Instituto de Aparato Locomotor y Rehabilitación, de la Facultad de Medicina de la Universidad Austral de Chile.

Roselia Arminda Rosales Flores

Es Doctora en Ciencias de la Salud Colectiva por la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco (UAM-X). Licenciada en Medicina y grado de Maestría en Medicina Social. En 2004 ingresa a la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM), como profesora-investigadora en la licenciatura de Promoción de la Salud del Colegio de Ciencias y Humanidades. Su principal línea de investigación es sobre los determinantes sociales de la salud y las prácticas sociales para resolver problemas de salud. Ha publicado en revistas indexadas sobre temas de condiciones laborales y condiciones de salud, promoción de la salud y determinación social del proceso salud-enfermedad.

Angélica María Sánchez Calderón

Enfermera profesional por la Universidad Mariana, San Juan de Pasto, Nariño, Colombia y especialista en Gerencia y Auditoría de la Calidad en Salud por la Universidad Jorge Tadeo Lozano, Bogotá, Colombia. Actualmente es candidata a magíster en Salud Pública por la Universidad de Nariño, Colombia y se desempeña como docente en el Programa de Enfermería en la Universidad Mariana.

Alejandra Valencia González

Enfermera, magíster en Salud Colectiva por la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia y estudiante de doctorado en estudios culturales latinoamericanos. Es docente e investigadora en esa misma universidad. Sus áreas de desarrollo académico e investigativo son la promoción de la salud, la educación para la salud y la salud intercultural, así como el trabajo con comunidades indígenas y afrodescendientes.

Monica Vivanco Salinas

Es licenciada en Promoción de la Salud por la Universidad Autónoma de la Ciudad de México. Participó en el proyecto titulado «Condiciones laborales y de salud de los operarios de taxi de la delegación Milpa Alta» por parte del Laboratorio de Fisiología Clínica e Investigación Sociomédica de la UACM. Ponente en el Congreso de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social y Salud Colectiva (ALAMES) 2017 y en el 1^{er} Congreso Internacional de Determinación Social, Promoción de la Salud y Educación para la Salud, 2018.

Estrategias artísticas en promoción de la salud: la experiencia con víctimas de violencia en San Carlos, Antioquia, Colombia, 2017-2018¹

PAULINA DÍAZ MOSQUERA
ALEJANDRA VALENCIA GONZÁLEZ
MARÍA EUGENIA HINCAPIÉ ZAPATA
DAVID IGNACIO MOLINA VELÁSQUEZ

Este proyecto de desarrollo social con enfoque educativo muestra la experiencia de aplicación de herramientas artísticas en acciones de promoción de la salud con la población víctima del conflicto armado del municipio de San Carlos, Colombia. Partió de un diagnóstico rápido con la comunidad en el que se priorizaron las situaciones por abordar con dos grupos de participantes, 20 mujeres y 20 jóvenes, con quienes se llevaron a cabo encuentros vivenciales durante un año con miras a la capacidad de agencia, que llevó a que lo aprendido lo multiplicaran con familias y comunidades. Esta experiencia logró el desarrollo del pensamiento creativo de los participantes mediante estrategias artísticas, así como el fortalecimiento de lazos de solidaridad para resignificar sus vidas y la capacidad de armonización consigo y con otros a fin de reconfigurar el tejido social en el marco de la pedagogía para la paz.

PALABRAS CLAVE: promoción de la salud, arte, víctimas, violencia, paz

Abstract

Art strategies in health promotion: an experience with victims of violence in San Carlos, Antioquia, Colombia, 2017-2018

This social development project with an educational approach reflects an experience in which art strategies were used in health promotion actions with a group of inhabitants of San Carlos, Colombia, who were victims of armed conflict. It started with a short-term diagnosis with the community in which the situations were prioritized to be addressed with two groups of participants, 20 women and 20 young victims of the conflict. With them, one-year of experiential meetings were held, in order to strengthen their agency capacity, that led to the possibility to share what they learned with families and communities. Through this experience, participants developed creative thinking strategies, strengthened their solidarity bonds to resignify their lives, and were able to find balance with their own selves and those of others to rebuild their social fabric within the framework of peace pedagogy.

Keywords: health promotion, art, victims, violence, peace

¹Derivado del proyecto «Cuidarte. Estrategias artísticas aplicadas a la vida como aporte a la pedagogía para la paz en San Carlos Antioquia», financiado por la Vicerrectoría de Extensión y la Dirección de Regionalización. Agradecemos a los participantes, jóvenes y mujeres resilientes, soñadores y creadores en contextos de adversidad, y al Banco Universitario de Programas y Proyectos de Extensión de la Universidad de Antioquia, por financiar este proyecto en la 12a convocatoria para la presentación de proyectos de extensión regionales.



Introducción

Este trabajo muestra una experiencia en la aplicación de herramientas artísticas para la acción en promoción de la salud (PS) con población víctima del conflicto armado del municipio de San Carlos, Colombia. Dicho municipio está ubicado en la región de embalses del Oriente Antioqueño, que genera aproximadamente 33% de la energía del país (Osorio, 2013); tiene una extensión de 702 km² y una población proyectada de 16,064 habitantes (Alcaldía de San Carlos, 2016). Debido a su ubicación

geopolítica, fue uno de los territorios más afectados por el conflicto armado en Colombia, de tal magnitud que «entre 1985 y 2010, cerca de 20.000 personas —de las 25.840 que habitaban el municipio de San Carlos— abandonaron su lugar de origen» (GMH, 2011). Hubo por lo menos 33 masacres que dejaron 219 muertos; asimismo, se registraron 156 desapariciones forzadas y 148 víctimas de minas antipersonales (GMH, 2011). Tales hechos representaron una de las catástrofes humanitarias más



grandes del país (Olaya, 2012). Actualmente, quienes han retornado y quienes se quedaron se asumen como víctimas, pues fueron afectados injustamente por la violencia con secuelas como la desconfianza entre los integrantes de la familia, vecinos y amigos (Osorio, 2013).

En tal entramado, la acción de la *ps* cobra valor al superar la visión reduccionista de los estilos de vida proponiendo un abordaje holístico y, allí, el arte se entiende como un medio para su configuración como recurso para la vida cotidiana (Franco, Ochoa y Hernández, 1995); por ende, las estrategias artísticas se configuran como una posibilidad transformadora de los sujetos en contextos de violencia.

Desde una *ps* popular o empoderante, término acuñado por Chapela como «la práctica cotidiana de las personas en sus redes sociales primarias como la familia y el barrio, tendiente al sostenimiento de la vida biológica y social, el alivio del sufrimiento, y la formulación y alcance de sus proyectos» (2007: 10-11), se confronta el sufrimiento, asociado a pérdida e impotencia, lo que implica en el ser la asignación de significado, valor y sentido (Chapela, 2013). En el ámbito de la *ps*, las estrategias artísticas son una oportunidad para generar salud individual y colectiva. Desde lo individual, como proceso de autoconocimiento a fin de desarrollar habilidades para transformar la realidad, y en lo colectivo, con la participación para la

generación de vínculos solidarios y redes de apoyo (Dalley, 1987; Moreno González, 2010; Bang, 2014).

La vivencia de las estrategias artísticas se realiza desde el aprendizaje situado como proceso multidimensional de apropiación cultural e involucra el pensamiento, la afectividad y la acción (Díaz-Barriga y Hernández, 2002); a su vez, facilita la movilización de los recursos de las personas y el desarrollo de capacidades para la toma de decisiones conscientes y autónomas (Riquelme, 2012).

Entre las estrategias artísticas se destacan la pintura, las artes plásticas y las visuales en general; la literatura desde la creación y narración; la danzaterapia y musicoterapia; el tejido, especialmente usado en Colombia en los procesos de construcción de memoria colectiva; así como el teatro y el *clown* hospitalario y comunitario. La producción artística se valora en su contexto de aporte a la salud, por tanto, quien más sabe de su obra es quien la realiza; en este sentido, el arte es medio, no fin en sí mismo (Tolosa, 2015).

Dichas estrategias propician la expresión de las propias emociones y sentimientos a partir del autoconocimiento (Uñó-Batlles, 2013; Duncan, 2007), la generación de opciones creativas para la elaboración de situaciones difíciles y conflictivas (Romero, 2004), el restablecimiento del tejido social, los recursos de afrontamiento y la resolución de situaciones comunes vividas desde el trabajo grupal (Cano, 2018; Bassols, 2006).

Los antecedentes de esta experiencia de acción en PS se enmarcan en un proyecto denominado *Cuidarte*, que parte de la relación del arte y la salud en positivo con una trayectoria de cerca de una década en la formación y el abordaje comunitario.

Finalmente, motiva este artículo la reflexión acerca de la pertinencia de las

estrategias artísticas para la acción en PS según la experiencia de *Cuidarte* en San Carlos, la cual se orientó a favorecer el desarrollo del pensamiento creativo, la generación de competencias ciudadanas y la reconfiguración del tejido social en el marco de la pedagogía para la paz.

Metodología

Este proyecto de desarrollo social con enfoque educativo partió de un diagnóstico rápido en la comunidad sancarlitana, en el que se realizaron encuentros para la priorización de las situaciones de interés por abordar con los participantes y, a partir de ello, se diseñó un proyecto flexible que se ejecutó y evaluó por un año.

Inicialmente, se contactó a la alcaldía del municipio y sus dependencias encargadas del tema de víctimas del conflicto armado, a la institución educativa del municipio, así como a grupos organizados de la comunidad, tanto de mujeres como de jóvenes, de tal manera que se establecieron lazos de confianza entre el equipo facilitador de la experiencia y los interesados y potenciales participantes.

A modo de diagnóstico rápido participativo, se llevaron a cabo talleres y entrevistas abiertas para identificar las situaciones de interés, a fin de dar cuenta, desde el territorio, de algunas situaciones problemáticas en relación con la violencia y el tejido social, tales como la fragmentación de vínculos familiares/sociales relacionados con la pérdida de seres queridos y el desplazamiento; los sentimientos de frustración, enojo, miedo y desconfianza que exacerbaban la sensación de desolación y dificultan imaginar y crear proyectos de vida personal, familiar y comunitaria; las tensiones de los actores por las diferencias

entre los referentes legales y lo que consideran justo en materia de verdad, justicia, reparación y no repetición; y las escasas herramientas para el afrontamiento del continuo de violencias.

Con dicho panorama, y de acuerdo con los actores, se conformaron dos grupos beneficiarios de la experiencia de *Cuidarte* por muestreo a conveniencia (Minayo, 1999), de los que quedaron 40 participantes en dos grupos: 20 mujeres de entre 20 y 69 años de edad, pertenecientes a organizaciones sociales y comunitarias, y 20 jóvenes, 35% hombres y 65% mujeres, en edades entre 14 y 28 años. Con ambos grupos se establecieron acuerdos de confidencialidad y el compromiso de asistir a los encuentros. Además, como punto de partida, se hizo un cuestionario de sus saberes previos sobre el duelo, el estrés postraumático, el arte como medio de apoyo en conflictos emocionales, el diseño y la elaboración de mandalas, el uso de cuentos y poemas de apoyo, las técnicas de ayuda y empatía, y el autocuidado del líder comunitario. Con este ejercicio inicial, se identificaron como escasos los conocimientos de los participantes relativos a dichas temáticas, lo que llevó a establecer de forma participativa ejes orientadores para el diseño consensuado de los encuentros experienciales, entre los que se destacan las emociones del miedo, la tristeza, la ira y la alegría, el fortalecimiento de las relaciones interpersonales en la familia y la comunidad, así como el liderazgo y la solidaridad.

Tras estos acuerdos, el equipo acompañante y facilitador diseñó un paquete de encuentros experienciales que incluía una bitácora para cada participante. El proceso formativo se desarrolló por componentes:

1) La armonización de la experiencia vida con las herramientas artísticas, enfo-

cada en el encuadre con las instituciones y el compartir de saberes partiendo de que todos los participantes tienen experiencias previas.

2) La vivencia de las estrategias artísticas, un viaje al interior. Se desarrolló como apuesta de formación reflexiva; por ello, el equipo facilitador vivió el taller antes de su desarrollo con los grupos participantes, lo cual permitió la flexibilidad en el proceso. Asimismo, cada encuentro se configuró desde un centro mandálico relacionado con el tema, alrededor del cual se ubicaban los participantes en círculo, como matriz de encuentro entre iguales en la que todos tienen voz y voto, y donde cada uno crea y expresa desde la palabra y el silencio. Así, se propició que cada uno trabajara en la resignificación de su experiencia con miras a la capacidad de agencia¹. Los encuentros se orientaron a la conexión con las emociones primarias del miedo, la justa cólera y la tristeza; el desprendimiento emocional; la conexión con la felicidad; las habilidades para la vida; y el sueño de la vida para San Carlos, con la premisa: «para la guerra nada».

3) De mi vivencia a la creación colectiva: mi familia y comunidad. Los integrantes planearon y desarrollaron encuentros con sus familias, grupos y comunidades, en los que participaron 280 personas.

4) Exposición «Los frutos de *Cuidarte*», en la que se presentaron las producciones de tejidos, pinturas, dibujos, narrativas y fotos. Los participantes fueron protagonistas y compartieron sus vivencias y aprendizajes con 131 asistentes. Sumado a ello, se llevó a cabo una conducta de salida, en la que se destacaron los nuevos aprendizajes, al igual que la riqueza de

¹ Se define como la capacidad socioculturalmente mediada de actuar. Recuperada en: agencia (humana) en matetam.com

éstos para su vida en términos del fortalecimiento de la capacidad de confianza, solidaridad y esperanza.

Resultados

La apuesta por favorecer el desarrollo del pensamiento creativo y la generación de opciones como competencias ciudadanas que propuso *Cuidarte* para el municipio de San Carlos se expresa en los resultados obtenidos por medio de la apropiación de las estrategias artísticas, la multiplicación de los aprendizajes y el fortalecimiento de la capacidad de confianza, solidaridad y esperanza de las personas participantes.

«El pensamiento creativo ayuda a encontrar la salida», una forma de apropiación de las estrategias artísticas. La expresión entrecomillada es de un joven y expresa cómo el trabajo con las emociones en compañía de estrategias artísticas permitió a los participantes construir una caja de herramientas para conocerse a sí mismos, transformar los significados de historias personales y potenciar el pensamiento creativo. Las personas expresan, en diferentes momentos, que conocen y saben utilizar por lo menos una de las estrategias artísticas desarrolladas y las aplican, lo cual implica su apropiación para la vida cotidiana. Algunas expresiones de lo anterior son las siguientes:

Con el pasar del tiempo me di cuenta que era yo mismita la que me debía saber cuidar. Sí, cuidarme yo, quererme, valorarme y dedicarme tiempo a mí misma. ¿Cómo? ¿Con qué? Con las herramientas que nos estaban dando los amigos de *Cuidarte* (mujer participante, febrero de 2018).

A partir del proceso, he acompañado a mi madre y padrastro en la expresión de la tristeza y la ira (joven participante, julio de 2017).

Así, las estrategias artísticas se asumen como una habilidad que acompaña la resolución de problemas y la capacidad de imaginar otras posibilidades para la vida.

«Vamos aprendiendo y eso lo podemos compartir», una aproximación a la multiplicación de los aprendizajes. Esta expresión, de una de las mujeres, hace visible la multiplicación de lo vivido como estrategia que refuerza los aprendizajes y procesos sanadores, pero además favorece la autonomía y el mantenimiento en el tiempo de las acciones con la creación de entornos que acogen y realimentan el potencial creativo como posibilidad de construcción de otros presentes. Los trabajos de los participantes en los procesos comunitarios y en la exposición generaron un proceso de participación y creación de identidad colectiva. En este sentido, expresan:

Nosotros trabajamos el miedo, hicimos un mandala y preguntamos por el significado del miedo, luego leímos la fichita del miedo, se leyó «El viajero perdido» [cuento] y se hicieron reflexiones sobre el miedo en papeletos que se quemaron (mujer participante, diciembre de 2017).

Y los grupos con quienes compartimos también tuvieron una gran participación, fue muy enriquecedora la experiencia ya que el grupo aprende de nuestra orientación y nosotros de ellos (mujer participante, febrero de 2018).

Asimismo, la presentación de la experiencia en diferentes espacios y momentos del proceso propició reflexiones, como es el caso de los asistentes a la exposición «Los frutos de *Cuidarte*», que se presentan a continuación:

Me parece que fue una experiencia muy bonita para todos aquellos que la vivieron, pues

son cosas que todos deberíamos hacer para mejorar nuestra relación con los demás y encontrar un poco de paz en nuestro entorno. Muy interesante la exposición (visitante de la exposición, marzo de 2018).

Ha sido un recorrido lleno de cosas, escritos, dibujos y trabajos en los que se ve plasmado el pensamiento y esfuerzo de muchas personas que, superando estas difíciles y duras cosas del pasado, contribuyen a la paz y el bienestar de todos los sancarlitanos (visitante de la exposición, marzo de 2018).

Los momentos de socialización llevaron a otros a reflexionar en torno a los contextos de violencia y las diversas maneras de afrontar el dolor y la desesperanza.

«Siempre hay algo que hacer» para el fortalecimiento de la capacidad de confianza, solidaridad y esperanza. *Cuidarte* aportó a la generación de confianza en sí mismos y en otros, favoreció procesos solidarios al interior de sus familias y en sus contextos cercanos, y visibilizó la esperanza como potencial para la vida, como se presenta en estos apartados:

Cuidarte me deja una experiencia enriquecedora como que debo sacar tiempo para mi vida personal; también cómo afrontar las diferentes situaciones de tristeza, alegría, etc. que se me presenten en la vida (mujer participante, febrero de 2018).

Hay muchas formas de pelar una naranja... hay cosas irremediables, pero ante lo irremediable, como la muerte de un ser querido, sí podemos ver qué podemos hacer con nosotros, por lo menos, para seguir viviendo y buscar otras alternativas (mujer participante, junio de 2017).

Finalmente, el reconocimiento de *Cuidarte* como un espacio potenciador de la vida fue señalado por el grupo de jóvenes y mujeres al término del proceso mediante expresiones que resaltan las acciones como espacios para relacionarnos desde los saberes, pero también desde lo afectivo, en una interacción que fortalece el autorreconocimiento y la autonomía de los participantes.

Quando inicié *Cuidarte*, creí que era uno más del montón pero realmente este es un proceso que aporta mucho a mi vida. Me enseñó que tener rabia, miedo, temores, no es debilidad, no es malo, debemos expresarnos y desahogarnos (joven participante, diciembre de 2017).

De nuestra parte, trataremos de replicar lo aprendido; pero sobre todo a ser fieles a lo que somos y cuando seamos fieles a nosotros mismos surgirá la palabra «cuidarte» (joven participante, febrero de 2018).

Es importante resaltar que estos aspectos interactúan en interdependencia a partir del significado que le asigna cada participante de acuerdo con sus experiencias de vida, sus creencias, sus perspectivas y su sistema de valores, lo cual refleja las particularidades y riquezas del contexto, hecho que propicia el fortalecimiento situado del tejido social.

Discusión

La búsqueda de una vida digna, así como de la sensación cotidiana y concreta de vivir bien, es una condición de lo humano que adquiere mayor trascendencia en contextos de conflicto armado como el que ha vivido Colombia y, de manera particular, el municipio de San Carlos, pues en ellos hay una pérdida de referentes de esperanza y

posibilidad de construir nuevas maneras de habitar el territorio. Es aquí donde cobra importancia la creación de oportunidades para la salud y la paz en una intersección que no excluye a los conflictos, pero aporta otras maneras de vivirlos.

Tras los resultados del proceso en San Carlos se afirma que las estrategias artísticas movilizan la posibilidad transformadora de los sujetos en contextos de violencia, fortaleciendo la confianza y la solidaridad de los participantes en la integración de una *ps* que convierte el sufrimiento en una razón para la acción, para intentar comprender y buscar nuevas maneras de afrontarlo (Chapela, 2013), pues compartir estos espacios con la mediación de lo artístico hizo tangible para todos el carácter social del sufrimiento (Han, 2017), al igual que la importancia de acoger estrategias individuales y colectivas para tramitarlo.

Lo anterior coincide con lo encontrado por Mundet *et al.* cuando afirman que los procesos creativos «mejoran la salud y el bienestar de los individuos e incentivan procesos de socialización, integración y cooperación» (2015: 325), lo cual, en el caso de este proyecto, permitió la emergencia de emociones, reflexiones y acciones en los participantes que hicieron posible la incorporación de los aprendizajes y su multiplicación, como expresión de autonomía y fortalecimiento de los sujetos y, con ellos, del tejido social del que forman parte. En este sentido, algunos estudios plantean que los espacios grupales, íntimos y de apoyo favorecen el restablecimiento de la confianza y el desarrollo de nuevas formas de afrontamiento, entre las que están superar el temor a ser revictimizados (Villa 2013, 2016). Del mismo modo, Villa e Insuasty (2016) afirman que el fortalecimiento del tejido social puede

plantear un camino y una alternativa de acción psicosocial desde abajo, que podría contribuir a los procesos de reparación desarrollados en el marco de la transición del conflicto colombiano hacia la paz.

Las estrategias artísticas como mediaciones para la acción llevan al ejercicio de una *ps* empoderante (Chapela, 2007) que redundante en una mayor toma de control de las vivencias cotidianas (Restrepo, 2000), pues si bien tienen una condición de autonomía relativa (Breilh, 2010), dan sentido de posibilidad y guían a pensar en la paz en concreto, ya que los esfuerzos realizados en Colombia en el ámbito estructural, con la firma de los acuerdos de paz y su implementación, deben acompañarse de acciones en el espacio singular del individuo, la familia y la comunidad, en búsqueda de «una paz que deje de ser una noticia ajena y externa y se convierta también en una vivencia interna, personal y cotidiana» (Franco, 2017: 303).

Como profesionales de la salud, es importante resaltar que la *ps* con apoyo de estrategias artísticas aporta, además, a la concreción de acciones que superan la mirada biomédica, pues son los sujetos participantes quienes construyen espacios significativos y pertinentes que potencian la búsqueda de un buen vivir desde el conocimiento situado, el reconocimiento mutuo, el diálogo de saberes y el fortalecimiento de la autonomía.

Conclusiones

Con sus interacciones y orientaciones metodológicas, *Cuidarte* favoreció el desarrollo del pensamiento creativo de los participantes mediante estrategias artísticas, así como el fortalecimiento de lazos de solidaridad y esperanza con que puedan resigni-

ficar sus vidas, y apuesta por una paz que surge como capacidad interna de armonización del ser consigo y con los otros para la reconfiguración del tejido social en el marco de la pedagogía para la paz.



Referencias bibliográficas

- Alcaldía de San Carlos. (2016). *Proyecto Plan de Desarrollo del municipio de San Carlos 2016-2019. Trabajando por el desarrollo social*. San Carlos: Alcaldía Municipal.
- Bang, C. (2014). Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. *Psicoperspectivas*, 13(2), 109-120.
- Bassols, M. (2006). El arteterapia, un acompañamiento en la creación y la transformación. *Arteterapia. Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 1, 19-25.
- Breilh, J. (2010). *Epidemiología: Economía política y salud. Bases estructurales de la determinación social en salud*. Quito: Corporación Editora Nacional.
- Cano Chaverra, J. (2018). *Identificación y análisis de propuesta(s) artística(s) desde la Corporación Arlequín y los Juglares que permiten alcanzar una perspectiva de reconstrucción del tejido social en época de post acuerdo*. (Tesis de doctorado).
- Chapela, M.C. (2007). Quinto aspecto. ¿Qué promoción de la salud ha fracasado? UAM-X. Documento de circulación interna en proceso de publicación. Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/122516354/Chapela-A#scribd>.
- _____ (2013). *Promoción de la Salud y Emancipación*. México: UAM-X.
- Dalley, T. (1987). *El arte como terapia*. Barcelona: Herder.
- Díaz-Barriga Arceo, F. y Hernández Rojas, G. (2002). *Estrategias docentes para un aprendizaje significativo. Una interpretación constructivista* (2.ª ed.). México: McGraw-Hill.
- Duncan, N. (2007). Trabajar con las emociones en arteterapia. *Arteterapia. Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 2, 39-49.
- Franco, S. (2017). *Por la salud social*. Bogotá: Ediciones Aurora.
- Franco S., Ochoa D. y Hernández, M. (1995). *La promoción de la salud y la seguridad social*. Bogotá: Corporación Salud y Desarrollo.
- GMH. Grupo de Memoria Histórica. (2011). *San Carlos. Memorias del éxodo en la guerra*. Bogotá: Taurus Editores.
- Han, B. C. (2017). *La expulsión de lo distinto*. Barcelona: Herder Editorial.
- Minayo, M. C. (1999). *O Desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. Río de Janeiro: Hucitec-Abrasco.
- Moreno González, A. (2010). La mediación artística: un modelo de educación artística para la intervención social a través del arte. *Revista Iberoamericana de Educación (OBI)*, 52(2).
- Mundet, A., Beltrán, A. y Moreno, A. (2015). Arte como herramienta social y educativa. *Revista Complutense de Educación*, 26(2), 315-329.

- Olaya Rodríguez, C. H. (2012). *Nunca más contra nadie. Ciclos de violencia en la historia de San Carlos, un pueblo devastado por la guerra*. Medellín: Cuervo Editores.
- Osorio Campuzano, R. (2013). Paramilitarismo y vida cotidiana en San Carlos (Antioquia): etnografía desde una antropología de la violencia. *Boletín de Antropología*, 28(45), 130-153.
- Restrepo, H. (2000). Incremento de la capacidad comunitaria y del empoderamiento de las comunidades para promover la salud. Informe técnico 4. En *Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud*. México: OMS/ OPS/Secretaría de Salud.
- Riquelme-Pérez, M. (2012). Metodología de educación para la salud. *Pediatría Atención Primaria*, 14, 77-82.
- Romero, B. L. (2004). Arte terapia. Otra forma de curar. *Educación y Futuro: Revista de Investigación Aplicada y Experiencias Educativas*, 10, 101-110.
- Tolosa, A. (2015). El arte como posible herramienta metodológica para la construcción de paz. Trabajo de Investigación Especialización «Acción Sin Daño». Colombia: Universidad Nacional de Colombia. Recuperado de <http://www.bivipas.unal.edu.co/bitstream/123456789/727/1/TrabajoFinalAngelaTolosa.pdf>.
- Uñó-Batlles, A. (2013). *El arte: vehículo para la educación emocional. Una propuesta de intervención* (tesis de maestría). Universidad La Rioja, España. Recuperado de: https://reunir.unir.net/bitstream/handle/123456789/1837/2013_05_27_TFM_ESTUDIO_DEL_TRABAJO.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Velásquez, J. F. (2008). Advertencias para el trabajo bajo transferencia con sujetos afectados por la violencia. En Velásquez, J. F., *Conflicto armado: memoria, trauma y subjetividad* (pp. 135-142). Medellín: La Carreta Editores.
- Villa Gómez, J. D. (2013). Consecuencias Psicosociales de la participación en escenarios de justicia transicional en un contexto de conflicto, impunidad y no-transición. *Revista El Ágora USB*, 13(2), 307-338.
- _____. (2016). Intervenciones psicosociales en el marco de acciones de reparación a víctimas del conflicto armado colombiano. *ECA Estudios Centroamericanos*, 71(744), 81-104. Recuperado de http://www.uca.edu.sv/upload_w/20/file/744/5-%20Juan%20David%20Villa.pdf.
- Villa Gómez, J. D. e Insuasty Rodríguez, A. (2016). Entre la participación y la resistencia: reconstrucción del tejido social desde abajo en el municipio de San Carlos: más allá de la lógica de reparación estatal. *Revista El Ágora USB*, 16(2), 453-478.

Vivencias en derechos sexuales y reproductivos de los quillacingas, Corregimiento de El Encano¹, Pasto, Colombia, 2017-2018²

ANGÉLICA MARÍA SÁNCHEZ CALDERÓN

En Colombia, la población indígena es reconocida como tal; sin embargo, tienen dificultades en la garantía de sus derechos, valores y creencias. Se requiere determinar sus vivencias en derechos sexuales y reproductivos para diseñar estrategias de fortalecimiento mediante la caracterización sociodemográfica y la descripción de conocimientos. Se desarrolló un diagnóstico participativo en el Corregimiento de El Encano, Pasto, Colombia, considerando fases de conformación de equipos, recopilación de antecedentes, fuentes de información, análisis e identificación de problemas, jerarquización, plan de trabajo, ejecución, evaluación, retroalimentación y sistematización. Asimismo, se retomaron los conocimientos de la población indígena y los nuestros; aunque se presenta sincretismo, los jóvenes manifiestan raíces de su cosmovisión centrada en el respeto al hombre y la mujer, sus tradiciones, así como sus usos y costumbres en torno a la sexualidad. Mediante las mesas se habló de derechos, lo cual permitió intercambiar saberes para la comprensión e implementación de acciones interculturales.

PALABRAS CLAVE: vivencias, interculturalidad, derechos culturales, salud sexual y reproductiva, población indígena

Living in sexual and reproductive rights of the Quillacingas, Corregimiento del Encano, Pasto, 2017-2018

In Colombia, the indigenous population is recognized as such; however, they have difficulties in guaranteeing their rights, values and beliefs. It is necessary to determine their experiences in sexual and reproductive rights to design strengthening strategies through sociodemographic characterization and knowledge description. A participatory diagnosis was developed considering phases of team formation, background collection, sources of information, analysis and identification of problems, ranking, work plan, execution, evaluation, feedback and systematization. Likewise, the knowledge of the indigenous population and ours was retaken; although there is syncretism, young people manifest roots of their worldview focused on respect for men and women, their traditions, as well as their uses and customs around sexuality. Through the tables we talked about rights, which allowed us to exchange knowledge for the understanding and implementation of intercultural actions.

Keywords: experiences, interculturality, cultural rights, sexual and reproductive health, indigenous population

¹ En Colombia, los corregimientos son poblaciones que no alcanzan el carácter de municipio, siendo su jurisdicción territorial supedita a un municipio o, en el caso de los corregimientos departamentales, a un departamento. El nombre de *vereda* le corresponde a la división territorial de cada corregimiento. El Encano está ubicado al oriente del departamento de Nariño, sur de Colombia del Municipio de Pasto (nota del editor)

² Agradecemos a los estudiantes del noveno semestre de Profundización de Gestión de los Servicios y Atención Primaria en Salud, del Programa de Enfermería de la Universidad Mariana (promoción 2017-2018).



Introducción

Los quillacingas eran un pueblo de costumbres y características distintivas; su idioma (el kamsá), su vestuario, así como sus costumbres religiosas y de vivienda, los diferenciaban de sus vecinos.

Nariño, Pasto, Colombia es, por excelencia, fiel muestra de una cultura de armonía simbólica y significativa custodiada por un gran saber, en el cual se entretajan historias que demuestran que los ancestros aún caminan por el sendero y que, a pesar de haber transcurrido un largo tiempo, la historia se mezcla en el presente; muestra lo que fuimos y demuestra lo que somos; por ello, se convierte en fiel testigo de una cultura que vivió y aún no ha muerto.

En vista de la importancia de la cultura quillacinga, que abarca a un gran número de personas, se considera que desarrollar este proyecto contribuirá significativamente a su salud sexual y reproductiva, más aún porque aborda las vivencias relacionadas con estos derechos desde el punto de vista cualitativo, y se enfoca en identificar sus conocimientos y las actividades en que participan en su entorno.

Se revisaron estudios internacionales, nacionales y regionales. En el ámbito internacional, en Ecuador, *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes de la comunidad Rancho Chico, Ibarra*, cuyo

objetivo fue «determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes, con un diseño cualitativo y no experimental; de tipo descriptivo, observacional y transversal» (Tapia, 2017).

En Perú, «VIH en gestantes indígenas: un reto para la salud pública peruana» (Portocarrero, 2015), revisión narrativa que aborda la problemática de las gestantes indígenas con VIH. Hace un recuento de los principales hallazgos sobre el tema en el mundo para luego revisar el estado de la investigación en Perú. Se centra en la salud del neonato y la prevención de la transmisión vertical; afirma que existe poca información acerca de las concepciones sobre la enfermedad, las prácticas de cuidado y la prevención de la transmisión, así como las percepciones relativas al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) y el papel de la medicina tradicional en la atención de su condición de salud.

En Brasil, «Salud sexual y reproductiva y aspectos socioculturales de mujeres indígenas» (Ribeiro *et al.*, 2014), cuyo objetivo fue conocer el perfil de la salud sexual y reproductiva, así como los aspectos socioculturales de mujeres indígenas. Se observaron condiciones de vulnerabilidad de las mujeres indígenas a partir de su perfil sexual y reproductivo con exposición para

las enfermedades transmitidas sexualmente, el cáncer de cuello uterino, el inicio temprano de la vida sexual, y la poca accesibilidad a la información y la prevención.

En el ámbito nacional, *Derechos sexuales y reproductivos de niños, niñas y adolescentes de la comunidad indígena San José de Aripuro Resguardo Indígena de Caño Mochuelo-Departamento de Casanare* (Cisneros y Suárez, 2015). El estudio concluyó que la comunidad presenta dinámicas relacionales que se centran en roles de género marcados por una hegemonía de lo masculino, aspecto que deriva en procesos de habituación en fenómenos como la violencia de género, denotados por embarazos adolescentes y poca participación de la mujer en la autoridad.

Finalmente, en el ámbito regional, *Prácticas culturales relacionadas con el embarazo, parto y puerperio utilizadas por las mujeres indígenas de la etnia de los Pastos, Resguardo de Cumbal* (Cando et al., 2015). El estudio concluyó que las creencias de las gestantes de la etnia indígena de los pastos relativas al proceso de gestación, parto y postparto son las que se plantean en su comunidad, las cuales se cumplen a cabalidad y son efectivas. Cabe resaltar que la religiosidad y la espiritualidad son dos de los aspectos más relevantes durante este proceso, así como la alta participación de las parteras desde el momento del embarazo, quienes utilizan plantas medicinales para calmar dolores. De igual manera, tienen creencias sobre la alimentación, sexualidad e higiene en estos periodos de la vida de toda mujer embarazada.

Descripción del problema

Es muy importante tener en cuenta la población con que se trabaja a fin de respetar

sus concepciones de vida. La sexualidad para los pueblos indígenas es algo sagrado, pero, a su vez, normal y necesario; forma parte del cumplimiento y ordenamiento que marca la ley de origen de cada pueblo de acuerdo con su cosmovisión, razón por la cual el matrimonio de las parejas jóvenes es una práctica común del orden cultural, pues evita la promiscuidad, asunto delicado desde su visión cultural. Por otra parte, en la actualidad hay muchas comunidades indígenas tradicionales que conservan sus métodos de planificación para lograr un intervalo suficiente entre un embarazo y otro.

El embarazo de adolescentes en comunidades tradicionales no es considerado como un problema, debido a que forma parte del ordenamiento propio; sin embargo, cuando se da fuera del contexto cultural y territorial de la comunidad y sus principios, sí lo es, al no contar con un acompañamiento familiar ni con un seguimiento y control por parte de las autoridades tradicionales, sea de la familia de la mujer o la de su pareja. Por lo anterior, es necesario identificar los conocimientos y las creencias de esta población respecto a los derechos sexuales y reproductivos para intervenir de tal manera que se logre garantizar la calidad de vida, especialmente de los jóvenes.

En este sentido, se considera que también existen algunas dificultades en el acceso a los derechos de la comunidad indígena. Se ha establecido que la falta de información sobre métodos anticonceptivos e infecciones de transmisión sexual, y la discriminación, son algunos de los obstáculos que enfrentan las y los jóvenes indígenas en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos (Blancas, 2015).

En consecuencia, la salud reproductiva está permeada por tabúes y normativas

que muchas veces inhiben la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo. Esta última situación que es considerada un derecho de la salud sexual y reproductiva, se ve afectada al no tener acceso a la información, a la planificación familiar, y al derecho a recibir servicios adecuados de atención que permitan embarazos y partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos (Organización Panamericana de la Salud, 2010. Pág. 16).

La información se ha constituido como el elemento clave para contribuir a garantizar los derechos sexuales y reproductivos, al ser una de las piezas clave para prevenir o disminuir problemáticas de salud sexual y reproductiva en la población indígena.

Al respecto, se mencionan algunas experiencias en varios países. En Bolivia, por ejemplo, «el uso de métodos anticonceptivos se incrementó en forma importante, sin embargo se basa en los métodos tradicionales y no en los métodos modernos, la necesidad insatisfecha de planificación familiar sigue siendo mayor entre las mujeres más jóvenes» (Organización Panamericana de la Salud, 2010. Pág. 24).

En Ecuador, «las mujeres indígenas tienen mayores problemas relacionados al embarazo, parto, postparto, planificación familiar, prevención y atención a la violencia de género, donde hay un alto porcentaje de embarazos en adolescentes» (Organización Panamericana de la Salud, 2010. Pág. 25).

En Guatemala, «las mujeres indígenas no usan anticonceptivos, hay preferencia a los métodos naturales, el uso del condón es bajo, hay demanda insatisfecha de servicios de planificación familiar, además las gestantes tienen un bajo control prenatal»

(Organización Panamericana de la Salud, 2010. Pág. 28).

En Colombia, en un estudio realizado en la comunidad embera chami de Antioquia, entre los principales factores asociados se encontraron el intercambio sexual con no indígenas, el sexo sin protección, el sexo de hombres con hombres y el consumo de licor, además de la prevalencia de VIH (UNGASS, 2012). Se estableció que la comunidad indígena enfrenta una serie de problemáticas relacionadas con la salud sexual y reproductiva, situación negativa y de inequidad que influye en la calidad de vida de las personas.

En el departamento de Nariño, Pasto, Colombia, se evidencia un incremento de embarazos en adolescentes a pesar de las campañas de promoción y prevención. Entre 2005 y 2013, las tasas específicas de fecundidad en adolescentes entre 15 y 19 años han tenido un descenso significativo: de 73.48 a 55.76 nacidos vivos por cada 1,000 mujeres (Instituto Departamental de Salud de Nariño, 2016).

Metodología

La técnica principal fue el diagnóstico participativo, con el cual se pretendió recoger, organizar y analizar la información de la comunidad quillacinga acerca de sus vivencias relacionadas con los derechos sexuales y reproductivos, a fin de permitirles describir los conocimientos y participar en actividades establecidas por las instituciones de salud a las que están vinculados.

El diagnóstico participativo se dividió en las siguientes etapas: conformación del equipo, recopilación de antecedentes, fuentes de información, análisis e identificación de problemas, jerarquización, plan

de trabajo, ejecución del plan, evaluación y retroalimentación, y sistematización.

Posteriormente, se llevó a cabo el diálogo de saberes «Reconociendo las vivencias en derechos sexuales y reproductivos de la población quillacinga», encuentro entre comunidades, culturas, educandos y educadores mediante el cual todos se construyen, fortalecen y transforman. Su objetivo es cocrear espacios para escuchar las voces, visibilizar el universo simbólico y plantear estrategias para fortalecer el proceso.

Esta actividad se dividió en tres momentos: «Sensibilizar y activar», «Expresando el universo simbólico e historias sentidas del ser a través de la palabra» y «Reflexiones y sentimientos», además de una retroalimentación.

En el primer encuentro participaron 26 personas, hombres y mujeres de la comunidad quillacinga, padres, jóvenes y niños; en el segundo, 170 estudiantes de la Institución Educativa Municipal de El Encano, Pasto, Colombia.

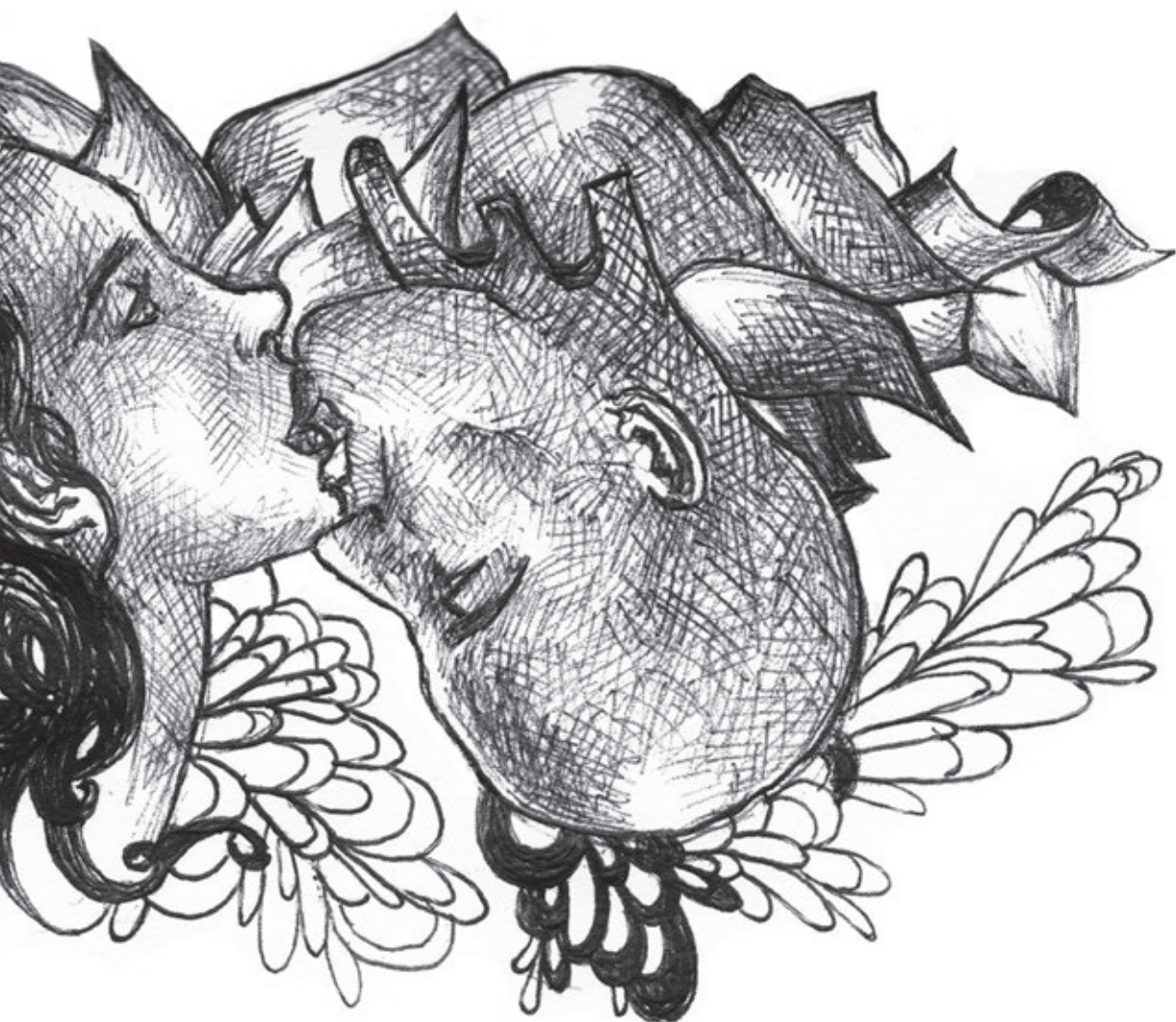
Resultados según la categoría de derechos

Derecho a tener información que posibilite las formas de decisión libre e informada sin sufrir discriminación, coerción ni violencia. Se evidenció que, por falta de educación relativa a la salud sexual y reproductiva, se presentan embarazos no deseados a temprana edad que afectan el proyecto de vida. En este sentido, se evidencia la importancia de sensibilizar a la población objeto para posibilitar las formas de decisión libre e informada sin sufrir discriminación, coerción ni violencia. Una de las posibles soluciones de la comunidad es que se hagan encuentros en los colegios para brindar información sobre el tema con base en el respeto hacia los jóvenes.

Derecho a decidir libremente sobre mi cuerpo y mi sexualidad. Los embarazos a temprana edad se deben a la falta de responsabilidad de los jóvenes y adolescentes, así como a la carencia de educación, información y sensibilización por parte de la institución de salud en cuanto a sexualidad y reproducción. Por tanto, para disminuir la tasa de embarazos, la población manifiesta que las soluciones se deben enfocar en la educación que se brinda en el hogar, al igual que en la orientación y el acompañamiento por parte del profesional de la salud.

Derecho a acceder a servicios y programas de calidad para la promoción, detección, preven-





ción y atención de todos los eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción independientemente del sexo, edad, etnia, clase, orientación sexual o estado civil de la persona, y teniendo en cuenta sus necesidades específicas, de acuerdo con su ciclo vital. Se identificó que las personas de la comunidad no acceden a los programas de promoción, detección, prevención y atención de eventos relacionados con la salud sexual y reproductiva debido a que el derecho a la privacidad se ve vulnerado y sienten vergüenza. Además, afecta el proyecto de vida de los adolescentes y la comunicación intrafamiliar es frágil o muy superficial. Como posibles soluciones se propone el

apoyo por parte del campo de la salud; las capacitaciones en el colegio para padres, estudiantes y profesores; la orientación a los adolescentes para el buen aprovechamiento de su tiempo libre, a fin de evitar problemas con las drogas y el alcohol; así como la ayuda psicológica a la población para abarcar integralmente el tema.

Derecho a acceder y elegir métodos de planificación familiar seguros, eficaces y asequibles. La falta de acceso a la planificación familiar es otra de las problemáticas que se detectó, debido a que los trámites administrativos la limitan, razón por la cual los jóvenes pierden el interés; ello ocasiona

na consecuencias como embarazos no deseados, deserción estudiantil, enfermedades de transmisión sexual y oportunidades de vida limitadas. La solución manifestada por la población es que el acceso a métodos de planificación familiar se realice sin tanta dificultad y la educación sea pertinente, para que los jóvenes tomen conciencia y haya embarazos a una edad adecuada.

Derecho a recibir información clara, oportuna y científica acerca de la sexualidad. De acuerdo con la cosmovisión de la población, entre más información sobre el tema obtengan los jóvenes, más embarazos se presentan a temprana edad. Manifiestan que ésta debería exponerse después de los 18 años, debido a que los menores de edad no poseen la suficiente responsabilidad y autonomía, y recalcan que el diálogo con la familia juega un papel esencial. En cuanto a la cultura, se evidencia que la población no le permite a la mujer ser autónoma respecto a sus derechos sexuales y reproductivos; se evidencia un pensamiento machista. Además, refieren que si los jóvenes planificaran, tendrían mayor libertad.

Derecho a eliminar la violencia doméstica y sexual que afecta la integridad y la salud. Según su cosmovisión, los hombres de la comunidad no les permiten a las mujeres planificar, pues piensan que esto afecta su salud y que ellas sólo deben permanecer en el ámbito doméstico. Como problemática se presenta el abuso sexual. Además, debido a la falta de confianza y a las mujeres que quieren vivir solas —de acuerdo con sus concepciones—, hay embarazos no deseados y niños con bajo peso al nacer. De igual forma, se logra identificar la violencia intrafamiliar, así como la toma de decisiones erróneas sobre su cuerpo debido a la falta de información y de valores, el machismo y el consumo de alcohol como principales causas. Las soluciones establecidas por la comunidad son que los padres y el personal de salud brinden mayor confianza e información acerca de los derechos, así como la importancia de que la comunidad acceda a los servicios de salud independientemente de su condición.

Derecho a tener una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y derecho a procrear o no. Uno de los problemas que se identificó en la población objeto es que los jóvenes no asumen con responsabilidad el ejercicio de la sexualidad y la reproducción; por el contrario, evaden este tema o lo abordan de manera inmadura, lo cual se relaciona con factores como la falta de apoyo por parte de padres, docentes, orientadores y personal de salud. Otro de los factores que desencadena este problema es el temor al rechazo, a ser juzgados o castigados por sus padres. Las consecuencias son la toma de decisiones inadecuadas, los embarazos a temprana edad, los abortos y los problemas de salud para las mujeres que realizan esta práctica, así como el abandono de los bebés al nacer. Como solución, proponen el trabajo conjunto de padres, docentes y personal de salud para fortalecer la confianza en

los jóvenes y que asuman con responsabilidad su sexualidad.

Derecho a decidir el número y el espaciamiento de los hijos, y derecho a acceder y elegir métodos de regulación de la fecundidad seguros, eficaces, aceptables y asequibles. Uno de los problemas que se identificaron es la vulnerabilidad de las mujeres al decidir si quieren o no tener relaciones sexuales, así como el número de hijos. Puesto que las creencias tienen gran influencia en las decisiones de los individuos, son los hombres quienes deciden y no les permiten a las mujeres opinar; el machismo impide la expresión libre de la pareja. Como solución, los derechos sexuales y reproductivos no sólo deben enfocarse en campañas de oferta de métodos de planificación familiar, sino que debe buscarse apoyo para fortalecer la propia identidad, educar, y dar énfasis a la toma de decisiones y a la autonomía como derecho fundamental.

Conclusiones

- Se logró identificar conocimientos, creencias y costumbres acerca de los derechos sexuales y reproductivos que no difieren de los nuestros.
- Aunque la población quillacinga se aferra a sus creencias, costumbres y cultura, no son ajenos a los temas relacionados con la salud sexual y reproductiva.
- Las creencias y costumbres identificadas fueron la planificación guiada por los ciclos lunares, la poca participación de los adolescentes y las mujeres en la toma de decisiones a partir de un pensamiento machista, la vergüenza o el temor para solicitar información, así como el acceso limitado a los servicios de salud.
- La cosmovisión del pueblo quillacinga en cuanto a los derechos sexuales y reproductivos identifica su vulneración; las mujeres son las más afectadas.



Referencias bibliográficas

Alcaldía Municipal de Pasto (2015). *Análisis de la situación de salud en el municipio de Pasto*. Secretaría Municipal de Salud de Pasto.

Alpala Portillo, W.A. y Romero Ortega, M.L. (2014). *Reconocer la diversidad desde los significados de los jóvenes de El Encano en la época actual*. Manizales: Magíster en Educación desde la Diversidad. Recuperado de <http://bit.ly/2ymHEm6>

Anas Wayuu de la Guajira. (2012-2014). *Prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH-SIDA en comunidades Wayuu de Maicao-Guajira*. Medellín: Universidad de Antioquia.

Blancas, E. (2015). Jóvenes indígenas no pueden ejercer derechos sexuales y reproductivos: informe. Recuperado de <http://bit.ly/2wVy85q>

Bonilla, E. y Rodríguez, P. (2013). *Más allá del dilema de los métodos*. Bogotá: Universidad de Los Andes.

Burbano Rosas, P. H. (2015). *Imaginarios quillacingas de vida, evolución y cosmos presentes en las espirales de los petroglifos de Sandoná, Nariño*. San Juan de Pasto: Universidad de Nariño.

Cando Imbacuán, L. P. (2015). *Prácticas culturales relacionadas con el embarazo, parto y puerperio utilizadas por las mujeres indígenas de la etnia de Los Pastos Resguardo del Gran Cumbal*. Pasto: Universidad Mariana.

Carissa, F. (2012). *La OPS/OMS llama a promover y garantizar el derecho a la salud sexual y reproductiva de jóvenes indígenas*. Washington: OMS-OPS. Recuperado de <http://bit.ly/2yjia92>

Cisneros Garrido, R. A. y Suárez Fonseca, M. P. (2015). *Derechos sexuales y reproductivos de niños, niñas y adolescentes de la comunidad indígena San José de Ariporo. Resguardo Indígena de Caño Mochuelo—Departamento de Casanare*. Bogotá: Universidad Pedagógica Nacional. Recuperado de <http://repository.cinde.org.co/handle/20.500.11907/1552>

Díaz del Castillo Koch, B. (2015). *Eco-Encano: complejo educacional turístico para la potencialización y recuperación del patrimonio ambiental y cultural en la Laguna de La Cocha, Nariño*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.

Grández Urbina, A. y Fernández Luque, J. L. (2012). Etnias de la Amazonía en riesgo de enfermedades de transmisión sexual, una realidad en nuestro país. *Revista Médica Hereidiana*. Recuperado de <http://bit.ly/2gFHB4k>

Instituto Departamental de Salud de Nariño (2016). *Análisis de la situación de salud del Departamento de Nariño con el modelo de los determinantes sociales*. San Juan de Pasto: ASIS Nariño. Recuperado de <http://bit.ly/2xHdZoj>

Ministerio de Cultura (2010). *Quillacinga, los hijos de la luna*. Recuperado de <http://www.mincultura.gov.co/areas/poblaciones/noticias/Documents/Caracterizaci%C3%B3n%20del%20pueblo%20Quillacinga.pdf>.

Ministerio de Salud y Protección Social (2014). *Guía metodológica para desarrollar encuentros participativos con familia y comunidad*. Recuperado de <https://bit.ly/2qIpK8n>

_____. (2015a). *Plan decenal de salud pública 2012-2021*. Bogotá.

_____. (2015b). *Política nacional de sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos*. Santa Fe de Bogotá: Minsalud.

_____. (2015c). *Prevención del embarazo adolescente*. Santa Fe de Bogotá: Minsalud. Recuperado de <http://bit.ly/2ienm7N>

Muñoz, L. (2014). *Estado del arte de las lenguas madres de los 7 pueblos indígenas de Nariño*. Nariño: Edinar/Gobernación de Nariño, Pasto, Colombia.

Noreña Herrera, C., Leyva Flórez, R., Palacio Mejía, L. S. y Duarte Gómez, M. B. (2015). *Inequidad en la utilización de servicios de salud reproductiva en Colombia en mujeres indígenas y afrodescendientes*. Medellín: Universidad de Antioquia. Recuperado de <http://bit.ly/2kNLY8p>

Organización Panamericana de la Salud (2010). *Salud sexual y reproductiva y VIH de los jóvenes y adolescentes indígenas en Bolivia, Ecuador, Guatemala, Nicaragua y Perú*. Washington D.C.: OPS. Recuperado de <http://bit.ly/2yoRogt>

Parra Vargas, Y. y Suárez Pilonieta, I. C. (2009). Vivencias de la sexualidad en un grupo de adolescentes en situación de discapacidad pertenecientes a cuatro localidades de Bogotá D.C., Colombia. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana. Recuperado de <http://bit.ly/2ysozhq>

Portocarrero, J. (2015). VIH en gestantes indígenas: un reto para la salud pública peruana. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* 32(3), 546-554

Ribeiro Pereira, E., Santos de Souza Oliveira, L., Chiemi Ito, L. Leidiane, M. S., Moura Schmitz, M. J. y Pagliaro, H. (2014). Salud sexual y reproductiva y aspectos socioculturales en mujeres indígenas. *Revista Brasileña de Promoción de la Salud*, 27(4), 445-454.

Tapia Coral, M. G. (2017). *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes de la comunidad Rancho Chico, Ibarra*. Ibarra: Universidad Técnica del Norte. Recuperado de <http://bit.ly/2hHgPyE>

UNGASS. (2012) *Informe mundial de avances en la lucha contra el SIDA*. Colombia. MinSalud

Vidal, M. (2017). Brechas en promoción de la salud sexual y reproductiva. *Revista Pueblos Indígenas*. 135-200

Modelo sistémico para la determinación de los daños a la visión por el uso de dispositivos visuales

EDGAR OMAR LÓPEZ DE LEÓN
JOSÉ ANTONIO MORALES VALLE
JOSÉ ANTONIO MORALES GONZÁLEZ
EDUARDO OSIRIS MADRIGAL SANTILLÁN
ÁNGEL MORALES GONZÁLEZ

Como todo sistema, la salud necesita mantenerse en constante proceso de adaptación debido a su entorno dinámico; por ello, surge la necesidad de realizar este trabajo mediante un enfoque sistémico, tomando como base la teoría general de sistemas (TGS), ya que ésta relaciona cada una de las partes o elementos de un todo, con el objetivo de crear un modelo sistémico para determinar los daños que afectan la salud visual por el uso de los dispositivos visuales como televisión, tableta, celular y computadora.

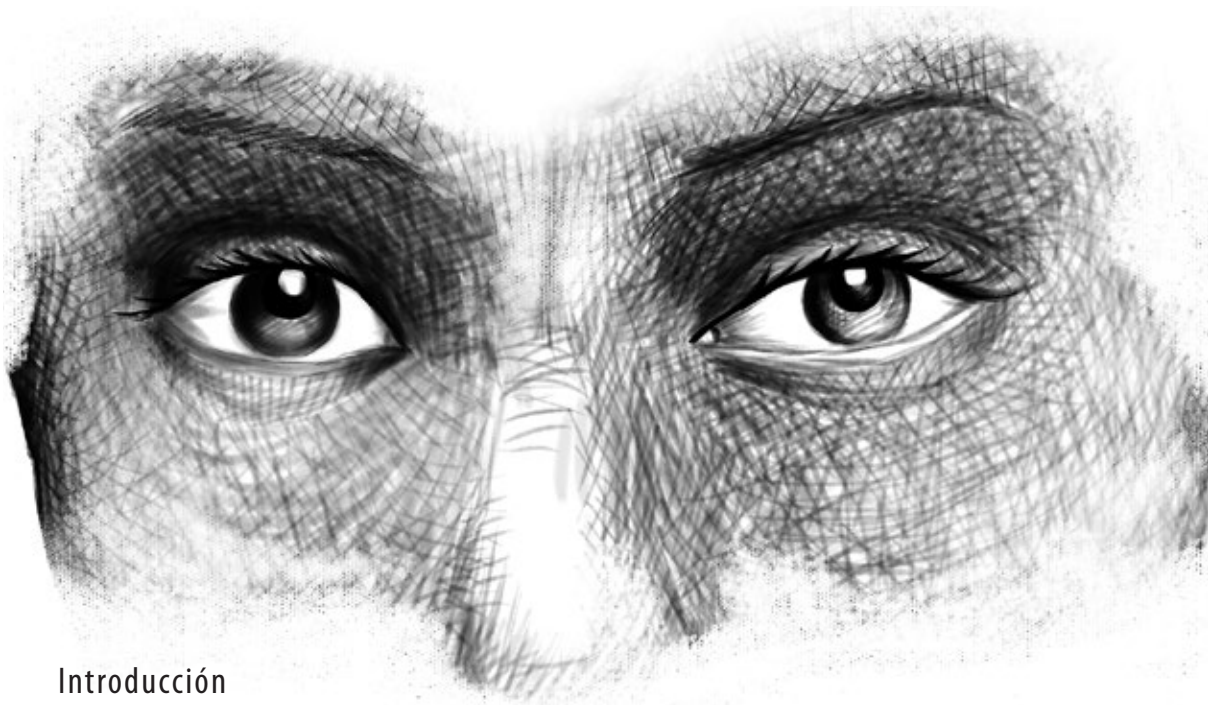
PALABRAS CLAVE: teoría general de sistemas, dispositivos visuales, sistemas, salud visual y visión

Abstract

Systemic model for the determination of vision damage due to visual devices

The health system, like in any kind of system, needs to stay in a constant adaptation process, due to its dynamic environment. Since health itself constitutes a system, we found the need to present this work with a systemic approach based on the General Systems Theory (GST), since it relates each of the parts or elements of a whole, aiming to create a systemic model able to determine the damages done to visual health by visual devices such as television, tablets, cell phones and computers.

Keywords: General Theory of Systems, visual devices, systems, visual health, vision



Introducción

En entornos dinámicos, los sistemas tienen la necesidad de mantenerse en constantes procesos de adaptación. Para el análisis de este trabajo, es importante trabajar de una manera sistémica, pues la teoría general de sistemas se presenta como una forma sistemática y científica de aproximar y representar la realidad. Al mismo tiempo, juega un papel muy importante en la investigación para orientar los análisis desde una perspectiva holística e integradora, en la cual lo importante es identificar las relaciones y el comportamiento de los dispositivos visuales y los daños que provocan a la salud visual.

Debido a esto, la presente investigación tiene como objetivo diseñar un modelo sistémico que proporcione información para evaluar y determinar los daños ocasionados por los dispositivos visuales (televisión, computadora, tableta y celular) que afectan la visión, considerando la interre-

lación entre ellos, así como generar dicho modelo con base en indicadores porcentuales de cada daño medido con pruebas optométricas —agudeza visual, tiempo de ruptura de la película lagrimal (BUT, por sus siglas en inglés) y biomicroscopía¹— en tres evaluaciones: en la primera se valora la salud visual del paciente; en la segunda se repite la valoración después de seis meses para corroborar el primer diagnóstico, además de modificar hábitos y recomendar ejercicios y tratamientos paliativos; y la tercera se lleva a cabo seis meses después a fin de observar si hay una mejora en la salud visual.

Finalmente, se proporcionan a la población indicaciones como tratamientos y ejercicios visuales que pueden hacer en casa o en su lugar de trabajo para aminorar los daños en la visión por parte del uso excesivo de los dispositivos visuales.

¹ Biomicroscopía: se refiere a un estudio para la exploración de las estructuras —en tres dimensiones— del ojo. (nota del editor)

Teoría General de Sistemas

Un sistema es una serie de elementos interrelacionados que realizan alguna actividad, función u operación. Se puede definir también como un conjunto de componentes que interactúan para alcanzar algún objetivo. Por tanto, el enfoque sistémico engloba la totalidad de los elementos del sistema y estudia las interacciones e interdependencias entre ellos (Van Gigch, 2006).

Asimismo, puede describirse como una alternativa para el individualismo (atomismo) y el totalismo (holismo), una metodología de diseño, un marco de trabajo conceptual común, una nueva clase de método científico, una teoría de organizaciones o un método relacionado con la ingeniería de sistemas (Bunge, 1995).

Salud visual

La salud visual puede considerarse como el proceso en el cual la sociedad, ayudada por la ciencia oftalmológica y otras especialidades médicas, activa mejoras en las condiciones sociales y medioambientales que generan los problemas de ceguera y baja visión, mientras que educa, promueve y facilita el desarrollo de valores y actitudes de la población para el logro de una buena calidad de vida (Villar y Macías, 2007).

Existen diversos factores que producen afecciones a la visión; uno de los principales es el tecnológico y la acelerada penetración de algunos dispositivos en los hogares mexicanos. De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2017), el dispositivo tecnológico universal es el televisor, ya que puede encontrarse en 93.2% de los hogares, mientras que la telefonía móvil ha tenido un

incremento continuo desde el 2001 y se encuentra disponible en 91.9%. Por otro lado, el uso de la computadora y el internet tienen 45.4% y 50.9%, respectivamente.

Algunos de los daños visuales generados por el uso excesivo de estos dispositivos son disminución de agudeza visual, erosiones corneales y déficit en la calidad lagrimal, por lo cual es importante hacer una valoración que incluya pruebas de agudeza visual —para observar cambios en la visión—, BUT —para valorar la calidad lagrimal— y biomicroscopía —para descartar alguna patología— (Kanski, 2009; Mayorga, 2012).

Dispositivos visuales

La tecnología se puede definir como el conjunto de conocimientos técnicos, científicamente ordenados, que permiten diseñar, crear bienes y servicios que facilitan la adaptación al medio ambiente, así como satisfacer tanto las necesidades esenciales como los deseos de la humanidad (Castells, 2004).

De acuerdo con los estudios de Anshel (2005) y Blehm *et al.* (2005), el uso de dispositivos tecnológicos provoca sintomatología ocular desde las tres horas continuas al día en contacto con éstos. Tales padecimientos se incrementan con rapidez, ya que se ha estimado que 90% de los trabajadores los padecen, lo cual también es ocasionado por el mal lugar de trabajo y los malos hábitos, como una posición corporal incorrecta. La sintomatología más recurrente incluye dolor de cabeza, irritación ocular, lagrimeo, vista cansada, hipermemia conjuntival, visión borrosa y visión doble (Wimalasundera, 2006).

Durante una conferencia con motivo del Día Mundial de la Visión, algunos especialistas afirmaron que el uso prolongado de computadoras, celulares, videojuegos



y otros dispositivos móviles representa un riesgo para la salud ocular, pues puede ocasionar estrés visual debido a que el usuario está expuesto a fondos iluminados que muestran imágenes contrastantes y textos pequeños (Bueno, 2011).

El síndrome de la visión de computadora (svc) se caracteriza por ser un conjunto de síntomas que abarcan afecciones visuales, musculoesqueléticas, dermatológicas y psicológicas. Asimismo, numerosos usuarios de computadoras personales que las emplean en su trabajo acuden a consulta quejándose de síntomas como fatiga, visión borrosa, picor de ojos, cefalea, dolor ocular, ojo seco e irritado, hipersensibilidad a la luz y cambios refractivos. Por otra parte, con el uso creciente de computadoras por parte de adultos jóvenes en institutos educativos, casas, oficinas, entre otros lugares, se han originado ciertas modificaciones en los factores ergonómicos. Todo lo anterior indica que la prevalencia del svc es muy alta (Logaraj, 2014; Fonseca y Moraga, 2010).

Otra condición ergonómica que hay que tomar en cuenta es la iluminación; los valores recomendados oscilan entre los 300 y 500 lux, pero muchas veces se encuentran entre los 150 y 500 lux en la oficina (Pérez-Tejeda, Acuna-Pardo y Rúa-Martínez, 2008).

De igual manera, el trabajo de Wolska y Switula (1999) demostró que la luminancia del campo visual circundante influye en la reducción de la amplitud de acomodación². Por su parte, Janosik y Grzesik (2003) estudiaron los efectos de diferentes niveles de luminancia y encontraron que las longitudes de onda de luces rojas y verdes ambientales tienen relación con una mayor fatiga visual comparadas con las de la luz blanca y azul.

Indicador

Los indicadores son medidas que sintetizan situaciones importantes de las cuales interesa conocer su evolución en el tiempo. Se construyen a partir de información disponible para responder a preguntas formuladas en un contexto específico. Son el producto de una selección y elaboración entre las posibilidades de conjuntos de datos, por lo que alertan de los problemas antes de que lleguen a un punto sin solución y ayudan a reconocer lo que se necesita para resolver el problema. Se expresan en porcentajes (Gunasekaran, Patel y Tirtiroglu, 2001).

Para generar el indicador y el clasificador holístico de la salud visual, se tomó como base el índice de efectividad general de los equipos (*overall equipment effectiveness*). Es un indicador porcentual del desempeño que se ocupa ampliamente en el sistema de producción y los procesos de transformación en la industria. Multiplica tres factores —disponibilidad, eficiencia y calidad— para obtener un resultado mucho más preciso (Gunasekaran, Patel y Tirtiroglu, 2001; Lean Enterprise Institute, 2008).

En la tabla 1 se presenta el clasificador del indicador holístico de la visión, el cual organiza el estado de salud visual de acuerdo con el porcentaje del daño en la visión; en la tabla 2 se presenta el indicador «factor tecnológico: dispositivos visuales», que menciona el daño ocasionado por el tiempo de exposición diaria frente a dichos dispositivos (López *et al.*, 2016); en la tabla 3 se presentan los indicadores de la salud visual que pueden verse dañados por la exposición excesiva a los dispositivos.

² Según la RAE, es la acción y efecto de acomodarse el ojo para que la visión no se perturbe cuando varía la distancia o la luz del objeto que se mira.

Tabla 1. Clasificador del indicador holístico de la visión

| Rango del factor | Clasificación correspondiente |
|----------------------|---|
| 100 % \geq 90 % | Excelente. Los valores no producen alteración. |
| \geq 80 % a < 90 % | Buena. Son buenos valores, aunque presenta afección pequeña. |
| \geq 65 % a < 80 % | Aceptable. Los valores son aceptables, pero la afección es significativa. |
| \geq 50 % a < 65 % | Regular. Los niveles indican un daño presente en la salud visual por exposición al factor. |
| Factor < 50 % | Inaceptable. La afección por la exposición al factor o los factores está presente y puede seguir desarrollándose. |

Fuente: López *et al.*, 2016.

Tabla 2. Indicador del factor tecnológico: dispositivos visuales

| Factor tecnológico Dispositivos visuales: exposición | Rango del Factor |
|---|----------------------|
| 0 a \leq 3 h | (100 % \geq 90 %) |
| >3 a \leq 6h | (\geq 80 a <90 %) |
| >6 a \leq 8h | (\geq 65 a <80 %) |
| >8 a \leq 10 h | (\geq 50 a <65 %) |
| > 10 h | (< 50 %) |

Fuente: López *et al.*, 2016.

Tabla 3. Indicadores de la salud visual

| Agudeza visual | BUT * | Biomicroscopía |
|------------------------|----------|----------------|
| Normal 20/20 | <10 mm | Ausente |
| Leve 20/25 - 20/40 | 11-15 mm | Presente |
| Moderado 20/50 - 20/80 | 16-20 mm | Presente |
| Severo 20/100 - 20/400 | 21-25 mm | Presente |

*BUT = Tiempo de ruptura de la película lagrimal
Adaptado de Hernández-Luna, 2003 y Kanski, 2009.

Marco metodológico

Diseño del estudio clínico

Prospectivo, longitudinal, analítico y experimental
Estudio de una cohorte

Criterios de inclusión

- Sexo indistinto
- Pacientes entre 20 y 40 años
- Pacientes que firmen el consentimiento

Criterios de exclusión

Son las características que pueden generar un error o una confusión en los resultados. Ayudan a delimitar bien la muestra:

- Pacientes que tengan alguna enfermedad autoinmune (causan una deficiencia en la producción y calidad de la película lagrimal).
- Pacientes usuarios de lentes de contacto (no permiten una buena lubricación ocular y su uso excesivo propicia patologías a largo plazo).
- Pacientes con alguna enfermedad crónica no transmisible (tienden a producir alteraciones en varios órganos del cuerpo humano, entre ellos, los ojos, lo que repercute en la visión y la cantidad de lágrima).
- Pacientes que estén embarazadas (presentan importantes cambios hormonales que afectan la visión de forma pasajera).
- Pacientes con tratamiento hormonal (tienden a producir alteraciones metabólicas).

Criterios de eliminación

- Pacientes que no regresen a la segunda o tercera evaluación.
- Pacientes que se embaracen después de la primera evaluación.

Material

- Cuestionarios
- Cartilla Snellen
- Tiras de fluoresceína
- Biomicroscopio

Metodología del modelo sistémico

1. Establecer los rangos para la clasificación de cada indicador de la salud visual, al tomar como referencia dicho clasificador, se llevará a cabo la elaboración de cada indicador de la salud visual que se muestra en la tabla 3 (agudeza visual, BUT y biomicroscopía).
2. Evaluar el tiempo de exposición a los dispositivos visuales que afectan la visión, así como la sintomatología, mediante la aplicación de un cuestionario.
3. Evaluar la salud visual (agudeza visual, BUT y biomicroscopía).
4. Aplicar la ecuación 1, que multiplicará el daño de cada indicador de la salud visual

Ecuación 1. Indicador holístico

Tiempo de exposición x agudeza visual x BUT x biomicroscopía=indicador holístico

5. Obtener el indicador holístico de forma porcentual para hacer un pronóstico del estado visual de una población de acuerdo con la tabla 1.
6. Evaluar la salud visual por segunda ocasión.
7. Modificar hábitos, brindar tratamientos y sugerir ejercicios visuales.
8. Evaluar la salud visual por tercera ocasión para valorar si hay mejoría.

Conclusiones

En este trabajo se propone la creación de un modelo sistémico que ayude a determinar los daños a la visión por el uso de los dispositivos visuales. El objetivo de generar primero los indicadores individuales de salud visual (agudeza visual, BUT y biomicroscopía) ayudará a proporcionar una cifra más exacta del daño ocasionado de manera porcentual. Así, cada indicador evaluado es el todo de un todo, como lo estipulan la teoría general de sistemas y la teoría holística.

Con lo anterior se obtiene un mejor resultado, debido a que se multiplica el daño de cada indicador de una forma total, pues cada factor perjudica de manera acumulativa la salud visual. Esto ayuda a predecir un diagnóstico oportuno para la salud visual en una población o en un individuo.

Por último, se busca mejorar la salud visual de las personas al ofrecer ejercicios de terapia visual y tratamientos paliativos.



Referencias bibliográficas

- Anshel, J. (2005). Vision Computer Syndrome. En *Visual ergonomic handbook* (pp. 23-35). Florida: Taylor & Francis Group.
- Blehm, C., Vishnu, S., Khattak, A., Mitra, S. y Yee, R. (2005). Computer Vision Syndrome: A review. *Survey of Ophthalmology*, 50(3), 253-262.
- Bunge, M. (1995). *La ciencia: Su método y su filosofía*. Editorial Sudamericana: Buenos Aires.

Bueno, R. (octubre de 2011). El impacto de las nuevas tecnologías en la visión. En *El Día Mundial de la Salud*. Congreso llevado a cabo en la Ciudad de México, México.

Castells, M. (2004). *La sociedad red*. Madrid: Alianza.

Fonseca-Barrantes, M. y Moraga-López, A. (2010). Desórdenes del sistema musculoesquelético por trauma acumulativo en estudiantes universitarios de computación e informática. *Revista de Ciencia y Tecnología*, 26, 1-18.

Gunasekaran, A., Patel, C. y Tirtiroglu, E. (2001). *Performance Measures and Metrics in a Supply Chain*.

Hernández-Luna, C. P., Barrera-Santos, D. C., Guiza-Segura, C., Rodríguez-Malagón, J. P., Ernesto-Ludeman, W. y Gómez-Montaña, S. P. (2003). Estudio de prevalencia en salud visual en una población escolar de Bogotá, Colombia 2000. *Ciencia & Tecnología para la Salud Visual y Ocular*, 1, 11-23.

INEGI. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2017). Recuperado de www.inegi.org.mx/

Janosik, E. y Grzesik, J. (2003). Influence of different lighting levels at workstations with video display terminals on operators work efficiency. *Med Pr*, 54, 123-132.

Kanski, J. (2009). *Oftalmología clínica*. (6.^a ed.). España: Elsevier.

Lean Enterprise Institute. (2008). *Lean Lexicon: a graphical glossary for Lean Thinkers*. (4.^a ed.). Cambridge.

Logaraj M., Madhupriya V, y Hegde SK. 2014. Computer vision syndrome and associated factors among medical and engineering students in Chennai. *Annals of medical and health sciences research*, 4, 179-185.

López-De-León, E. O., Morales-González, J. A., Ramos-Pérez, S., Madrigal-Santillán, E. O., Pérez Pasten, R., Fregoso-Aguilar, T. y Morales-González, A. (2016). Holistic indicator model for predicting factors that generate visual health affections. *International Journal of Medicine Clinical and Experimental*, 11, 22004-22011.

Mayorga, M.T., (2009). Estabilidad de la Película Lagrimal Precorneal. *Ciencia & Tecnología para la Salud Visual y Ocular* 7, 141-156.

Pérez-Tejeda, A. A., Acuna-Pardo, A. y Rua-Martínez, R. (2008). Repercusión visual del uso de las computadoras sobre la salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 34.

Van Gigch, J. (2006). *Teoría General de Sistemas*. México: Trillas.

Villar, R. y Macías, M. (2007). Salud visual y sociedad; basamento para los cambios en la formación del especialista en Oftalmología. *Scielo*, 7, 1.

Wimalasundera, S. (2006). Computer Vision Syndrome. *Galle Medical Journal*, 11(1), 27.

Wolska, A. y Switula, M. (1999). Luminance of the surround and visual fatigue of VDT operators. *Int J Occup Saf. Ergon*, 5, 553-581.

Satisfacción usuaria en los servicios de Promoción de la Salud

VERÓNICA CRISTINA GAMBOA LIZANO

El artículo busca analizar la satisfacción usuaria respecto al proyecto *Bonus Vitae* de la Unidad de Promoción de la Salud (UPS) en la Universidad de Costa Rica. Se trabajó con tres grupos: usuarios directos, Gestores Estudiantiles en Salud (GES) y profesionales de la UPS. Se realizaron encuestas auto-suministradas, grupos focales y entrevistas semiestructuradas. Se estableció la satisfacción usuaria desde cinco dimensiones (empatía, fiabilidad, seguridad, capacidad de respuesta y tangibilidad) y también se identificó el perfil de expectativas desde la perspectiva de los tres grupos en estudio. Se encontró que el espacio de desarrollo de la actividad y la persona intermediaria para la coordinación de la actividad fueron factores determinantes de la satisfacción global. Respecto al perfil de expectativas, hubo pocas divergencias entre los tres grupos de estudio. Los profesionales de la UPS y los GES tienen identificado el perfil de expectativas de los usuarios directos de forma coherente con las expectativas manifestadas por esta población usuaria.

PALABRAS CLAVE: Satisfacción usuaria, promoción de la salud, usuarios, profesionales en salud.

Abstract

User Satisfaction in Health Promotion Services

The article analyzes user satisfaction regarding the Health Promotion Unit (HPU)'s *Bonus Vitae* project at the Universidad de Costa Rica. We worked with three groups: direct users, Student Health Managers (SHM) and HPU professionals. Self-administered surveys, focus groups and semi-structured interviews were conducted. User satisfaction was established on five dimensions (empathy, reliability, security, responsiveness and tangibility) and the profile of expectations was also identified from the perspective of the three groups under study. It was found that the space where the activity and the intermediary person for the coordination of the activity were determining factors of the overall satisfaction. Regarding the expectations profile, there were few divergences between the three study groups. The professionals of the HPU and the SHM have identified the expectations profile of direct users in a way consistent with the expectations expressed by this population.

Keywords: User Satisfaction, Health Promotion, Users, Health Professionals



Introducción y contextualización

A nivel global, los diferentes sistemas de salud consideran la calidad de la atención en sus servicios como una preocupación prioritaria. Esto se ve reflejado en las acciones de múltiples instituciones responsables y educativas —quienes son formadoras de recursos humanos—, pues, como señala Domínguez y Manrique (2011), existe un factor común en el deseo de conseguir mejoras constantes en el servicio de atención. Rade (2006) considera que el usuario es el principal objetivo, en quien se debe pensar y a quien se debe de satisfacer, ya que éste siempre espera poder confiar en el personal de salud, así como contar con un buen servicio. Sin embargo, en el estudio de Riveros, Berné y Múgica (2010) se comparan las percepciones con la satisfacción de los usuarios y el personal de salud; en éste se identificó la existencia de una brecha entre ambos grupos en la mayoría de elementos, que muestra al personal de salud con una posición más autocrítica con respecto a sus responsabilidades en la atención.

En Costa Rica, el estudio de Abarca (2009) demostró que, del total de oficinas de las Contralorías de Servicios de Salud de la Caja Costarricense del Seguro Social, 42% no posee a disposición de los usuarios información sobre derechos y deberes; esto se ve reflejado directamente en el comportamiento de la población usuaria. Asimismo, 36% de las oficinas de contraloría aseguraron no haber realizado investigaciones sobre fallas internas de los servicios. En este mismo escenario, Costa Rica incurrió, a partir del año 1997 y lo es hasta la fecha, como pionero a nivel regional en el tema de calidad de los servicios de salud al crear el Programa Sectorial de Mejoramiento Continuo de la Calidad; sin embargo, Urroz (2013) señala que el programa se enmarca en un contexto de carácter clínico, excluyendo la posibilidad de aplicar estos parámetros de mejoramiento continuo a las acciones en Promoción de la Salud, las cuales ya de por sí son recientes en el escenario costarricense.

Entonces, ¿qué sucede con las evaluaciones de calidad del servicio cuando se

refiere a políticas y acciones en el ámbito de la promoción de la salud? De acuerdo con lo investigado, el trabajo de las gerencias que refieren a la promoción de la salud prácticamente es nulo. Quizá, el descuido de no evaluar la calidad del servicio desde el punto de vista de quienes lo reciben se deba a un pensamiento dominante respecto a la promoción de la salud. Se piensa que cualquier acción que se tome en promoción de la salud ya es positiva en sí misma, sin importar qué tan bien se haga y cuáles sean sus resultados.

En promoción de la salud es fundamental no sólo ejecutar acciones, sino que las gerencias encargadas de esta labor elaboren proyectos sostenidos y renovados. Para lograr esto, es fundamental considerar la evaluación de la calidad, tanto por parte del recurso humano —responsables de la operación de las acciones— como de los usuarios, que son quienes reciben y perciben estas acciones.

La Universidad de Costa Rica (UCR), en el año 2005, inició con el Área de Promoción de la Salud, ahora Unidad de Promoción de la Salud (UPS), a partir de la cual se diseñan varias acciones para la comunidad universitaria. Se considera que la UPS es un proyecto clave por su carácter pionero en el abordaje de la promoción de la salud y por la abundancia de actividades que lleva a cabo para los usuarios (estudiantes y funcionarios), para lo que ha sido fundamental desarrollar un análisis según las necesidades y vacíos existentes en el tema de satisfacción de éstos. El proyecto *Bonus Vitae* comenzó como un voluntariado dentro de la UPS en enero de 2009 bajo el nombre de Gestores Estudiantiles de la Salud (GES) de la Universidad de Costa Rica con un grupo de 12 estudiantes, tal como refiere Carmona (2014), coordinadora del proyecto, en entrevista. Los es-

tudiantes que forman parte del grupo se han considerado, desde entonces y hasta la actualidad, como agentes replicadores para el trabajo con la población universitaria (principalmente con estudiantes, aunque apoyan algunas actividades con funcionarios).

Según Shirley Carmona (2009, p.1), el proyecto ha tenido como propósito desde su creación «promover la participación de la población estudiantil de la Universidad de Costa Rica en torno a la promoción de la salud, con el fin de potenciar el bienestar de los estudiantes y hacer de éstos agentes multiplicadores y transformadores hacia una nueva visión de la salud». Durante el año 2010 se abrió un concurso para los entonces 20 integrantes del grupo, por medio del cual se propusieran posibles nombres para el proyecto y donde surgió como ganador el nombre *Bonus Vitae*, que en latín significa «buena vida».

Justificación

El aporte teórico de este trabajo radica en el análisis de la satisfacción (la cual generalmente se realiza de forma unidireccional) desde una perspectiva bidireccional, al incluir de forma complementaria tanto al prestador de los servicios en promoción de la salud como a los usuarios de éstos. El acercamiento a la calidad de las acciones en promoción de la salud refleja parte de la innovación que representa este estudio, pues busca establecer esta disciplina no sólo como necesaria en el sistema nacional de salud, sino como todo un proceso que puede y debe planificarse, ejecutarse y operar bajo ciertos estándares y criterios de calidad, para así generar una satisfacción en el usuario, tan válida y necesaria como la que debe darse en cualquier otro servicio de salud.

La promoción de la salud: una práctica innovadora en constante transformación

El término «promoción de la salud» se utilizó por primera vez en 1945 por el historiador y médico Henry Sigerist, ya que definió las cuatro tareas de la medicina como: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, restablecimiento de los enfermos y la rehabilitación, citado en Guerrero y Morales (2007). Sin embargo, la promoción de la salud, propiamente dicha, fue conceptualizada por la OMS alrededor de 1986, aunque es un concepto en constante evolución. La promoción de la salud surge «como reacción a la acentuada medicalización de la salud en la sociedad y dentro del sistema de salud» (Czeresnia; Freitas, 2009, p. 19).

La Conferencia de Ottawa, en Canadá, marcó un hito en la historia de la promoción de la salud al conceptualizarla formalmente como una estrategia para «proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un mayor bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente» (OMS, 1986, p.1). La conferencia también define las cinco áreas de acción de la promoción de la salud: la creación de políticas saludables, la creación de ambientes favorables, el fortalecimiento de la acción comunitaria, el desarrollo de habilidades personales y la reorientación de los servicios de salud.

La Segunda Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, celebrada en Adelaida, Australia (OMS, 1988), se centró en la expansión de políticas de salud favorables. En 1991, se celebró la Tercera

Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud en Sundsvall, Suecia (OMS, 1991), cuyo tema principal fue el medio ambiente para la salud. La Cuarta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud se celebró en Yakarta, Indonesia (OMS, 1997), y su principal contribución fue incluir al sector privado como socio en los procesos de desarrollo de la salud; además, sumó cinco prioridades para la salud en los primeros veinte años del siglo. La Quinta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud se realizó en México (OMS, 2000) y buscó rescatar algunos puntos discutidos en conferencias previas.

Dos años después, Chile fue el primer país en organizar el Foro de Promoción de la Salud en las Américas (OMS, 2002), que resultó en la firma de 11 acuerdos sobre temas de promoción de la salud para los países participantes. La Sexta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, celebrada en Bangkok, Tailandia (OMS, 2005), afirmó que empoderar a las comunidades y mejorar la salud y la igualdad debe ocupar un lugar importante en el desarrollo mundial, en especial a nivel nacional, basando la promoción de la salud en un derecho humano. La Séptima Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud (OMS, 2009) se celebró en Nairobi, Kenia, y uno de sus objetivos fue identificar las estrategias y los compromisos urgentes necesarios para planificar la promoción de la salud. En 2013, la Octava Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud (OMS, 2013) se celebró en Helsinki, Finlandia, abordó el tema de la salud en todas las políticas. Finalmente, la Novena Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud se celebró en Shanghái (OMS, 2016) y discutió la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, reconociendo la salud y el bienestar como temas fundamentales para el desarrollo saludable.

Consideramos que la promoción de la salud consiste en impulsar procesos que busquen lograr un mayor bienestar en salud de forma inclusiva con los distintos grupos y comunidades, con el fin de desarrollar y fortalecer en ellos la capacidad de autogestión y mejoramiento en todos los aspectos relacionados con su salud.

La participación de estos grupos y comunidades en procesos de promoción de la salud debe darse de forma accesible y oportuna, tomando en cuenta las características específicas del contexto. Además, debe hacerlo propiciando el desarrollo y fortalecimiento de una serie de aptitudes personales que faciliten procesos de cambio reales en las prácticas en salud.

Al estimular el rol activo y responsable que posee cada persona, tanto en su propia salud como en la de los grupos y comunidades a los que pertenece, se visibiliza la relevancia de cada una de ellas en la acción comunitaria, en la creación de ambientes favorables para la salud y en los procesos de elaboración de políticas públicas saludables.

Aspectos metodológicos

Partiendo del objetivo de analizar la satisfacción usuaria respecto al proyecto *Bonus Vitae* de la Unidad de Promoción de la Salud en la Universidad de Costa Rica (agosto a diciembre 2014), utilizamos un enfoque mixto, que según Sampieri y Mendoza (2008), citados por Hernández Sampieri *et al.* (2010, p. 546) «[...] representan un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto de toda la

información recabada (meta-inferencias) y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio». Esto implica que hubo una vinculación de instrumentos predefinidos y cerrados, los cuales se complementaron con instrumentos semiestructurados que brindaron información cualitativa. Se planteó un estudio de tipo exploratorio, por lo que se eligió un Diseño de Triangulación Concurrente que consiste en recolectar y analizar los datos cuantitativos y cualitativos de forma simultánea.

Desde el enfoque cuantitativo, se utilizó un diseño no experimental, de corte transversal y de carácter descriptivo. En cambio, para el enfoque cualitativo se decidió que lo óptimo era llevar a cabo el acercamiento al objeto de estudio a través del método descriptivo.

Para los datos cuantitativos se utilizó la técnica de la encuesta auto suministrada según el modelo SERVQUAL, referido por Parasuraman, Zeithaml y Berry (1988), el cual contempla cinco dimensiones que componen la satisfacción usuaria: la tangibilidad, la fiabilidad, la capacidad de respuesta, la responsabilidad y la empatía. Estas dimensiones se desagregan en 22 preguntas, las cuales componen la Escala SERVQUAL, que fueron levemente ajustadas en su redacción al contexto evaluado; cada pregunta se evalúa con una escala de Likert del 1 al 7 y se aplica dos veces: al inicio del evento para medir la expectativa de la persona y al final del evento para medir la percepción de la misma persona. A raíz de las calificaciones dadas en el antes y en el después, se produce un coeficiente: negativo si hubo insatisfacción (cuando las expectativas fueron mayores a la percepción); equivalente a cero (cuando las expectativas fueron iguales a la percepción, considerándose entonces como neutro); o positivo (cuando la percepción supera a

la expectativa), lo que se considera como satisfactorio. Esta escala se aplicó a la misma muestra de usuarios en dos momentos: uno previo a la actividad (para medir expectativas) y otro posterior a ella (para medir las percepciones).

También se utilizaron técnicas de tipo conversacional para profundizar en las expectativas y percepciones por medio de entrevistas semiestructuradas a realizarse con una muestra a conveniencia de cuatro de los usuarios directos presentes en los dos talleres mencionados. Además, se realizaron dos grupos focales, uno con el personal sanitario del nivel operativo vinculado al proyecto *Bonus Vitae* (la Unidad de Promoción de la Salud en su totalidad compuesta por seis profesionales de las áreas de psicología, nutrición, medicina, comunicación colectiva, arte y actividad física) y otro con los GES, quienes forman parte del proyecto *Bonus Vitae* (seis en total, coordinadores de los ejes temáticos: alimentación saludable, salud mental, sexualidad integral, actividad física y recreación, farmacodependencia y salud bucodental).

Cabe destacar que para efectos de esta evaluación se tomaron en cuenta actividades de un solo contacto, pues según la planificación estratégica de la Unidad de Promoción de la Salud, para el año 2014 predominaron actividades de carácter puntual y no de proceso a lo largo del tiempo.

Para la colecta de datos, a cada participante de los tres grupos de sujetos de estudio se le pidió autorización previa para participar en la investigación, así como para las grabaciones de audio. A cada uno de ellos se le explicó el fin del estudio, sus propósitos y que tenían la posibilidad de abandonar una entrevista o actividad propia de la investigación. Se desarrollaron las técnicas de colecta de información bajo los principios éticos establecidos por la

Universidad de Costa Rica para investigación con seres humanos.

En cuanto al procesamiento de la información, se utilizaron dos programas informáticos. Por un lado, el programa Excel, en el cual se incorporó la matriz de datos tabulados, sobre la cual se procesaron los datos cuantitativos y se analizaron a través de la estadística descriptiva, para así interpretar y medir la situación de interés. Por otro lado, de forma complementaria se utilizó el programa Atlas TI para el análisis e interpretación de los resultados cualitativos, producto de las entrevistas semiestructuradas y de los dos grupos focales. Se realizó un análisis de tipo descriptivo en el que se enfatizó la riqueza de los datos; se describió lo que sucedió, todo aquello que se hizo y se dijo, el contexto y los participantes. Para eso, se realizó una categorización inicial con base en las dimensiones y categorías establecidas previamente, para su posterior análisis.

Satisfacción usuaria respecto al proyecto *Bonus Vitae* de la Unidad de Promoción de la Salud

Al aproximarnos a nuestro objeto de estudio, la satisfacción usuaria respecto al proyecto *Bonus Vitae*, contemplamos las cinco dimensiones abordadas por Parasuraman, Zeithaml y Berry (1988). En este sentido, partimos de que los autores entienden la tangibilidad como las instalaciones físicas, equipos y apariencia del personal; la fiabilidad, como la capacidad para realizar el servicio prometido de forma honesta y precisa; la capacidad de respuesta como la voluntad de ayudar a los clientes y ofrecer un servicio rápido y oportuno; la responsabilidad como el conocimiento y la cortesía del personal y su capacidad para

inspirar confianza; finalmente, la empatía como el cuidado y la atención individualizada que la empresa ofrece a sus clientes.

A continuación se presentan los promedios de satisfacción que surgieron al aplicar la escala SERVQUAL en las dos actividades realizadas por el Proyecto *Bonus Vitae*: un convivio sobre manejo de las emociones y un taller sobre manejo efectivo del tiempo.

Tabla 1. Promedios de satisfacción usuaria por dimensiones en dos actividades desarrolladas por el proyecto *Bonus Vitae*

| Dimensiones | Convivio sobre manejo de emociones | Taller sobre manejo efectivo del tiempo |
|---|------------------------------------|---|
| Promedio de satisfacción global de tangibilidad | 0,128 | -0,978 |
| Promedio de satisfacción global de fiabilidad | 0,131 | -0,313 |
| Promedio de satisfacción global de capacidad de respuesta | 0,204 | -0,252 |
| Promedio de satisfacción global de responsabilidad | 0,380 | -0,201 |
| Promedio de satisfacción global de empatía | 0,377 | -0,196 |

Fuente: Elaboración propia

Se hace evidente, por lo tanto, la insatisfacción demostrada con respecto al taller

por medio de la escala en sus cinco dimensiones. Asimismo, destaca la satisfacción positiva hacia el convivio realizado, partiendo también de sus cinco dimensiones.

Perfil de expectativas de la población usuaria del proyecto *Bonus Vitae* de la Unidad de Promoción de la Salud

Una vez abordadas las dimensiones de la satisfacción, se consideró de suma relevancia complementar los resultados obtenidos con la escala SERVQUAL. Se considera fundamental conocer si el perfil de expectativas en los tres grupos/niveles (profesionales de la UPS, GBS y personas usuarias) es similar, pues esto es medular para que los miembros de *Bonus Vitae* y el personal sanitario de la UPS puedan satisfacer a los usuarios y usuarias de los servicios.

Al preguntar a los participantes sobre la expectativa a grandes rasgos que tenían en el momento previo a las actividades, se obtuvo una diversidad de respuestas. Se encontraron respuestas como: «Yo lo que pensé fue que me iban a dar algunas recomendaciones de cómo llevar una vida mejor o algo así» (estudiante 1, 3 nov., 2014); «tal vez la expectativa que tenía era otra charla normal, como otras [a las] que he asistido en la universidad. Sólo me invitaron a llegar y lo hice, no sabía para lo que iba, pero generalmente las charlas de la U [niversidad] todas son muy diferentes [sic]. Supongo que de haber sabido que tenía un tema motivacional, hubiera ido con una expectativa muy positiva...» (estudiante 2, 3 nov., 2014); «[...] a veces es muy tedioso, a veces uno no espera que sea muy así, como bueno. A uno como estudiante no le gusta ir a esas cosas, el levantarse temprano e ir hasta allá, a uno no le gusta [sic]» (estu-

dante 3, 3 nov., 2014). Por último, se contó con una expectativa de satisfacción global positiva: «[...] Siempre lo que pensé es que iba a aprender cosas nuevas, que me iban a servir tanto para progresar personalmente como para luego desempeñarme en la carrera [...]» (estudiante 4, 3 nov., 2014).

En el grupo focal con los coordinadores de ejes temáticos de *Bonus Vitae*, se expresaron varias frases en relación con la satisfacción general, por ejemplo: «Las expectativas de la gente eran nulas porque ni siquiera sabían a lo que iban» (coordinador 1, 31 mar., 2015); «con nosotros, la mayor parte de la gente llegaba motivada a jugar o a divertirse un rato, a salir de lo que hacían siempre en la U[niversidad]» (coordinador 2, 31 mar., 2015); «los chicos no sabían a qué iban, entonces no tenían una expectativa formada más allá de que iban a ver algo de salud y de que iban a encontrar cosas nuevas» (coordinador 4, 31 mar., 2015); «cuando hacíamos las actividades, la gente en realidad no tenía expectativas» (coordinador 3, 31 mar., 2015). Lo anterior denota que, a nivel de los coordinadores de *Bonus Vitae*, los y las estudiantes que participan de las actividades llegan sin una expectativa clara.

Al preguntar a los profesionales de la Unidad de Promoción de la Salud del grupo focal se mencionó que «quieren aprender cosas nuevas, cosas muy prácticas y de una forma diferente» (profesional 1, 17 nov., 2015); «en realidad, una de las expectativas que ellos tienen es sobre la forma en que van a aprender, o la forma en que van a recibir los servicios que la unidad ofrece, porque creo que ya se ha caracterizado que nuestra marca es hacerlo de manera innovadora, no de la forma tradicional, y eso despierta mucha expectativa en los estudiantes» (profesional 2, 17 nov., 2015); «están los que ya conocen el trabajo de la

unidad, también los que no conocen nada, entonces, más bien vienen esperando a ver qué pueden aprender porque tienen una buena utilidad. Y creo que pueden salir muy satisfechos» (profesional 3, 17 nov., 2015); «[hay] un primer grupo de personas que efectivamente vienen porque quieren aprender un tema dado, está un segundo grupo que viene más bien porque necesitan resolver un problema y creen que lo pueden resolver viniendo y un tercer grupo de personas que no se les nota una expectativa clara» (profesional 4, 17 nov., 2015); «muchos que llegan no saben ni tienen idea de qué es [la] promoción de la salud, entonces llegan sólo a ver de qué les vamos a hablar, como [el evento] viene marcado por el tema de ‘salud’, entonces, típico, piensan en consulta, servicios y demás» (profesional 5, 17 nov., 2015).

Tomando en cuenta las posturas de las tres partes, se evidencia que existe una noción compartida por los tres grupos sobre que a veces no hay una expectativa clara o definida, pues no se tiene siquiera un referente; así también, es importante destacar que se nota un punto de encuentro en el hecho de que los estudiantes, generalmente, vienen con una gran disposición de aprender cosas nuevas, a pesar de que tengan una expectativa nula o no tengan una expectativa clara en relación con la promoción de la salud. Del mismo modo, es importante tomar en cuenta lo mencionado por el estudiante 2 y el profesional 5, al referirse a una expectativa basada en una postura tradicional no sólo de la salud, sino también en cuanto a las técnicas a utilizar (rígidas y magistrales).

En relación con los elementos tangibles existe una coincidencia en la relevancia del espacio donde se desarrollan las actividades, pues todos los grupos coinciden en que éstos deben ser amplios, aptos para

la cantidad de personas participantes a pesar de que no siempre se tenga absoluto control o poder de decisión sobre el lugar disponible. También se hizo referencia a los materiales utilizados, sobre lo que se demostró, gracias a la opinión de los estudiantes entrevistados, que son acordes a la población meta y que cumplen con el propósito establecido, por lo que podría considerarse que la planificación de estos materiales por parte de los profesionales de la UPS y de los GES es pertinente.

Sobre la confiabilidad, algunos estudiantes hablaron de ésta en términos más generales, como el «profesionalismo» demostrado por los facilitadores y la pertinencia de los temas abordados. Asimismo, llama la atención que los miembros de *Bonus Vitae* se refieran a su posición frente a los estudiantes como de poca credibilidad en algunas ocasiones debido a su edad. Por eso es importante que esta situación se contenga con la presencia de los profesionales de salud, para atender dudas o respaldar a los miembros de *Bonus Vitae*. Por último, se evidencia que los profesionales de la UPS toman en cuenta aspectos como la información actualizada, científica y lo más objetiva posible, así como la planificación completa de las actividades a ejecutar, pero también la flexibilidad para el factor sorpresa que requiera adecuar los planes previos.

Sobre la responsabilidad, fueron destacados aspectos como la amabilidad y cordialidad, así como la receptividad al acercarse a los profesionales a aclarar sus dudas, pues consideraron a los facilitadores como personas con conocimientos en el tema. A nivel de *Bonus Vitae*, la responsabilidad se ve reflejada al tomar en cuenta los conocimientos previos de los usuarios y al mostrar seguridad en cuanto a los contenidos temáticos que manejan;

sin embargo, es importante reconocer sus limitaciones en cuanto a vacíos o temas desconocidos, antes que facilitar información falsa o dudosa. Por último, los profesionales de la UPS destacan que el trato horizontal, más la información reforzada con teoría, es la combinación ideal para que el estudiante se sienta cómodo y considere la información útil y fidedigna. Ellos, al igual que los miembros de *Bonus Vitae*, mencionan la importancia de partir del conocimiento previo y experiencias de los participantes para la construcción de nuevos conocimientos y prácticas saludables.

Sobre la capacidad de respuesta, los estudiantes consideran como relevante el servicio oportuno, la buena preparación en cuanto a planificación previa y preparación de materiales. En cuanto a la voluntad de ayudar, se destacó la capacidad de atender dudas provenientes del grupo de personas usuarias. En relación a los GES, consideraron que para ayudar a los usuarios era fundamental conocer de forma previa el tipo de dudas o cuestionamientos que iban a realizar sobre temas específicos. Se mencionó también que la estrategia de promoción de la salud entre pares (GES y estudiantes usuarios) tiene un impacto positivo en la satisfacción. Por último, los profesionales de la UPS destacaron que es necesario que todos los facilitadores estén «en sintonía» y atentos a lo que pueda pasar como situación emergente durante el evento desde la interdisciplinariedad del equipo.

Finalmente, sobre la empatía, los estudiantes entrevistados se referían a la respuesta de dudas, la atención personalizada ante cuestionamientos sobre los temas específicos y la provisión de los materiales y recursos necesarios para el desarrollo de la actividad. Los GES se centraron en aspectos como el hecho de mostrarse extrovertidos,

alegres, tratando de inspirar confianza y ser accesibles y no responder con base en prejuicios; además, consideran importante dejar a los usuarios compartir y comentar sus opiniones como parte de la construcción del conocimiento. Los profesionales de la UPS centraron su perspectiva en elementos como dar ayuda y ponerse en el lugar del otro pero sin victimizar al usuario, así como el respeto a sus decisiones. Ellos facilitan las opciones y la información, pero sólo el usuario puede decidir.

Reflexiones finales

Con respecto a la evaluación realizada con estudiantes usuarios de *Bonus Vitae*, si bien a nivel del taller se contó con múltiples comentarios positivos en cuanto al contenido (calificado como interesante y llamativo), todos los promedios de satisfacción en las cinco dimensiones del modelo SERVQUAL estuvieron por debajo de cero, lo que demuestra insatisfacción. A pesar de haber sido el mismo equipo de profesionales ejecutando ambas actividades, el éxito y la satisfacción de los usuarios (o en su defecto, una insatisfacción evidenciada) se ven determinados por una serie de condiciones al momento de la ejecución. También, queda clara la importancia que implica la persona intermediaria, quien coordina aspectos como el lugar y la convocatoria, pues en el caso del taller, estos elementos afectaron negativamente la percepción demostrada por los usuarios.

En relación con la tangibilidad, cabe mencionar que esta dimensión fue la que obtuvo una menor satisfacción durante el taller realizado, al igual que en el convivio, a pesar de que éste obtuvo un promedio sobre cero. Durante las entrevistas y los grupos focales, los tres grupos participan-

tes de este estudio coincidieron en que el espacio donde se desarrolla la actividad es fundamental y debe contar con un tamaño adecuado según el número de participantes, lo cual falló en la realización del taller de manejo del tiempo.

En cuanto a la fiabilidad, la satisfacción en relación con el taller mejoró, pero se mantuvo por debajo de cero; en cuanto a la fiabilidad del convivio, el resultado fue muy similar al de la dimensión anterior. Durante el taller, la insatisfacción se puede atribuir a que los horarios no fueron respetados, la actividad terminó mucho más tarde de lo planeado (casi una hora después), así como el poco orden en la ejecución de algunas actividades (por falta de espacio y materiales).

Sobre la capacidad de respuesta, los usuarios entrevistados destacan aspectos como la planificación y la preparación de materiales, así como la capacidad de los facilitadores para atender sus dudas. En cuanto a los GES, expresaron la importancia de conocer de antemano el tipo de dudas que suelen presentar los usuarios en temas específicos de salud. Los profesionales de la UPS destacaron que es fundamental estar atentos a las posibles situaciones emergentes durante la actividad y conocer los límites de tiempo y de recursos con que se cuenta para la actividad.

Sobre la dimensión de responsabilidad, los estudiantes usuarios destacaron aspectos como la amabilidad, la cordialidad y la accesibilidad que demostraban los facilitadores; para los GES se enfoca en el hecho de tomar en cuenta los conocimientos previos de las personas, así como la seguridad en el manejo de los temas abordados con los usuarios, reconociendo sus limitaciones teóricas y prácticas. Por último, los profesionales de la UPS consideraron que la responsabilidad se relaciona con la suma

del trato horizontal y el uso de información basada en teoría.

Por último, la dimensión de la empatía fue la segunda en grado de mayor satisfacción durante el convivio. Los usuarios entrevistados destacaron las respuestas a sus dudas y la atención de forma personalizada. Los GES, por su parte, centraron su concepción de la empatía en relación con su proyección hacia los usuarios, sobre todo el hecho de tener las mismas edades, la accesibilidad para conversar y atender dudas, así como brindar espacio para que los usuarios expresen sus opiniones. Por último, el grupo de profesionales de la UPS destacó el ponerse en el lugar del usuario sin recurrir a la victimización o a la imposición de lo que se debe hacer.

Finalmente, dado que la Promoción de la Salud como disciplina consolidada tiene relativamente pocos años, no se han establecido normativas o parámetros que permitan evaluar la calidad del servicio, lo que implica una deficiencia técnica para poder llevar a cabo procesos de mejoramiento continuo. Lo anterior puede llevar a pensar que «todo lo que se hace en promoción de la salud está bien». Queda pendiente como un reto primordial para los profesionales en promoción de la salud realizar investigación en calidad y satisfacción de las personas usuarias, con vistas a crear un modelo de evaluación de la calidad que permita orientar el desarrollo de los procesos de Promoción de la Salud. Asimismo, lo anterior contribuiría al posicionamiento de esta nueva disciplina en los distintos escenarios organizacionales.



Referencias bibliográficas

Abarca, A. (2009). Las Contralorías de Servicios en el sistema de salud de Costa Rica. *Revista Chilena de Salud Pública*, 1(13), 17-22.

Carmona, S. (2009). Diseño de Proyecto: *Bonus Vitae*. Documento versión digital, formato DOC.

Carmona, S. (17 sep. 2014). Entrevista personal a Shirley Carmona, coordinadora del proyecto *Bonus Vitae* de la Unidad de Promoción de la Salud de la Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.

Czeresnia, D.; Freitas, C. (2009). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Dominguez, O.; Manrique, C. (2011). Bioética y la calidad en la atención de primer contacto y de salud pública. *Acta Bioethica*, 17(1), 31-36.

Guerrero, C.; Morales, K. (2007). *Mejoramiento de la calidad de atención de los y las usuarias, a través de un Programa de Educación Continua, dirigido a Asistentes Técnicos de Atención Primaria en Salud (ATAPS), basado en sus necesidades educativas. Programa de Atención Integral de Salud (PAIS), Convenio CCSS-UCR Primer semestre 2007*. Práctica Dirigida para optar por el título de Licenciatura en Enfermería. Universidad de Costa Rica, Sede Rodrigo Facio.

Hernández-Sampieri, R.; Fernández-Collado, C.; Baptista-Lucio, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. (Quinta edición). México, DF: Editorial McGraw-Hill Interamericana.

Organización Panamericana de la Salud (2009). Panamá cuenta con el *Observatorio de la calidad de la atención de salud*. Recuperado el 28 de mayo de 2013, de http://new.paho.org/pan/index.php?option=com_content&view=article&id=170&Itemid=259/

Organización Mundial de la Salud (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Recuperado el 20 de abril de 2013, de

<http://www1.paho.org/spanish/hpp/ot-tawachartersp.pdf/>

Organización Mundial de la Salud (1988). *Segunda Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud en Adelaida: Políticas a favor de la Salud*. Recuperado el 20 de abril de 2013, de <http://www.uhu.es/95102/bibliografia.htm/>

Organización Mundial de la Salud (1991). *Declaración de Sundsvall sobre los ambientes favorables para la salud*. Recuperado el 20 de abril de 2013, de <https://www.google.co.cr/url/>

Organización Mundial de la Salud (1997). *Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el siglo XXI*. Recuperado el 20 de abril de 2013, de http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/5_Declaracion_de_Yakarta.pdf/

Organización Mundial de la Salud (2000). *Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud: hacia una mayor equidad*. Recuperado el 29 de abril de 2013, de http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/hpr_mexico_report_sp.pdf/

Organización Mundial de la Salud (2005). *Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado*. Recuperado el 20 de abril de 2013, de http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf/

Organización Mundial de la Salud (2009). *The Nairobi call to action for closing the implementation gap in Health Promotion*. Recuperado el 2 de abril de 2013, de http://javeriana.edu.co/redcups/Nairobi_Call_for_Action.pdf

Organización Mundial de la Salud (2013). *Health in All Policies*. Recuperado el 17 de abril de 2014, de <http://www.healthpromotion2013.org/health-promotion/health-in-all-policies>

Organización Mundial de la Salud (2016). *Declaración de Shanghai sobre la promoción de la salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. Recuperado el 27 de marzo de 2016, de <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/Shanghai-declaration-final-draftes.pdf.pdf?ua=1>

Organización Panamericana de la Salud (2002). *Foro de Promoción de la Salud en las Américas: Empoderando y Formando Alianzas para la Salud*. Recuperado el 20 de abril de 2013, de <http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsdeps/fulltext/compromisoChi.pdf/>

Parasuraman, A.; Zeithaml, V.; Berry, L. (1988). SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64(1), 1237.

Rade, V. (2006). Customer Satisfaction with Patient Care: Where's the beef? *Journal of Hospital Marketing and Public Relations*, 17(1), 79-107.

Riveros, J.; Berné, C.; Múgica, J. (2010). Gestión y satisfacción en servicios de salud de Chile: Contraste entre las percepciones de los funcionarios y los usuarios. *Revista Médica de Chile*, 138, 630-638.

Urroz, O. (10 jun. 2013). Entrevista personal al doctor Orlando Urroz, director del Hospital Nacional de Niños, director del Programa de Mejoramiento Continuo de la Calidad.

Efectos en la jubilación de personas mayores según trayectorias ocupacionales

CARMEN MUÑOZ MUÑOZ
ANDRÉS REINOSO FICA

Este artículo corresponde a la primera parte de una revisión sistemática de la literatura que busca conocer los principales enfoques teóricos, corrientes de análisis y evidencias acerca del envejecimiento y el potencial de empleabilidad para personas que superan la edad legal de jubilación. Comprende el análisis de seis artículos (de los 42 que constituyen el corpus de análisis general) que se centran en el fenómeno de la jubilación (retiro) en personas que ejercen oficios y profesiones en particular. Se destaca de qué manera la construcción de significados e implicaciones de mantener el empleo en la adultez mayor tienen directa relación con las trayectorias ocupacionales. Como conclusión, se proponen temas sobre los cuales debieran pensarse las modificaciones en los actuales sistemas de pensiones, atendiendo a la diversidad y no a la estandarización de las vidas y los cuerpos.

PALABRAS CLAVE: jubilación, envejecimiento, personas mayores, trayectorias ocupacionales

Abstract

Effects on the retirement of the elderly based on occupational trajectories

The article corresponds to the first part of a systematic review of literature that seeks to know the main theoretical approaches, current analysis and evidence about aging and the potential of employability for people who exceed the legal retirement age. It includes the analysis of 6 articles (of 42 articles that constitute the corpus of general analysis) which focus on the phenomena of retirement (old age pension) in people who practice jobs and professions in particular. It is noted how the construction of meanings and implications of the maintenance of employment in adulthood is directly related to occupational trajectories. As a conclusion, we propose topics on which the modifications in the current pension systems should be thought, attending to the diversity and not the standardization of lives and bodies.

Keywords: Retirement, aging, elderly people, occupational trajectories



Introducción

Las actuales tasas de envejecimiento en la región y sus proyecciones no dejan dudas sobre la relevancia de atender el fenómeno de manera integral. Diversidad de actores sociales, políticos y sanitarios concuerdan acerca de la complejidad de necesidades de este grupo etario, el impacto del fenómeno de la sobrevivencia y los desafíos que representa para países en desarrollo, especialmente referido al impacto económico de la asistencia de la salud.

Las proyecciones de la población en términos de supervivencia y condición física, ya sea en Europa, Estados Unidos de América o la región de América Latina y el Caribe, indican que en 2050, 22% de la población mundial será de la tercera edad (Ferrada-Bórquez y Ferrada-Bórquez, 2018). En ese sentido, buena parte de la política mundial se ha enfocado en la creación de fórmulas que permitan armonizar la atención de las

necesidades propias del envejecimiento con las demandas económicas de una población inactiva, en términos de generación de recursos frescos y propios por empleabilidad (Albala *et al.*, 2005).

Se estima que, para las economías nacionales, el envejecimiento de la población genera un encarecimiento de 2% anual sólo asociado al concepto de salud, sin estimar cifras vinculadas a otras políticas sociales; no obstante, la mayoría de los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) muestran niveles aceptables en el bienestar económico de las personas mayores, y la atención se dirige a crear formas de mantener estos resultados en el tiempo mediante tres líneas destacadas: reformas a sistemas de pensiones, impuestos y retiro; entrega de mayores oportunidades de empleabilidad; y salud y cuidado a largo plazo (Roqué y Amaro, s/f).

En Chile, el índice de envejecimiento para el año 2015 fue de 86.0 (86 personas mayores por cada 100 personas menores de 15 años) (Subsecretaría de Evaluación Social, 2017). Esta cifra muestra un alza progresiva y se estima que en 15 años más habrá una persona mayor por cada menor de 15 años, cifra que aumentaría a 1.7 en el 2050. Dicho de otro modo, actualmente 16.7% de la población total del país tiene 60 años y más. Aun cuando esta curva demográfica sigue un patrón mundial, junto a Cuba y Uruguay, Chile encabeza el fenómeno en la región (CEPAL, 2017).

En este contexto, la pobreza en la adultez mayor, por el sólo hecho de envejecer, constituye actualmente uno de los desafíos más grandes en términos de la política pública a nivel nacional e internacional.

En Chile, en 2015, el porcentaje de población en situación de pobreza por ingre-

sos indicaba que 6.6% de los adultos de 60 años y más estaba en esta condición; 5.2% eran pobres no extremos. En una distribución por tramos de edad, la mayor gravedad se encontró en los tramos de entre 60 y 64 años, y entre 65 y 69 años. La pobreza multidimensional, que considera factores como la seguridad social, las pensiones, la percepción de discriminación y la habitabilidad, ascendía a 21.9% en personas mayores de 60 años (Subsecretaría de Evaluación Social, 2017).

El escenario de envejecimiento poblacional constituye un desafío en las sociedades actuales, sea cual sea su grado de desarrollo económico. Independientemente de los datos empíricos disponibles en Chile, no hay discusión relativa a los cambios que generan los efectos de la jubilación en la población mayor, en términos del escenario para la seguridad económica. Datos de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe señalan que, para 2016, la pobreza en América Latina alcanzó al 30.7% de las personas, y 10% se encontraban en el rango de pobreza extrema. 10% del total eran personas receptoras de pensiones que percibían menos que una línea de la pobreza (dinero para sí mismas) (CEPAL, 2017).

En este marco, el rol protagónico del empleo es relevante. En nuestras sociedades occidentales, junto con las propiedades inherentes de una actividad remunerada, la empleabilidad parece permitir condiciones materiales y subjetivas de bienestar e inclusión social a partir del poder adquisitivo y la sobrevivencia para comprar oportunidades de alimentación, servicios de salud y otros básicos, como transporte y coste de actividades de ocio y tiempo libre. Esto resulta especialmente relevante en economías

de libre mercado como la de Chile, que dispone de un sistema de administradoras de fondos de pensiones (AFP) privado, el cual, tras aproximadamente 38 años de historia, ha demostrado su ineficiencia para el ahorrate, quien, se estima, se jubila actualmente con un tercio del equivalente a sus sueldos de retiro (Coordinadora Nacional No+AFP, s/f).

El debilitamiento del rol del Estado y el negocio para la empresa privada, en desmedro de la capitalización del ahorro individual, ha levantado la demanda ciudadana por un cambio radical en el sistema, que si bien ha instalado el tema en la agenda política en los últimos dos años, las actuales propuestas estatales y parlamentarias pasan por mantener el *statu quo* del negocio de las administradoras privadas, por lo cual aumenta la tasa de cotización y la edad de jubilación.

En el razonamiento y la argumentación de la viabilidad de estas medidas, influye la evidencia sin la necesaria contextualización de la realidad socio-histórica del territorio en cuestión. Por eso, desde un ámbito de investigación crítico, resulta necesario reconocer las posturas políticas y corrientes teóricas (sociología, economía, salud, psicología, etc.) a partir de las cuales se intenta construir consensos y alternativas de solución a nivel mundial que se sitúen en la base de estudios que se desee desarrollar sobre la construcción simbólica y social de la empleabilidad, así como sus posibilidades y efectos en personas que habitan territorios diversos y, por tanto, cuentan con una trayectoria que, en acceso a la salud, la educación y los ingresos, dista mucho de ser homogénea. Esta revisión sistemática de la literatura avanza en uno de los ejes de análisis.

Metodología

La investigación corresponde al análisis de la primera fase de una revisión de literatura descriptiva más amplia, que busca identificar las principales corrientes, enfoques o áreas de pensamiento que atienden el escenario actual de las personas mayores y la relación entre jubilación/retiro y pobreza. Dicha revisión se centra en la metodología, los hallazgos y las conclusiones de cada estudio bajo criterios de revisión narrativa (focalizada en elementos individuales de estudios cualitativos), por lo que corresponde a una revisión sistemática de literatura cualitativa (Velásquez, 2014), en la medida en que responde a una búsqueda detallada y extensa.

La búsqueda general incluyó investigaciones primarias (trabajos empíricos en investigaciones originales), uso de múltiples bases de datos, clasificación de literatura y evaluación crítica (Murphy, 2012). Dada la temática, también se incluyeron ensayos o reflexiones teóricas, para estos efectos, denominadas estudios secundarios. Las etapas de la revisión sistemática (en adelante RS) fueron: 1) formulación del problema; 2) definición de palabras clave y operadores booleanos¹; 3) búsqueda en las bases de datos Scientific Electronic Library Online (SciELO), Web of Science (ISI Web of Knowledge) y Scopus; y 4) análisis crítico del material seleccionado.

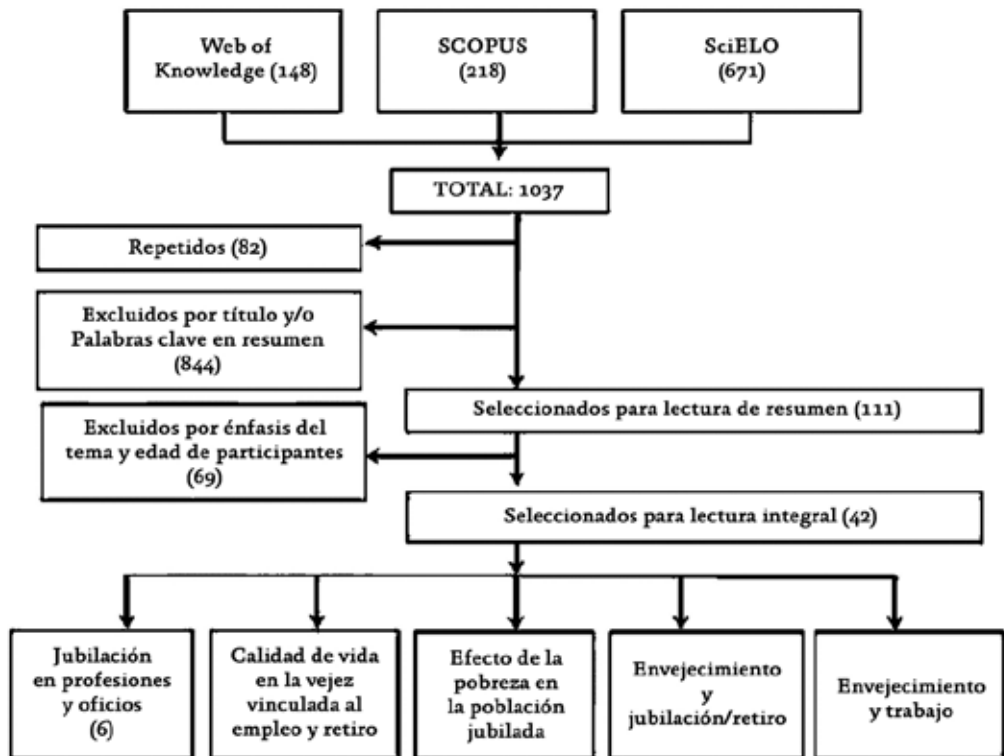
Los conceptos utilizados para la RS general en las bases de datos fueron: jubilación, trabajo y pobreza (inseguridad económica), combinados con personas mayores, ancianos, adultos mayores y envejecimiento. Los criterios de inclusión, de acuerdo con el título del trabajo, el resumen o las palabras clave, fueron: año de publicación (2014 y posterior), idioma de origen de las

¹ Los operadores booleanos son palabras o símbolos que se emplean como nexos entre los términos de una búsqueda, por ejemplo, en un navegador de internet o en una base de datos. (nota del editor)

investigaciones (español, portugués e inglés) y área temática de la base de datos (ciencias sociales, medicina, geriatría, multidisciplinaria y humanidades).

La búsqueda se llevó a cabo entre el 15 y el 30 de julio de 2018. En un segundo momento, y tras la eliminación de artículos repetidos entre bases de datos, se leyeron los resúmenes y se seleccionaron aquellos que respondían a las preguntas. El corpus definitivo fue de 42 artículos, que se organizaron en cinco categorías. El análisis narrativo que se presenta corresponde a la primera de ellas, referida a la jubilación/retiro en personas con oficios y profesiones en específico (véase la figura 1).

Figura 1. Flujograma de la revisión sistemática



Fuente: elaboración propia.

La evaluación de la calidad metodológica de los estudios se hizo siguiendo los criterios Cochrane (Centro Cochrane Iberoamericano, 2012). Se confeccionó una planilla con la información de los artículos, que consideró: año de publicación, autores, revista (y base de datos), principales enfoques teóricos, país donde se realizó el estudio, resultados principales y secundarios, metodología y conclusiones. La misma planilla condensó los artículos secundarios (año de publicación, autores, revista, enfoques teóricos usados y principales conclusiones). La totalidad de la búsqueda y el análisis del corpus estuvo a

cargo de dos investigadores, quienes trabajaron por separado, a fin de corroborar la aplicación de criterios. La primera de las categorías levantadas incluyó seis artículos, cinco de ellos escritos en inglés y uno en portugués.

Resultados y discusión

Los estudios analizados se divulgaron entre 2014 y 2018. Sólo uno de ellos corresponde a un país latinoamericano y ninguno trataba sobre el tema en Chile. Únicamente dos se refieren a personas con trabajos de baja calificación educacional u oficios y tres de ellos a profesionales del área de la salud (véase la tabla 1).

Tabla 1. Resumen de artículos analizados categoría 1

| Autor, año y país donde se llevó a cabo el estudio | Tipo de investigación | Participantes e indicadores de trayectoria |
|--|---|---|
| Converso <i>et al.</i> , 2018, Italia | Cuantitativa, de corte transversal y no aleatorizado. Estudio multicéntrico que encuestó a 333 personas | Enfermeras, enfermeros y trabajadores de hospitales (hombres y mujeres) |
| Den Boer <i>et al.</i> , 2018, Países Bajos | Cuantitativa, de regresión lineal. Cuestionario aplicado durante 7 años (entre 2013 y 2016) que analiza 116 casos | Médicos maxilofaciales |
| Ferrer, 2017, Canadá | Cualitativa. Entrevistas en profundidad a 6 mujeres | Trabajadoras domésticas (migrantes filipinas) |
| Kane <i>et al.</i> , 2015, Estados Unidos de América | Cualitativo, de muestreo no probabilístico. 18 participantes | Sacerdotes de diócesis |
| Joyce <i>et al.</i> , 2015, Australia | Cuantitativa, de análisis de tiempo discreto. Se encuestó a 435 médicos y 643 especialistas | Médicos generales y especialistas orofaciales |
| Cockel, 2014, Brasil | Cualitativa, exploratorio descriptivo que aplicó 20 entrevista semiestructuradas | Trabajadores de la construcción |

Fuente: Elaboración propia.

Principales corrientes teóricas para el análisis del trabajo y el envejecimiento

Respecto a la primera pregunta de este análisis, se evidencia que, a pesar de que sólo una de las investigaciones se vincula de manera directa con las estrategias de recursos humanos, por lo menos tres lo hacen con foco en la necesidad-país de recursos humanos y su proyección de disponibilidad. En los tres artículos hay una valoración de la permanencia de las personas mayores más allá del límite edad legal de jubilación, como una manera de no desatender las necesidades de atención de la salud de la población.

Es relevante el análisis del costo-beneficio en términos de inversión monetaria y de tiempo implicado en la formación de capital humano especializado en salud (Den Boer, Zijderfeld y Bruers, 2018; Joyce, Wang y McDonald, 2015), así como las condiciones laborales (incluida la capacidad de trabajo) en que las personas llegan a la edad cercana de la jubilación.

Entre las condiciones laborales internas que se identifican como relevantes para abandonar de manera anticipada la práctica laboral (previo a la edad legal de jubilación), se describe la falta de satisfacción laboral, la alta carga, y las pobres relaciones entre el trabajo y los cambios, mientras que, como elementos más individuales, se describen el cansancio y el interés por tener más tiempo libre (Joyce, Wang, y McDonald, 2015). Los estudios buscan establecer un correlato entre la edad proyectada por los profesionales o la intención de retiro, que en la totalidad de trabajos es menor a la edad de retiro efectivo.

Tabla 2. Énfasis teóricos o corrientes de estudio identificadas

| Autor, año | Énfasis teórico |
|-------------------------------|-------------------------------------|
| Converso <i>et al.</i> , 2018 | Psicología |
| Den Boer <i>et al.</i> , 2018 | Recursos Humanos |
| Ferrer, 2017 | Trabajo Social / Sociología |
| Kane <i>et al.</i> , 2015 | Trabajo Social |
| Joyce <i>et al.</i> , 2015 | Salud Pública / Medicina Preventiva |
| Cockel, 2014 | Trabajo Social / Sociología |

Fuente: elaboración propia.

Valoración de las trayectorias productivas

Los estudios analizados muestran una clara distinción en cuanto a la valoración de la actividad laboral en la adultez mayor. Ésta parece depender no sólo de la actividad económica o las áreas de desempeño ocupacional, sino también del territorio (país). Dos estudios fueron conducidos en Europa y se refieren a profesionales que reciben una alta valoración social por sus desempeños (enfermeras y médicos) (Converso *et al.*, 2018; Den Boer, Zijderfeld y Bruers, 2018). Caso similar ocurre con una de las investigaciones que se aplicó a médicas y médicos en Australia, y otra a sacerdotes diocesanos en Estados Unidos de América (Joyce, Wang y McDonald, 2015; Kane y Jacobs, 2015). Estas cuatro investigaciones muestran la extensión de la vida laboral activa como respuesta a una alta valoración social de los desempeños y a la experiencia subjetiva de placer en sus ocupaciones.

La importancia de retrasar el retiro se vincula a la falta de proyección en la formación, al igual que a la importancia atribuida a la experiencia y los conocimientos; proponen una transición con trabajos de tiempos parciales: sacerdotes que dejen actividades administrativas para mantener sólo las de culto, y médicos que aumenten la dedicación a la academia y la investigación aplicada (Joyce, Wang y McDonald, 2015; Kane y Jacobs, 2015).

Sólo los estudios de trabajadoras domésticas y de sacerdotes diocesanos (Ferrer, 2017; Kane y Jacobs, 2015) evidencian una vinculación entre los deseos de dejar o permanecer en sus ocupaciones laborales por más de la edad legal de retiro de acuerdo con el significado de sus empleos para otros, es decir, se rescata en su relatos la manera en que sus decisiones pueden impactar a terceros (más allá de las consecuencias económicas) debido al cuidado y al afecto involucrado en las tareas que la ocupación incluye. Esto deja en evidencia la condición distinta en el significado del cuidado de otros cuando es de manera ocasional, como para médicos y enfermeras, y cuando es permanente en el tiempo, con un involucramiento en las emociones y sensaciones, como en el caso de las trabajadoras domésticas, el apoyo en la educación de menores de edad, la asistencia de enfermos o los sacerdotes diocesanos, quienes tienden a permanecer varias décadas en los mismos territorios y, por tanto, acompañan espiritualmente a familias y generaciones completas.

Vinculación entre retiro y condiciones materiales

Sólo los análisis de Brasil y Canadá hacen referencia a personas de una clase social baja, con escasa formación académica, y

a la necesidad económica como motivo principal de extensión de la edad legal de jubilación (Cockell, 2014; Ferrer, 2017). En ambos casos, la jubilación tiene un significado de compensación por los años de trabajo esforzado, aun cuando genera una disminución de ingresos (por ejemplo, por la pérdida de remuneración por bonos o extensión de horas diarias de trabajo) y, por tanto, de capacidad de consumo. Esta consecuencia del retiro se ve claramente como una paradoja, ante el frecuente aumento de responsabilidad familiar por la tendencia a la manutención económica de hijos, nietos y otros.

En el caso de los trabajadores de la construcción en Brasil (Cockell, 2014), esto permite y justifica el empleo paralelo al retiro, situación en que la pensión por jubilación adquiere propiedades del ingreso mínimo, pero de manera estable (a diferencia de la subcontratación, que funciona comúnmente en este tipo de labores). En el caso de las trabajadoras que se ven obligadas al retiro en Canadá, esto deriva en la dedicación al cuidado de la casa y de las y los niños, hijos o nietos, lo cual repercute igualmente en el ingreso familiar. Uno de los hallazgos que se presenta sólo en este trabajo, y acerca del que resulta interesante indagar más profundamente en trabajos posteriores, es el trabajo que se hereda de madres a hijas.

Conclusiones

Los estudios evidencian que las condiciones materiales y subjetivas con que nos acercamos a la adultez mayor varían de acuerdo con las trayectorias productivas de las personas, entre otros motivos. Si bien la estructura administrativa, económica y política genera una fórmula

la distinta que hace variables los montos de las pensiones y los requisitos para cumplir con la legalidad, se visibiliza que estos elementos estructurales son inseparables de las condiciones particulares de los colectivos a los que aplican. Existen diversas realidades que tornan incomparables estos escenarios desde lo macro (territorios) hasta lo micro (personas mayores).

Ante trayectorias productivas diversas, se deben aplicar criterios disímiles cuando se discute reformar los sistemas de pensiones mediante el aumento de la edad de jubilación. Dichas trayectorias pueden acarrear una acumulación de ventajas o desventajas que tienen consecuencias en la vida posterior a dejar el empleo. Con esto no sólo nos referimos al ahorro y monto de pensiones, sino también a una condición de salud, a la organización familiar, a la posesión de bienes y de un capital cultural que facilita nuevas redes de pertenencia y participación social. Estas trayectorias determinan tanto la disposición al retiro como las posibilidades de organizar una vida placentera ocupacional en la vejez.

Los artículos revisados reconocen el valor de las ocupaciones remuneradas, pero sostienen que éstas deben revisarse en función de la edad de quienes las despliegan, es decir, ser analizadas con base en las habilidades y experiencias adquiridas, de manera que nos pensemos como sociedades de personas mayores activas y no de retirados pasivos y con vida precaria. La continuidad del trabajo después de la edad legal de jubilación puede constituir una posibilidad para algunas personas y una solución ante la carencia para muchos.



Referencias bibliográficas

Albala, C., Lebrão, M. L., Díaz, L., María, E., Ham-Chande, R., Hennis, A. J. y Pratts, O. (2005). Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17, 307-322. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S1020-49892005000500003>.

Centro Cochrane Iberoamericano (2012). *Manual Cochrane de Revisiones Sistemáticas de Intervenciones, versión 5.1.0*. Recuperado de <http://www.cochrane.es/?q=es/node/269>.

- CEPAL. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2017). Panorama Social de América Latina 2017. Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/42716/7/S1800002_es.pdf.
- Cockell, F. F. (2014). Idosos aposentados no mercado de trabalho informal: trajetórias ocupacionais na construção civil. *Psicologia e Sociedade*, 26(2), 461-471. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S0102-71822014000200022>.
- Converso, D., Sottimano, I., Guidetti, G., Loera, B., Cortini, M. y Viotti, S. (2018). Aging and Work Ability: The Moderating Role of Job and Personal Resources. *Frontiers in Psychology*, 8, 2262. Recuperado de <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02262>.
- Coordinadora No+AFP (s. f). Recuperado de http://www.nomasafp.cl/inicio?page_id=8.
- Den Boer, J. C. L., Zijdeveld, S. A. y Bruers, J. J. M. (2018). Preferred and actual retirement age of oral and maxillofacial surgeons aged 55 and older in the Netherlands: a longitudinal study from 2003 to 2016. *Human Resources for Health*, 16. Recuperado de <https://doi.org/10.1186/s12960-018-0288-6>.
- Ferrer, I. (2017). Aging Filipino Domestic Workers and the (In)Adequacy of Retirement Provisions in Canada. *Canadian Journal on Aging. La Revue Canadienne Du Vieillessement*, 36(1), 15-29. Recuperado de <https://doi.org/10.1017/S0714980816000684>.
- Ferrada-Bórquez, L. M. y Ferrada-Bórquez, M. A. (2018). Employment quality of senior citizens in Chile, an active aging factor. *Papeles de POBLACIÓN*, 95(26). Recuperado de <https://doi.org/10.22185/24487147.2018.95.03>.
- Joyce, C. M., Wang, W. C. y McDonald, H. M. (2015). Retirement patterns of Australian doctors aged 65 years and older. *Australian Health Review*, 39(5), 582-587. Recuperado de <https://doi.org/10.1071/AH14176>.
- Kane, M. N. y Jacobs, R. J. (2015). "My Bishop Told His Priests that Section 8 Housing Was an Option": Catholic Priests, Aging, and Retirement in the United States. *Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought*, 34(3), 235-251. Recuperado de <https://doi.org/10.1080/15426432.2015.1036153>.
- Murphy, C. M. (2012). Writing an Effective Review Article. *Journal of Medical Toxicology*, 8(2), 89-90. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/s13181-012-0234-2>.
- Roqué, M. y Amaro, S. (s. f). Política Pública sobre Envejecimiento en los Países del Cono Sur. Sistema Regional de Información y Aprendizaje para el Diseño de Políticas Públicas en torno al Envejecimiento. FLACSO. Recuperado de <http://www.senama.gob.cl/storage/docs/PoliticaspUBLICAS-vejez-cono-Sur.pdf>.
- Subsecretaría de Evaluación Social (2017). *CASEN 2015. Adultos Mayores. Síntesis de Resultados*. Ministerio de Desarrollo Social. Recuperado de http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/CASEN_2015_Resultados_adultos_mayores.pdf.
- Velásquez, J. (2014). Una Guía Corta para Escribir Revisiones Sistemáticas de Literatura Parte 1. *DYNA*, 81(187), 9-10. Recuperado de <https://doi.org/10.15446/dyna.v81n187.46758>.

Evaluación de los hábitos alimentarios en estudiantes de nutrición: un enfoque cualitativo

GRISEL BARRIOS RODRÍGUEZ
THELMA BEATRIZ PAVÓN SILVA
FLORISTELA LUNA HERNÁNDEZ

La preocupación por el tema de los hábitos alimentarios y su relación con la salud es un asunto de gran interés en la actualidad. Además, el compromiso formativo de la universidad debe ser integral y trascender la formación académica y social para incluir lo que se ha denominado como universidad saludable. Llama la atención que aun los estudiantes del área de la salud presenten sobrepeso y obesidad, si se parte de la afirmación de que han tenido en su formación universitaria conocimiento sobre una alimentación saludable. Entonces, resulta necesario considerar otros factores y no precisamente el conocimiento, por lo que se plantea como objetivo describir los hábitos alimentarios en los estudiantes de la Licenciatura en Nutrición de la Unidad Académica Profesional Acolman de la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM).

El presente es un estudio transversal, con metodología cualitativa, en el que se identifican los hábitos alimentarios de los alumnos de la Licenciatura en Nutrición mediante la utilización de un instrumento semiestructurado y una guía observacional. Los resultados arrojan que la mayoría de los alumnos hace al menos una comida al día estando en la universidad, siendo esta ingesta alimentos de preparación rápida. Llama la atención que, a pesar de que saben que no son saludables, los siguen consumiendo afirmando que lo hacen por la necesidad que tienen de satisfacer el hambre, por el gusto y la economía. Con esto se concluye que la posesión de conocimiento no es suficiente para la adopción de conductas saludables, así como tampoco lo son disponer de creencias adecuadas sobre la salud o de motivaciones consistentes frente a la práctica saludable, lo que pone de manifiesto que hay otros factores que determinan los hábitos alimentarios.

PALABRAS CLAVE: Hábitos alimentarios, estudiantes, nutrición

Nutrition habits of nutrition students: a qualitative approach

The concern about the subject of eating habits and its relation to health is a matter of great interest on present day. On the other hand, the formative commitment of the university must be integral, transcend the academic and social formation, to include what has been called as Healthy University. It is worth noting that even students in the health area are overweight and obese; based on the claim that they have received information about healthy eating in their university education, then it is necessary to consider other factors and not just knowledge so it is proposed as an objective to describe the eating habits of the students in the Nutrition Bachelor of Science.

This is a cross-sectional study, with qualitative methodology, which identifies the eating habits of the undergraduates in Nutrition, through the use of a semi-structured instrument and an observational guide. The results show that the majority of students make at least one meal a day while in college, and this intake is fast food. It is striking that even though they know it is not healthy, they continue to consume it, claiming that they do it because of their need to satisfy hunger, for taste and for economic reasons. This concludes that having information is not enough for the adoption of healthy behaviors, nor is it the availability of adequate beliefs about health or consistent motivations against a healthy practice, which shows that there are other factors that determine eating habits.

Keywords: Food Habits, Students, Nutrition

Introducción

Los hábitos alimentarios forman parte de cada persona; sin embargo, no se nace con ellos, se van formando a partir de modos de aprendizaje adquiridos a lo largo de la vida. Este aprendizaje está condicionado por numerosas influencias, principalmente de la familia, la cual desempeña un papel fundamental en la configuración del patrón alimentario del niño. Sin embargo, al alcanzar la adolescencia pierde relevancia y el grupo de amigos y las relaciones sociales se convierten en condicionantes clave de los hábitos alimentarios del joven universitario (1). Los hábitos de una población constituyen un factor determinante de su estado de salud. La dieta habitual de los jóvenes, y en especial de los estudiantes universitarios, plantea un importante reto, porque su estilo de vida cambia, teniendo como factores principales la situación emocional y fisiológica; el nivel de estudios superior es uno de los momentos en que el estudiante asume responsabilidades de su alimentación y en cierto punto la independencia de su vida, debido a que algunos estudiantes se separan de su familia y tienen que desplazarse de sus lugares de origen en busca de una preparación universitaria, además de adaptarse a nuevas normas, compañeros de estudio, niveles elevados de estrés y manejo del tiempo (2, 3, 4, 5). Dentro de estos cambios, la alimentación resulta uno de los factores menos visibles en los estudiantes, que genera mayores problemas en la salud a mediano y largo plazo. Estos hábitos pueden ser inadecuados por déficit o exceso y, en caso de presentarse deficiencias, pueden relacionarse con numerosas enfermedades de elevada prevalencia y mortalidad, como

son la obesidad, enfermedades vasculares, cáncer, osteoporosis, anemia y caries dental (6, 7). Llama la atención que aun en profesionales de la salud se presenten estos padecimientos. Si se parte de la afirmación de que los estudiantes han tenido en su formación universitaria conocimiento sobre una alimentación saludable, entonces resulta necesario considerar otros factores y no precisamente el conocimiento (1, 6, 8). Por ello, nuestra investigación se centra en describir la formación de los hábitos alimentarios en los estudiantes de la Licenciatura en Nutrición.

Material y métodos

Se realizó un estudio de corte transversal, con metodología cualitativa. La población elegida fue la de los estudiantes de la Licenciatura en Nutrición de la Unidad Académica Profesional Acolman perteneciente a la Universidad Autónoma del Estado de México, de donde se obtuvo una muestra no probabilística de 194 estudiantes.

Se diseñó un instrumento semiestructurado a semiprofundidad de 20 preguntas contando con la previa validación de expertos y una guía observacional. El instrumento abordó sobre los alimentos que los estudiantes consumen durante su estancia diaria en la institución universitaria, las veces que los consumen, alimentos entre comidas, la procedencia de los alimentos que consumen, la preferencia por los alimentos, los alimentos y bebidas entre comida, su tipo y procedencia y si realizan deporte, pidiéndoles que justificaran sus respuestas. De igual forma se diseñó una guía observacional, misma que permitió conocer tipo y procedencia de los alimentos, ambiente alimentario, así como tiempos de comida durante su estancia en el plantel.

El instrumento, al igual que la guía de observación, se aplicó en los salones de clase, pasillos y área de alimentos del plantel. Se les explicó a los alumnos el motivo del instrumento y, una vez que se contó con su autorización, se realizaron las entrevistas.

Resultados

La aplicación de la guía observacional evidencia lo siguiente:

- En el entorno del plantel hay comercios que ofrecen alimentos ricos en calorías.
- La mayoría de los alumnos hace al menos una comida al día estando en la universidad, siendo ésta la ingesta de alimentos de preparación rápida.
- Aunque los alumnos tienen estudios de nivel superior, se presenta el hábito sobre la ingesta de alimentos hipercalóricos.
- Llama la atención que, aunque saben que no son saludables, los siguen consumiendo, afirmando que lo hacen por la necesidad que tienen de satisfacer el hambre, por el gusto y la economía.
- Al hacer una revisión de lo que ahí venden se encuentra todo tipo de alimentos. La mayoría son consumidos «por gusto»; les sigue la «accesibilidad y necesidad».
- Llama la atención que, a pesar de que hay campañas en los diferentes medios sobre la problemática del sobrepeso y obesidad, de la accesibilidad a la información que tienen y del nivel de preparación de los alumnos, la respuesta precisa de «por gusto» se establece por encima de la que se sustenta en información oficial, es decir el conocimiento.

Análisis de las entrevistas

Los estudiantes de nutrición coinciden en percibir sus conductas alimentarias como inadecuadas. Los motivos se basan especialmente en la falta de disponibilidad de tiempo para cumplir con horarios de alimentación en la unidad académica o a la falta de hábitos en la incorporación de horarios de alimentación, lo que impediría mantener conductas alimentarias adecuadas: «Aquí es difícil estar estudiando [y] llevar una dieta balanceada porque a veces no hay tiempo de desayunar, y además no dejan comer dentro del salón» [entrevista 3]; «a veces traigo *tupper* con comida, pero no nos permiten comer dentro del salón y, además, entre clases no da tiempo de comer...» [entrevista 2]; «Siempre he comprado mis alimentos en la escuela: tortas, tacos, burritos; es muy difícil cumplir con lo que vemos en clase sobre los horarios de comida por las actividades de la universidad» [entrevista 6]. Sólo un estudiante define su conducta alimentaria como adecuada: «Yo considero que no está tan mal porque hay otros que comen peor que yo, y nunca como comida chatarra» [entrevista 1]. Para la mayoría de los entrevistados, el tiempo disponible es un factor importante en sus conductas alimentarias.

Algunos de los estudiantes indican que la política implementada en la unidad académica de aprovechar los tiempos de cambio de clase no es suficiente, lo que se traduce, en algunos casos, en no consumir adecuadamente los alimentos que traen de casa o llegar tarde a sus actividades académicas: «Pienso, a veces, que el horario podría ser más extenso para comer más tranquilo, porque uno tiene que estar comiendo rápido porque ya va a empezar la siguiente clase» [entrevista 1]; «saliendo de la clase uno va corriendo a comprar algo

de comer a los puestos y, como hay mucha gente porque es el cambio de clase y todos bajan, al final uno llega tarde a clase» [entrevista 5]; «a los directivos no les importa si morimos de hambre» [entrevista 3].

Para la mayoría de los estudiantes entrevistados, sus conductas alimentarias están condicionadas a su estado anímico o a situaciones de estrés: «Como cuando estoy estresado por los exámenes, se me va el hambre y ya no como nada en todo el día» [entrevista 2]; «cuando estoy preocupado me da por comer dulcecitos y ese tipo de cosas» [entrevista 7]; «como me aburro en clases o cuando hay exámenes o estoy muy estresada, me da más hambre y empiezo a comer dulces, paletitas, chocolates y esas cosas» [entrevista 5]. Estas modificaciones se basan en la incorporación de alimentos que aportan hidratos de carbono simples.

Un aspecto que influye en las conductas alimentarias de los docentes es el agrado por ciertos alimentos o la selección voluntaria de estos últimos, sin considerar en algunos casos sus características nutricionales: «Como lo que me gusta: hamburguesas, tacos, burritos, molletes...» [entrevista 4]; «para mí, lo más rico son las verduras, prefiero un plato de verdura a un plato de arroz con carne» [entrevista 1].

El papel de la familia es un factor determinante en los hábitos alimentarios de los alumnos de nutrición. La madre de familia influye en la manera de alimentarse, al ser ella quien prepara los alimentos y quien finalmente condiciona una alimentación saludable: «En mi casa mi mamá hace puras comidas saludables, procura que comamos verduras y frutas y evita freír las cosas» [entrevista 3]; «mi mamá, cuando cocina, trata de hacer que la fruta y la verdura se vuelva atractiva, o lo revuelve con otros alimentos que nos gustan para que las comamos» [entrevista 7]; «ella siempre

está al pendiente de mí, me prepara alimentos para que me los lleve [a la escuela]» [entrevista 4]; «por mi mami traigo mis *tupper* con todo lo que me manda, para que aguante todo el día» [entrevista 2].

De los entrevistados, 58% menciona que la situación económica de su grupo familiar influye en su forma de alimentarse, favoreciendo o perjudicando la calidad alimentaria: «También tiene [peso] la situación económica, porque si no hay dinero para comprar cosas saludables no se pueden comer cosas saludables» [entrevista 6]; «...si con tantos gastos de la escuela ya no me queda más que para la combi, entonces ya no me alcanza para comprarme algo de comer» [entrevista 7].

El entorno social entre compañeros de la universidad se ha convertido en un factor clave en la selección y consumo de los alimentos: «Mis compañeros me dicen ‘elige algo que te llene porque no vas aguantar la clase’, entonces empiezan [a decirme] ‘compra esto, esto otro, porque llena más’» [entrevista 3]; «por acompañar a mis amigas a los puestos, de repente puedo comer algo que no me parezca sano» [entrevista 2]; «para no comer solo, termino comiendo con ellos en los puestecitos» [entrevista 6]; «obvio yo no les voy a decir que no, es un momento para convivir, reír un poco y comer algo rico» [entrevista 4].

La mayoría de los entrevistados perciben que la institución universitaria influye en sus conductas alimentarias. «Desde que entré a la universidad, la mayoría de los maestros, y eso que son nutriólogos, [no parece] que lleven un buen plan de alimentación» [entrevista 3]; «algunos de los maestros que son nutriólogos también están gordos» [entrevista 4]; «quieren que comamos bien y ni ellos comen bien. Además, no nos dejan comer en el salón, así cómo vamos a cumplir con eso de las cinco

comidas» [entrevista 7]; «ni la coordinadora de la carrera se preocupa por ese tipo de cosas» [entrevista 6].

Discusión

Las investigaciones realizadas sobre hábitos alimenticios destacan la presencia de conductas alimentarias no saludables, especialmente en los grupos con malnutrición, ya sea por déficit o por exceso (9). Sin embargo, los estudios se centran en otros profesionales de la salud (enfermeras y médicos, principalmente) o de otras áreas del conocimiento y no en los profesionales de la nutrición, quienes son los que llevan las directrices para fomentar una correcta alimentación en la población, desde sus diferentes campos de especialización (1, 6, 8, 10,11, 12). No obstante, se evidencia con estos hallazgos que, al igual que el resto de la población, sus conductas alimentarias no cumplen con las recomendaciones dietéticas.

Entre los estudiantes de la Licenciatura en Nutrición entrevistados existe un consenso al identificar que la forma en que se alimentan no es la más adecuada, situación que se debe especialmente a la limitada disponibilidad de tiempo que la vida universitaria conlleva, ya sea por los horarios o tiempos destinados a las actividades académicas que deben realizar o por las situaciones de estrés que limitan o modifican su alimentación. Algunas conductas alimentarias inadecuadas mencionan la falta de horarios de alimentación, como lo son el desayuno y el almuerzo, o el consumo de alimentos con alta densidad energética.

Por otra parte, el espacio universitario también influye en la manera de alimentarse de los estudiantes, aunque la interpretación que brindan no es mayormente positiva hacia la institución. Los horarios

de la jornada académica, la falta o inadecuado tiempo destinado para comer, los ejemplos en cuestión de hábitos y conductas saludables por parte de los docentes y las políticas internas del espacio son mencionados como factores negativos.

Las situaciones de estrés académico se interpretan como un factor que influye en la modificación de la alimentación de los estudiantes entrevistados; en algunos de ellos aumenta la ingesta de hidratos de carbono simples. Esta situación se ha evidenciado en otros estudios (7, 13, 14, 15).

La familia es un factor que influye en la forma de alimentarse, de acuerdo con respuestas de los alumnos, la madre en su rol social es la encargada de «preparar los alimentos», la que favorecería o condicionaría una alimentación saludable. La situación económica de la familia es mencionada como condicionante de una alimentación adecuada para el dicente: limita la selección de alimentos según los ingresos económicos y, en consecuencia, no existe la posibilidad de mantener conductas alimentarias saludables cuando estos ingresos no son favorables.

El entorno social universitario, para la mayoría de los entrevistados, es interpretado como la relación de amistad presente o que surge con los pares de estudios en la universidad, los que influirían en el comportamiento alimentario de los dicentes. Esta influencia impacta en la selección de alimentos, la cual es sugerida por la compañía de sus amigos en la universidad, lo que limita la calidad nutricional de los alimentos que se consumen debido a la búsqueda de la aceptación y socialización con los compañeros de estudios. Algunos de los entrevistados mencionan que prefieren ingerir alimentos que consideran como no saludables (conociendo o considerando las posibles complicaciones en su estado de

salud o calidad de vida) para evitar comer solos, lo que favorece la socialización con sus compañeros de universidad (16, 17).

De los resultados obtenidos se desprende la necesidad urgente de realizar más estudios enfocados en estos profesionales de la nutrición que evidencien los determinantes que influyen en su hábitos alimentarios, ya que ellos son portavoces de los estilos de vida saludables al promover la asesoría nutricional en los programas de atención primaria y desarrollar programas de alimentación y nutrición. Si ellos no cumplen con las premisas que predicán, el impacto ante la población será negativo.

Conclusiones

La posesión de conocimiento no es suficiente para la adopción de conductas saludables, así como tampoco lo son el disponer de creencias adecuadas sobre la salud o de motivaciones consistentes frente a la práctica saludable, lo que pone de manifiesto que hay otros factores que determinan los hábitos alimentarios. Por tal motivo, se requiere un estudio explicativo de mayor profundidad que aborde las razones de las incongruencias entre las creencias y las motivaciones frente a las prácticas saludables en profesionales de la salud.



Agradecimientos

Las autoras expresan su agradecimiento al Programa de Fortalecimiento de la Calidad Educativa (PFCE) por el financiamiento otorgado y a los estudiantes de la Licenciatura en Nutrición que colaboraron en la recolección de datos.

Referencias Bibliográficas

1. Torres-Mallma, C., Trujillo-Valencia, C., Urquiza-Díaz, A. L., Salazar-Rojas, R., & Taype-Rondán, A. (2016). Hábitos alimentarios en estudiantes de medicina de primer y sexto año de una universidad privada de Lima, Perú. *Revista chilena de nutrición*, 43(2), 146-154. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So717-75182016000200006
2. Becerra, S. (2016). Descripción de las conductas de salud en un grupo de estudiantes universitarios de Lima. *Revista de Psicología (PUCP)*, 34(2), 239-260. Disponible en: <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/14938/15473>
3. Durán A., S.; Valdés B., P.; Godoy C., A.; & Herrera V., T.; (2014). Hábitos alimentarios y condición física en estudiantes de pedagogía en educación física. *Revista chilena de nutrición*, 41(3), 251-259. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So717-75182014000300004
4. Gatica, R., Yunge, W., Quintana, C., Helmrigh, M. A., Fernández, E., Hidalgo, A., Fuentes, J., Fehrmann, P., Delgado, C., Silva, M. T., & Durán-Agüero, S. (2017). Association between sedentarism and bad dietary habits among nutrition students. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 67(2), 122-129. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=So004-06222017000200007&script=sci_arttext&tlng=en
5. Becerra-Bulla, F., Pinzón-Villate, G., & Vargas-Zárate, M. (2015). Prácticas alimentarias de un grupo de estudiantes universitarios y las dificultades percibidas para realizar una alimentación saludable. *Revista de la Facultad de Medicina*, 63(3), 457-463. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v63n3/v63n3a13.pdf>
6. Díaz-Cárdenas, S., Arrieta-Vergara, K., & Guette-Oliveros, A. (2017). Problemas de salud y calidad de vida en estudiantes de odontología. *Universidad y Salud*, 19(1), 51-59. <https://dx.doi.org/10.22267/rus.171901.68>. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So124-71072017000100051
7. Gova F; Alviar W; Aro M. *et al.* (2007). Problemas de salud mental en estudiantes de la Universidad de Concepción. *Revista Terapia Psicológica*, 25(2): 105-112. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So718-48082007000200001
8. Mendoza L., Gómez L., Mantilla L., Ríos S. (2015). *Hábitos alimenticios de los estudiantes de odontología de la Universidad Santo Tomás de Bucaramanga*. Tesis para obtener el título de odontólogo. Universidad Santo Tomás Bucaramanga, Colombia; 13-45. Disponible en: <http://repository.usta.edu.co/handle/11634/4769>
9. Vargas M.; Becerra F., Prieto E. (2008). Evaluación antropométrica de estudiantes universitarios en Bogotá, Colombia. *Revista Salud Pública*, 10(3),433-442. Dis-

ponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v10n3/v10n3a08.pdf>

10. Valderrama Bohórquez, N., Quintero Hernández, J. A., Zuluaga Salazar, C. P. & Schneider, S. (2018). Construcción social de mercados institucionales como estrategia de desarrollo rural sustentable: estudio de caso del Programa de Alimentación Escolar (PAE) entre los años 2012-2015 en el municipio de Granada - Antioquia (Colombia). *Interações (Campo Grande)*, 19(1), 193-207. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1518-70122018000100193&script=sci_arttext&tlng=es
11. Méndiz-Rojas, H., Ferrer, R., Urzúa, A., & Aguaded, I. (2017). Desarrollo de una escala breve para medir actitudes hacia una alimentación saludable en población escolar preadolescente. *Revista chilena de nutrición*, 44(2), 177-182. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75182017000200009&script=sci_arttext
12. Sánchez, V., Aguilar, A., González, F., Esquius, L., & Vaqué, C. (2017). Evolución en los conocimientos sobre alimentación: una intervención educativa en estudiantes universitarios. *Revista chilena de nutrición*, 44(1), 19-27. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75182017000100003&script=sci_arttext&tlng=pt



13. González-Jiménez, R., León-Larios, F., Lomas-Campos, M., & Albar, M. J. (2016). Factores socioculturales determinantes de los hábitos alimentarios de niños de una escuela-jardín en Perú: estudio cualitativo. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(4), 700-705. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000400013
14. Becerra-Bulla, F., Pinzón-Villate, G., Vargas-Zarate, Melier, Martínez-Marín, E. M., & Callejas-Malpica, E. F. (2016). Cambios en el estado nutricional y hábitos alimentarios de estudiantes universitarios. Bogotá, D.C. 2013. *Revista de la Facultad de Medicina*, 64(2), 249-256. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v64n2/v64n2a10.pdf>
15. Fajardo, E., Camargo, Y., Buitrago, E., Peña, L., & Rodríguez, L.. (2016). Estado Nutricional y Preferencias Alimentarias de una población de Estudiantes Universitarios en Bogotá. *Revista Med*, 24(2), 58-65. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-52562016000200006&script=sci_abstract&tlng=es
16. Muñoz de Mier, G., Lozano Estevan, M. C., Romero Magdalena, C. S., Pérez de Diego, J., & Veiga Herreros, P. (2017). Evaluación del consumo de alimentos de una población de estudiantes universitarios y su relación con el perfil académico. *Nutrición Hospitalaria*, 34(1), 134-143. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112017000100021
17. Pereira-Chaves, J. M., & Salas-Meléndez, M. A. (2017). Analysis of Tenth-Year Students' Eating Habits of a Technical High School in Pérez Zeledón Based on the Transversal Themes of the Program for Third Cycle of Costa Rica Basic General Education. *Revista Electrónica Educare*, 21(3), 229-251. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-42582017000300229&script=sci_arttext&tlng=en



Tarjetero de salud para operarios como estrategia de cambio

HAZAEEL CRISTÓBAL DIEGO
MÓNICA VIVANCO SALINAS
ROSELIA A. ROSALES FLORES

Objetivo: construir una estrategia de promoción de la salud para abordar los problemas de los operarios de taxi.

Metodología: estudio de carácter descriptivo y transversal. Se aplicaron cuestionarios para explorar las condiciones laborales, materiales de vida y de salud de los operarios, incluyendo la toma de medidas antropométricas y biométricas. Con los resultados arrojados por el estudio, se pretendió construir una estrategia de promoción de la salud. **Resultados:** 18% refirió diabetes mellitus; 83%, dislipidemias; y 50%, obesidad. Sobre los servicios de salud, 54% refiere contar con seguro popular. 38% conduce sin descansar hasta 10 horas y 86% menciona que lo que más le incomoda son los cambios bruscos de temperatura.

Conclusiones: el grupo presenta condiciones de salud similares a las de la población mexicana en general, pero con especificidades debidas a su labor. Dichas condiciones no son adecuadas; por ello, se requiere una estrategia que se base en sus necesidades específicas para un mayor control, desarrollo y rehabilitación de su salud.

PALABRAS CLAVE: estrategias, promoción de la salud, condiciones laborales, condiciones materiales de vida, perfil patológico

Abstract

Health card holder for operators as a change strategy

Objective: Build a health promotion strategy to address the health problems of taxi operators.

Methodology: Descriptive and transversal study. Surveys were applied to explore the working conditions, life and health materials of the workers, including taking anthropometric and biometric measurements. With the results produced by the study, a health promotion strategy was built.

Results: Diabetes mellitus was reported by 18%, dyslipidaemia by 83% and 50% by obesity. 38% drive without resting for up to 10 hours, 86% mention that what bothers them most are sudden changes in temperature, on health services, 54% say they have popular insurance.

Conclusions: The group presents health conditions similar to mexican population, but with specificities from working conditions. Health conditions are not adequate, which is why a strategy based on their specific needs is required for greater control, development and rehabilitation of their health.

Keywords: Strategies, Health Promotion, Working Conditions, Living Conditions, Pathological Profile

Introducción

Es importante analizar las relaciones que existen entre las condiciones laborales (CL) y las condiciones materiales de vida (CMV) de las personas, ya que éstas nos sirven para conocer las condiciones de salud (CS) relacionadas con los determinantes sociales de la salud (DSS). El grupo de estudio de la presente investigación fue el de los operarios de un sitio de taxis que se ubica en la alcaldía Milpa Alta.

Las CL analizan los riesgos, el desgaste laboral y las exigencias en el proceso de trabajo, mientras que las CMV estudian los bienes y servicios para satisfacer las necesidades básicas. Retomando estas dos dimensiones, se hace referencia a los DSS; las capacidades humanas se encuentran inhibidas o potencializadas por estos satisfactores (Rizzo, 2012). Estudiar tales elementos es importante para desarrollar propuestas desde la promoción de la salud (PS) que permitan a los operarios un mayor control, desarrollo y rehabilitación de su salud.

Metodología

La metodología se enmarca en el proyecto titulado «Condiciones laborales y de salud de los operarios de taxi de la delegación Milpa Alta», PI 2014-64, financiado por el ICYT, cuya duración abarcó de marzo a noviembre de 2016. El trabajo que se presenta forma parte de una tesis para obtener el grado de licenciatura en Promoción de la Salud. Con los resultados arrojados en el estudio, se propuso construir una estrategia desde la promoción de la salud.

Los operarios recibieron un consentimiento informado para firmar. Posteriormente, se aplicaron tres cuestionarios para

investigar sobre sus CL, CMV y CS, a fin de indagar la relación de estas condiciones con el perfil patológico de dicha población. Para ello, se analizaron datos socio-demográficos, CS que ellos referían, CL y CMV. Además, se aplicaron medidas antropométricas, toma de signos vitales y medidas bioquímicas.

Fue un estudio de carácter descriptivo y transversal. La muestra se planteó atendiendo la disposición de los operarios y el número total fue de 37 personas; el universo de la población fue de 500 operarios, lo que representa 7.4%.

Resultados y análisis

La edad promedio de los participantes fue de 40 a 49 años (35%); respecto a su estado civil, 49% mencionó estar casado; en cuanto a la escolaridad, 46% aseguró contar con secundaria completa; en el rubro del salario, el mayor porcentaje respondió percibir ganancias entre los \$5,000 y los \$6,000 mensuales.

En lo relativo a las CMV, los datos arrojaron que los operarios contaban con infraestructura doméstica básica. Acerca de los servicios de salud, 54% mencionó estar afiliado al Seguro Popular, 24% se atiende en una clínica u hospital privado, 5% asiste a un consultorio en una farmacia y sólo 3% no se atiende cuando presenta algún malestar.

Las CMV son una variable de suma importancia para el análisis del perfil patológico de las poblaciones con que se trabaja, debido a la relación entre los modos de existencia y los procesos de salud-enfermedad. En la investigación, el mayor porcentaje de operarios destacó condiciones adecuadas de vivienda, consumo y equipamiento de la vivienda. Sobre los servicios

de salud, los operarios que refirieron tener enfermedades crónico-degenerativas no estaban controlados, a pesar de contar con la afiliación al sistema de salud.

En cuanto a los riesgos, entre los porcentajes más altos refirieron el calor (84%), el frío (65%) y los cambios bruscos de temperatura (86%). Destacan, además, polvo (51%), humo (65%) y gas (54%). Por otro lado, 22% de la población encuestada presenta zumbidos en los oídos y 24% mencionó la molestia de la luz que se prolonga durante varios días.

En las exigencias que demanda el trabajo y, en específico, el sitio donde laboran los operarios, 32% mencionó el pago de una cuota. Respecto a las horas que conducen sin descanso, 38% dijo manejar de 1 a 5. Los viajes que realizan en un día de trabajo oscilan entre 10 y 30 (62%). En cuanto a los descansos, 36% mencionó tomar de 10 a 30 minutos durante la jornada laboral, la cual, en promedio, era de 10 horas al día.

Respecto a sus ganancias, los operarios percibían de 2 a 3 salarios mínimos mensuales, tomando en cuenta que durante ese año correspondía a \$70.10 pesos (SAT, 2017); la cantidad generada mensualmente era de \$2,103. La mitad refirió generar el doble o el triple de dichas ganancias, lo cual indica que un porcentaje alto trabaja más de 8 horas al día para aumentar sus ingresos. El operario define como autonomía esta flexibilidad para incrementar el número de horas trabajadas, pues al fijar sus horarios y jornadas de trabajo, puede obtener mayores ingresos.

Las exigencias que demanda la actividad de los taxistas generalmente se materializan en daños a la salud. Ejemplo de lo anterior son las horas que suelen trabajar sin descanso; más de una cuarta parte de la población conduce de 6 a 15 horas seguidas, a fin de conseguir el ingreso para

cubrir sus necesidades básicas, pero, al no contar con pequeñas pausas laborales revitalizadoras, disminuye su rendimiento y, por tanto, su productividad laboral. Si esto sucede en un día o una semana, imaginemos el impacto que genera por varios meses o años. La población estudiada indicó tener 15 años en la conducción; un porcentaje menor, hasta 30 años.

En síntesis, los operarios se encuentran en constante exposición a una gran cantidad de riesgos de índole física, química, biológica y psicológica que constituyen factores deteriorantes para su salud. En nuestra investigación, destacó la sintomatología asociada a dichos factores, como zumbidos en los oídos y molestia por la luz durante varios días. La estadística mundial establece que la mayoría de los trabajadores (hasta 80%) de países en desarrollo están expuestos a tales peligros (STPS, 2017).

En cuanto a las CS, se encontró que 49% de los operarios estuvieron dentro de los parámetros normales respecto a la medición de presión arterial sistólica, mientras que 41% estuvo en niveles fronterizos de presión diastólica. Sobre la glucosa, 44% presentó niveles entre 100-110 mg/dl, lo que representa alteración de la glucosa en ayuno, y 18% manifestó niveles mayores de 110 mg/dl. Respecto a los triglicéridos, un alto porcentaje (67%) registró niveles por encima de los rangos normales, y 16% alcanzó niveles de colesterol mayores a 240 mg/dl, por lo cual se catalogó a esta población en alto riesgo de enfermedad cardiovascular. En la clasificación del índice de masa corporal (IMC), 50% presentó algún tipo de obesidad, 33% sobrepeso y sólo 17% mantuvo su peso en rangos normales al momento del estudio.

Actualmente, los operarios tienen diversos problemas de salud. Las investigaciones relacionadas con el tema (Chaparro y Guerrero, 2001; Castillo y Galarza, 2013; Muñoz y Chois, 2014) han arrojado datos sobre los principales daños a la salud y enfermedades que los aquejan: problemas osteomusculares y otorrinolaringológicos, dolores de espalda y de cuello, síntomas oculares, así como enfermedades de la piel, respiratorias y de la cavidad bucal. La Secretaría del Trabajo y Previsión Social afirma que las cargas pesadas de trabajo físico o las condiciones de trabajo ergonómicamente perjudiciales pueden llevar a lesiones y trastornos musculoesqueléticos (STPS, 2017).

En las pruebas aplicadas a la población con que se trabajó, se encontró que más de una cuarta parte presenta niveles de glucosa entre 100 y 110 mg/dl (una alteración de la glucosa en ayuno), rango que se asocia con la presencia probable de prediabetes y, en otra cuarta parte, probable diabetes *mellitus*.

En el estudio se observó que la tercera parte tenía sobrepeso y la mitad, obesidad; ambos son factores de riesgo para presentar enfermedades crónico-degenerativas. Además, una cuarta parte tuvo niveles altos de colesterol, por lo cual están en riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares.

Los datos de la ENSANUT¹ 2016 permiten visualizar que el sobrepeso, la obesidad y las dislipidemias no sólo son un problema persistente en los operarios, sino que son problemas de salud pública a nivel nacional, lo que convoca a revisar los programas gubernamentales en la materia y hacer propuestas novedosas (Instituto de Salud Pública, 2016).

La población analizada no se comporta de forma diferente en relación con el res-

to de la población mexicana, pero encontramos especificidades de acuerdo con la actividad que realiza. Las exigencias y los riesgos a los que está expuesta se relacionan de forma capital con los daños a la salud que presenta y que se expresan en el perfil patológico.

A partir de estos datos, podemos establecer una relación de las CL y las CMV con el perfil patológico de los operarios. Si partimos de la noción de salud como un proceso social y complejo, los factores de riesgo por sí solos no explican del todo la morbilidad y mortalidad de una población; por ello, la Organización Mundial de la Salud refiere retomar para su estudio los DSS, los cuales definen aquellas circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido aquí el sistema de salud (OMS, 2017).

Estrategia desde la promoción de la salud

Desde la medicina laboral se planean estrategias para mejorar las CS de los trabajadores; sin embargo, no siempre se logra una solución satisfactoria, puesto que se privilegia la enfermedad sin conocer sus orígenes. Estudiar lo que Breilh (1989) ha denominado sistema de contradicciones—dado que existen fuerzas que protegen, mantienen y mejoran las CS, las cuales fomentan el avance de sus procesos biológicos, así como elementos dañinos y nocivos que desgastan y deterioran la salud— permitirá identificar las causas que eventualmente originan las patologías.

Al analizar las CS de un colectivo o población a un mismo tiempo, se deben estudiar las CL y las CMV, pues nos permitirán entender el por qué de las situaciones de salud.

¹ ENSANUT: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición

Una de las tareas de la promoción de la salud reside en dar a conocer las situaciones que atraviesan a todos los colectivos que constituyen una sociedad, de modo que debe retomar estrategias para mejorar las condiciones de vida de los trabajadores. Lo ideal es que sean cambios estructurales, pero, como sabemos que éstos se alcanzan a largo plazo, se debe proponer soluciones a corto plazo, aunque ello implique que sean realizadas a nivel individual.

Como promotores de la salud, a fin de mejorar las cs de los operadores, una de nuestras propuestas para el sitio de taxis consiste en la elaboración de un tarjetero de fácil manejo que contenga información de apoyo acerca del control de las CL y la salud, el cual se enfoca en los resultados de la investigación. En este tarjetero entregamos información útil y de fácil implementación que establecimos considerando su contexto. Se revisó con cada operario en el momento en que se entregaron los resultados bioquímicos y atendimos sus inquietudes, así como las cuestiones que no quedaban claras en el tarjetero. Aquí presentamos la propuesta final.

Discusión y conclusiones

El presente trabajo es un estudio analítico descriptivo que parte de la elaboración del perfil patológico y de las CL y CMV para dar un panorama de las características del colectivo analizado y hacer una propuesta desde la promoción de la salud.

Mendoza y Jarillo (2011) mencionan que, al concebir la salud-enfermedad como un proceso colectivo de producción y reproducción social, dicho proceso será determinado por el desarrollo de las fuerzas productivas, las relaciones en la producción y la ideología del grupo dominan-

te; es decir, la manera en que el individuo se apropie de la naturaleza estará determinada, en gran medida, por la formación social, así como por el momento histórico específico en que se vive, por lo que el desarrollo de las fuerzas productivas, de producción y su intercambio será lo que determine la frecuencia y distribución de la salud-enfermedad en los colectivos.

Al aplicar las encuestas, nos percatamos de la manera en que labora un operario. Sus jornadas laborales suelen ser extenuantes, a lo cual se suma la competencia con otras formas de organización, como los taxis pirata, pues éstos suelen trabajar de manera informal en la alcaldía y disminuyen, así, el trabajo para los taxistas formales.

Los principales riesgos a los que se enfrentan son físicos: cambios de temperatura, exposición constante al calor o al frío, ruidos, vibraciones, poca iluminación y falta de ventilación; seguidos de los químicos: humo, polvo y gas emitidos por el automóvil. Lo anterior les ha generado zumbidos en los oídos y molestia por la luz durante varios días, consecuencias que no habían sido mencionadas en otras investigaciones o que tal vez no se habían tenido en cuenta. El grupo estudiado no se aleja de la realidad que aqueja a otros operarios que realizan la misma actividad en otras alcaldías en cuanto a los riesgos, que son independientes a ellos; es decir, no está en sus manos manipularlos o cambiarlos, pero es evidente que los afectarán en la medida en que se exponen a éstos durante su proceso laboral.

Su ambiente laboral también los lleva a otro tipo de exposiciones que demanda ser operario de taxi. Una obligación es tener que cubrir una cuota que les permite laborar en el sitio y, con ello, tener ciertos derechos, pero este tipo de deberes desentendena más exigencias, como conducir más horas sin descanso, por lo que el número

de viajes al día aumenta, lo cual permite incrementar sus ingresos, aunque no es así todos los días, pues, como se mencionó, la tarea principal del operario es salir día a día y buscar un salario que no es fijo, con ciertas inseguridades, ya que no es totalmente posible contar con pasajeros estables o recorridos constantes todos los días, sin pasar por alto estar preparados para situaciones inesperadas. Otra exigencia son los descansos laborales de 10 a 30 minutos, periodos que, de acuerdo con los datos revisados, no les permiten revitalizarse.

Los operarios de taxi no cuentan con estabilidad alguna como los trabajadores con un sueldo base y prestaciones que les permiten cubrir situaciones inesperadas, un horario consolidado para laborar o un horario establecido para ingerir alimentos.

El exceso de trabajo les permite cubrir sus necesidades en comparación con el resto de la población de la alcaldía Milpa Alta. Los operarios cuentan con viviendas propias, únicas en el terreno, construidas con materiales resistentes, así como con servicios regulares de agua y electricidad, y tienen acceso a aparatos y electrodomésticos para la conservación y preparación de alimentos, al igual que lavandería, movilidad, televisión, computadora, línea telefónica fija, televisión por cable e internet.

En cuanto a los servicios de salud, destaca un mínimo porcentaje que está asegu-

rado con IMSS o ISSSTE, quienes tienen empleos adicionalmente en fábricas formales. Muchos están afiliados al Seguro Popular y otros más se atienden en consultorios o clínicas privados, ya que éstos ofrecen una atención más rápida que la del Seguro Popular. Muchos mencionaron que atenderse en esa dependencia implicaba la mitad de su jornada, lo que para ellos significa pérdida monetaria por el tiempo invertido.

Respecto a sus condiciones de salud, presentaron hipertensión arterial, altos niveles de glucosa en sangre, triglicéridos y colesterol, así como sobrepeso y obesidad, factores de riesgo asociados a enfermedades crónico-degenerativas. En el análisis de las principales causas de morbilidad destacaron problemas osteomusculares, dolores de espalda y de cuello, síntomas oculares, al igual que enfermedades de la piel, otorrinolaringológicas y respiratorias, relacionadas con la actividad laboral.

Así, los riesgos, las exigencias y el desgaste laboral influyen en el perfil patológico de los operarios de taxi. Sus CL no suelen ser las más formales, a pesar de pertenecer a un sitio; el espacio de trabajo es reducido y los obliga a permanecer sentados durante varias horas seguidas, todo para poder generar ingresos que cubran las necesidades que les demandan el trabajo y su vida personal.



Anexo 1. Propuesta de tarjetero de salud




| COLOR DEL ENGOMADO | ÚLTIMO NÚMERO DE PLACA DE CIRCULACIÓN | PERÍODO EN EL QUE SE DEBERÁ VERIFICAR |
|--------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| AMARILLO | 5 6 6 | JULIO Y AGOSTO |
| ROSA | 7 6 6 | AGOSTO Y SEPTIEMBRE |
| ROJO | 3 6 4 | SEPTIEMBRE Y OCTUBRE |
| VERDE | 1 6 2 | OCTUBRE Y NOVIEMBRE |
| AZUL | 9 6 0 | NOVIEMBRE Y DICIEMBRE |

**CONDICIONES DE SALUD DE LOS
CHOFERES DE MILPA ALTA.
ESTUDIO DESCRIPTIVO**

TARJETERO PARA TAXISTAS
RECOMENDACIONES PARA MEJORAR
Y REHABILITAR SU SALUD

Cristobal Diego Hazael
Vivanco Salinas Mónica
Promotores de Salud, 2018
Roselia A. Rosales Flores

MOTIVO DE ESTE TARJETERO

La promoción de la salud permite que las personas tengan un mayor control de su bienestar físico. Abarca una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida individuales mediante la prevención y solución de las causas primordiales de los problemas de salud, y no centrándose únicamente en el tratamiento y la curación (OMS, 2018).

La creación de este tarjetero surge a partir del diagnóstico realizado en el sitio de taxis ubicado en Galgos #173, en Milpa Alta, con el fin de brindar orientaciones básicas que ayuden a los operarios a mejorar sus condiciones de salud y laborales.

CONTAMINACIÓN DEL AIRE

Cierre las ventanas cuando haya tráfico pesado.

Utilice el aire acondicionado de manera moderada.

Evite fumar.

Acelere gradualmente.

Verifique que el automóvil no saque humo.



EXPOSICIÓN AL RUIDO

• No escuche música en niveles altos de volumen.

• Utilice moderadamente el manos libres.

• No trate de mitigar el ruido del tráfico vehicular con el radio o con música.

• Modere el uso del claxon.



PRIVACIÓN DEL SUEÑO



Duerma las horas suficientes que le permitan reponerse de la jornada laboral.

No haga turnos rotativos.

Si es posible, haga pausas para tomar siestas cortas.

Descanse brevemente cada dos horas.

PROBLEMAS OSTEOMOSCULARES

Acomode el asiento para tener una postura correcta.

Lleve a cabo ejercicios de relajación durante las pausas que tenga a lo largo de la jornada.

Vigile que su peso sea el adecuado.



PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

YO ME FIJO, YO RESPETO



Nueva Cultura de Movilidad

SECOPE Y Capitalización

Conduzca con precaución.

Respete las señales de tránsito.

Con lluvia, encienda las luces del vehículo y reduzca la velocidad.

Revise periódicamente los niveles de líquidos del auto.

Ceda el paso a vehículos de emergencia.

ESTRÉS

Procure tener algún pasatiempo.

No negocie su tiempo de sueño.

Realice actividad física.

Evite estimulantes como alcohol, tabaco, bebidas energéticas y café.

Pase tiempo de calidad con amigos y familiares.

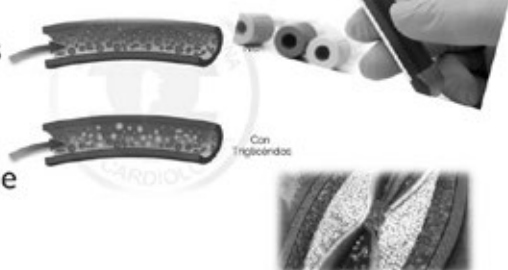


EVALUACIÓN BIOQUÍMICA

Realícese chequeos de glucosa, triglicéridos y colesterol.

Conozca los parámetros normales y compárelos con los suyos.

Acuda periódicamente a consulta médica.



Con Triglicéridos

RECOMENDACIONES FINALES



RECOMENDACIONES ALIMENTICIAS

Si come en la calle, procure que sea en un lugar limpio y con variedad.

Disminuya tanto la porción de su dieta como sal, grasas, refrescos, jugos, pan y golosinas.

Aumente el consumo de agua, verduras, cereales y frutas de temporada.

Evite cenas pesadas.



PROPUESTAS DESDE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Organice asambleas de operarios de taxis para expresar sus necesidades y analizar sus problemas.

Evalúe qué se debe hacer para solucionarlos.



POR ÚLTIMO...



Recuerde que su trabajo es muy importante para la movilidad urbana.

Nuestro cuerpo es el principal medio de transporte y, como el automóvil, requiere cuidados para trabajar de manera correcta y prolongar su vida.

Debemos cuidarlo, pues sólo tenemos uno; si se estropea por el mal uso que le demos, **no** podremos sustituirlo.

El éxito es la suma de pequeños esfuerzos repetidos día a día.

Anónimo

Bibliografía

- Breilh, J. (1989). La salud-enfermedad como hecho social. Recuperado de <http://www.lasalud-enfermedadcomohechosocialterceridad.net>
- Castillo, Y. y Galarza, B. (2013). Condiciones de trabajo y salud de mototaxis Cartagena-Colombia. *Salud Uninorte. Barranquilla*, 29, 514-524.
- Chaparro, P. y Guerrero, J. (2001). Condiciones de trabajo y salud en conductores de una empresa de transporte público urbano en Bogotá. *Salud Pública*, 3, 171-187.
- Federación Mexicana de Diabetes A.C. (2015). Dislipidemia en aumento por obesidad. Recuperado de <http://fmdiabetes.org/dislipidemia-en-aumento-por-obesidad>
- INEGI. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2016). Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/>
- Instituto de Salud Pública. (2016). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino, 2016 [ENSANUT MC, 2016]. Informe final de resultados*. Recuperado de http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/doctos_2016/ensanut_mc_2016-310oct.pdf
- Mendoza, J. y Jarillo, E. (2011). Determinación y causalidad en salud colectiva. Algunas consideraciones en torno a sus fundamentos epistemológicos. *Ciências & Saúde Coletivos*, 16.
- Muñoz, A. y Choís, L. (2014). Riesgos laborales en trabajadores del sector informal del Cauca, Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina*, 62, 379-385.
- OMS. Organización Mundial de la Salud (2017). Determinantes Sociales de Salud. Recuperado de http://www.who.int/social_determinants/es
- Rizzo, N. (2012). Un análisis sobre la reproducción social como proceso significativo y como proceso desigual. *Sociológica*, 77, 281-297.
- STPS. Secretaría de Trabajo y Previsión Social. (2017). *Seguridad y salud en el trabajo en México: avances, retos y desafíos*. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/279153/Libro-Seguridad_y_salud_en_el_trabajo_en_Mexico-Avances__retos_y_desafios__Digital_.pdf
- SAT. Servicio de Administración Tributaria (2017). Cuadro histórico de los salarios mínimos. Recuperado de www.sat.gob.mx/informacion_fiscal/tablas.../salarios_inimos_historico.xls

Matemática del crecimiento orgánico. De la alometría al crecimiento estacional

MARÍA ELENA DURÁN LIZARRAGA



*Matemática del crecimiento orgánico.
De la alometría al crecimiento estacional*
José Luis Gutiérrez Sánchez y Faustino Sánchez Garduño
UNAM, Facultad de Ciencias. 2017.

Escribir un libro de matemáticas es un acto de osadía, no porque el sólo hecho de escribir lo es, sino porque se hace en un contexto en el cual se ha favorecido el analfabetismo matemático. Además, tiene una dedicatoria especial para el área de la biología y, ¡ah!, ¡cómo sufrimos los biólogos cuando nos enfrentamos a nuestros planes de estudios, que tienen no sólo cursos sobre «bichitos» y salidas al campo, sino también álgebra y cálculo!

Y, sin embargo, cuando empleamos dichas herramientas para explicar lo visto y colectado en el campo, o los resultados obtenidos de las prácticas, hasta nos entusiasmos con la posibilidad de hablar de modelos matemáticos.

Agradezco, en verdad, a los autores este acto singular, pues en las matemáticas los biólogos encontramos los medios para describir esos hermosos patrones (formas) que nos sorprenden y entusiasman en la naturaleza (los cuales responden a leyes naturales), así como para entenderlos y predecirlos.

Al revisar el índice general, mi curiosidad igualó a mi entusiasmo, pues los capítulos abarcan algunos temas indispensables de los cursos de fisiología, biología celular, nutrición o, incluso, los relativos al manejo de recursos, como pesquerías. Así pues, como docente, encuentro en el texto ejemplos y problemas que resultan útiles para repensar cómo abordar esos temas y llevar a los estudiantes (y docentes) a una comprensión más clara de las leyes naturales mencionadas unos renglones antes.

Me atrevo a decir que los biólogos a quienes nos gusta (apasiona) el tema de la evolución y, sobre todo, que admiramos el trabajo de divulgación realizado durante años por Stephen J. Gould, encontraremos gran satisfacción al revisar esta obra, dedicada a dos grandes personajes que moldearon nuestra manera de estudiar las formas: D'Arcy Wentworth Thompson y Karl Ludwig von Bertalanffy. Aunque alguno argumentara que lo suyo es la historia de la biología, igualmente encontrará en este texto información relevante y contextualizada para entender por qué reconocemos a estos hombres como aquellos que abrieron las puertas para la matematización del pensamiento biológico.

Los dos primeros capítulos están dedicados a la alometría. En el primero la presentan como un concepto fundamental para «el estudio de la variación de las magnitudes en los seres vivos», según los autores, y nos explican las magnitudes (que usamos de manera común para describir las formas) y las relaciones entre ellas. Incluso los lectores cuya formación les permita explicar sin titubeos la diferencia entre masa y peso reconocerán, en su presentación, una manera ágil y elegante de llevarnos de la mano para plantear la relación superficie, masa y tasa metabólica, a fin de explicar fenómenos que conocemos y están presentes en la sabiduría popular: la forma y la función dependen del tamaño del organismo seleccionado (por ejemplo, los animales de mayor tamaño viven más tiempo que los más pequeños).

Hay libros de texto en el área de fisiología animal que no le dedican ni una palabra al tema de la alometría; otros enuncian la ley y, sin mayores preámbulos, abarcan el uso de la fórmula y sus demostraciones, así como las respectivas conclusiones. Los autores reflexionan en torno a la impor-

tancia y el significado biológico de este concepto introduciéndonos a debates relativos a la variación del exponente (de la ecuación alométrica) para la tasa metabólica, que desde finales del siglo XIX enemista a fisiólogos estudiosos del tema. Sobre este debate encontramos referencias en varios libros, tales como *Cómo funcionan los animales* (1972), de Knut Schmidt-Nielsen, y *The Physiological ecology of vertebrates. A view from energetics* (2002), de Brian Keith McNab. Otra vez, los autores nos dejan ver en sus explicaciones una historia aún inconclusa y retomada en el siguiente capítulo.

Todos los que nos regocijamos leyendo *Los viajes de Gulliver* y *Alicia en el país de las maravillas* encontraremos, en el segundo capítulo del libro, insinuaciones de preguntas acerca de la escala que, quizá, también deberían hacerse los cineastas a quienes les encanta encoger o agrandar a niños y animales; en la vida real hay limitantes biomecánicas de acuerdo con el tamaño de los organismos. Incluso, los autores dedican una parte del capítulo a explicar las diferencias entre los organismos cuyas partes del cuerpo mantienen su proporción cuando crecen y aquellos a los cuales les crecen de manera desproporcionada.

¿Quién no ha admirado la belleza de los patrones en las conchas de los caracoles? En este capítulo vemos, paso a paso, la descripción matemática del proceso de crecimiento de estas estructuras, lo cual es hermoso, porque, por un lado, nos deja ver cómo las matemáticas rigen la naturaleza y, por otro, nos permite conocer la visión de Thompson para «reconocer lo esencial por encima de los detalles [...] [e] inferir reglas generales de crecimiento».

Para los que levantaron una ceja ante mi comentario relativo al crecimiento desproporcionado de algunos organismos (in-

cluidos nosotros), les pido considerar las diferencias entre un bebé y un adulto humanos; a diferencia de los adultos, los bebés tienen la cabeza y el tronco grandes, mientras que sus extremidades son cortas, lo que se muestra claramente en la figura 2.1 de la obra.

El asunto de la escala no sólo atañe a la forma externa de los organismos, sino que, por supuesto, presenta retos para el desarrollo de los órganos internos y su adecuado funcionamiento. Tanto los organismos pequeños como los grandes están sujetos a las mismas leyes físicas y matemáticas; así pues, sin importar si se trata de una ameba (un organismo unicelular), de una célula epitelial de los tubos que forman el riñón de una ballena azul, o de los vasos de xilema y floema de una secuoya, el intercambio de gases se llevará a cabo siguiendo la ley de Fick (la cual establece que los fluidos se mueven desde donde están más concentrados hacia donde están menos concentrados con una magnitud proporcional al gradiente de concentración); así pues, el reconocimiento de las estructuras ramificadas autosemejantes, y sus funciones en la distribución y el intercambio de productos a nivel celular (como los gases que difunden de acuerdo con la ley de Fick), han permitido caracterizar a los sistemas que, en espacios restringidos, maximizan la superficie para hacer más eficiente el intercambio de sustancias, o incluso reconocer algunas patologías.

Los ejercicios propuestos por los autores nos obligan a practicar no sólo la aplicación de las diferentes ecuaciones, sino la comprensión de las preguntas y los resultados obtenidos, de forma que es posible para el lector incorporarse a la discusión sobre las diferencias entre la aplicación de la alometría cuando trabajamos en diferentes escalas o sobre los modelos geométricos que pueden ser usados en las descripciones que no requieren estos detalles.

Si entre los lectores hubiera interesados en abundar respecto a la importancia en la escala, el cambio de forma y la evolución, pueden recurrir al libro *Ontogenia y filogenia*, de Stephen Jay Gould, dedicado por completo a este tema, y después de leer la obra que aquí nos atañe lo disfrutarán más, pues podrán resolver los cálculos y entender las reflexiones de Gould.

Una gran ventaja de seguir con cuidado la argumentación de todas las secciones del libro es que, cuando llegamos al capítulo tres, «Crecimiento», retomamos la discutida relación entre éste y el tamaño, pero ahora introduciendo la teoría de sistemas, breve pero didácticamente presentada al enfatizar las características emergentes de los estados de organización. Este capítulo pronto será una lectura obligada para quienes se dediquen a los estudios de producción animal, en particular en pesquerías, ya sean de peces, moluscos o crustáceos. Ya desde la década de 1950, la industria pesquera internacional aplicaba la ecuación de crecimiento de Bertalanffy y, a la fecha, la caracterización de la curva de crecimiento es indispensable en los trabajos de descripción de morfometrías en las poblaciones de las especies en cuestión (también es utilizada en ganadería y para el manejo

de especies vegetales), que, en general, sirven para comparar variables como biomasa o dinámica poblacional (por ejemplo, bajo diferentes condiciones de manejo).

Para los que todavía se quedaron con las cosquillas respecto al coeficiente de alometría para la relación entre tasa metabólica y masa, la última sección del capítulo merece aplausos para los maestros Gutiérrez y Sánchez por proveernos de las matemáticas necesarias para entender los tres tipos metabólicos propuestos por Von Bertalanffy en su publicación *Leyes cuantitativas del metabolismo y crecimiento* (1956), donde se menciona: «No nos entretendremos con la elaboración matemática, sino discutiremos los resultados».

El capítulo cuarto, «Variaciones estacionales», reúne el trabajo desarrollado en torno al crecimiento, ahora considerando la estacionalidad, un fenómeno que los humanos hemos notado desde los albores de nuestra especie y que jugó un papel importante en la domesticación de plantas y animales. Además, tiene evidente relevancia cuando se trata de hablar del crecimiento de especies importantes comercialmente, pero no sólo esto; reconocer si las variaciones estacionales son de carácter endógeno o exógeno ha sido tarea de estudiosos de los ritmos biológicos. Se nos explica el crecimiento en términos tanto de longitud como de masa y, una

vez más, los autores hacen notar tanto la agudeza de Thompson para proponer modelos para el estudio del fenómeno de crecimiento que presenta fluctuaciones temporales, como la extraordinaria capacidad analítica de Von Bertalanffy, la cual lo llevó a postular una ecuación que representa el crecimiento estacional y que es tan usada como su ecuación clásica presentada en el capítulo anterior.

Para finalizar, Gutiérrez y Sánchez presentan dos apéndices («Análisis de la ecuación autónoma» y «Análisis de un sistema no autónomo») con una sucinta introducción a la dinámica no lineal, así como dos apéndices que narran las biografías de los dos científicos que inspiran y a quienes está dedicada la obra, en los cuales destacan cómo estos dos personajes, con vidas diametralmente diferentes, convergen en la historia del desarrollo de las matemáticas en la biología y, además, encabezan un movimiento, retomado por el espíritu de nuestra UACM, comprometido con la formación de profesionistas con sólidas bases científicas y humanísticas y con una visión integradora de la realidad en torno a sus problemas de estudio; que no estén separados de los valores éticos guías de su trabajo; y, como finalizan los autores, que cambien los paradigmas y mantengan viva la esperanza.



La educación para la salud: disciplina en ciernes y desafíos en la formación

MAGDALENA RAMÍREZ LLUGDAR

La formación de las y los educadores para la salud requiere, entre otras cuestiones, discutir y analizar de manera permanente los ejes en los que se sustenta nuestra novel disciplina. Este trabajo propone discutir las tensiones y los desafíos de la formación, las cuestiones que nos interpelan, así como algunas estrategias que potencien y fortalezcan nuestra praxis profesional.

Para ello, presento tres escenarios de discusión posibles: la formación en la academia, el contexto de salud y la práctica profesional. A partir de éstos, podemos problematizar el marco teórico-conceptual y metodológico a partir del cual nos constituimos como profesionales de la salud, y poner en cuestión algunos elementos relacionados con ello, para mejorar las estrategias de trabajo en promoción de la salud a partir de un diagnóstico comunitario integral, con perspectiva de género, derechos y educación popular.

PALABRAS CLAVE: Formación de los educadores para la salud, práctica profesional, salud integral, derechos, diagnóstico comunitario participativo

Abstract

Education for Health: A discipline in the making and the challenges in training

The training of health educators requires permanently, among other issues, to discuss and analyze the axes on which our new training discipline is based. This text proposes to discuss the tensions and challenges that appear in the formation, which are the questions that challenge us and then think about some strategies that empower us and strengthen our professional praxis.

To do this I present three possible discussion scenarios: Training in the academy, the health context and the field of professional practice. From these scenarios we can problematize the theoretical-conceptual and methodological framework from which we constitute ourselves as health professionals and put in question some elements in relation to it to improve work strategies in health promotion from an integral community diagnosis, with a gender perspective, rights and popular education.

Keywords: Training of educators for health, professional practice, integral health, rights, participatory community diagnosis

Introducción

Comparto en este escrito las tensiones y los desafíos que se presentan en la formación de los educadores para la salud. Soy docente de pregrado y grado de la carrera Profesorado y Licenciatura en Educación para la Salud (EPS) de la Universidad Nacional de Santiago del Estero (UNSE), de la República Argentina, en el espacio de la práctica profesional y en el seminario Género y Salud de la licenciatura. Actualmente se lleva a cabo un cambio curricular de los planes de estudio en el ciclo técnico y de grado.

La interpelación requiere discutir y analizar los ejes en los que se sustenta la disciplina de formación; por ello, presento reflexiones teóricas y metodológicas que podrían ser revisadas para un debate que nos potencie y fortalezca como profesionales del campo de la educación y la salud.

El objetivo principal es proponer un análisis que ayude a pensarnos respecto a la formación de las y los educadores para la salud, así como a la construcción de estrategias superadoras posibles, vinculadas con la revisión de elementos teóricos y prácticos que coadyuvan al mejoramiento de la práctica profesional.

La EPS tiene una trayectoria académica de 40 años en la sede de la UNSE. Se creó en plena dictadura militar (1977), por medio de un convenio con la Subsecretaría de Salud Pública de la Provincia, en un sistema educativo con características peculiares. Tal como lo expresó una de las primeras egresadas de la carrera:

En esos tiempos prevalecía una concepción de aprendizaje limitada en muchos casos a una transmisión vertical de la información a la pedagogía de la respuesta. Los docentes de la carrera eran en su mayoría profesio-

nales vinculados a la disciplina y muy pocos poseían formación en la docencia [...] Era una época que se caracterizó por la privación, el silencio, textos y contextos negados, prohibidos (Salvatierra, 2008).

La formación presenta diversos retos. Uno de ellos es reflexionar en torno a la importancia de un saber construido desde una mirada de salud integral, con perspectiva de derecho y de las relaciones de género, es decir, desde una perspectiva emancipadora, liberadora y humana en un campo de tensión, construcción, deconstrucción e interpelación, que permita mirar y cuestionar de manera constante nuestra formación y ejercicio profesional, lo cual requiere un debate epistemológico respecto a la disciplina.

Este debate es necesario y clarificador, pues así lo demanda la configuración de nuevos escenarios sociales en la complejidad de los contextos políticos y económicos que delinear las políticas tanto en educación como en salud, y que tienen incidencia directa en la formación de profesionales.

Nombrar la educación para la salud como una disciplina y no como una actividad o estrategia que puede llevar a cabo cualquier otra profesión de las ciencias sociales siempre fue una tarea complicada, porque su estatus epistemológico parecería ser considerado menor, subalternizado; sin embargo, en su trayectoria se le denominó disciplina-síntesis debido a la intersección entre las ciencias de la salud, la educación y la comunicación, de las cuales recibió aportes de la pedagogía, de las relaciones con el medio ambiente social y cultural, y del lenguaje social en sus múltiples manifestaciones. Hoy podemos pensar en ella como una disciplina en ciernes, puesto que necesitamos construir nuestro

propio marco teórico-conceptual y metodológico basado en las contribuciones que se han hecho desde hace 40 años mediante investigaciones y sistematizaciones de la práctica profesional.

Desde este breve encuadre, presento tres elementos de análisis respecto a la formación en la materia.

La academia como lugar de construcción y deconstrucción

Los desafíos de pensar la educación para la salud también implican una de las grandes tensiones, debido a las características del proceso de enseñanza-aprendizaje de los y las estudiantes, que se ha caracterizado por haber «recibido» una serie de contenidos que son centrales o disciplinares y otros complementarios. Considero que esto constituye en sí mismo un problema; no se ha discutido ni cuestionado el qué, el cómo y el para qué del proceso educativo, característica singular de la educación bancaria que plantea Paulo Freire, en la cual los conocimientos se depositan en otro u otra.

El proceso de enseñar y aprender ha ido virando de un modelo autoritario a otro que habilita actos y acciones más participativas, así como de la pedagogía de la respuesta a la pedagogía de la pregunta, es decir, a obtener ideas y no a introducirlas. Considero que éste es uno de los desafíos permanentes que tenemos como educadores.

Quizá esta cuestión se resume en los retos que nos presenta la educación popular como una metodología que nos invita a docentes, estudiantes y comunidad con que trabajamos a problematizarlo todo: las teorías, las prácticas, las formas, y los modos de enseñar y aprender.

Las y los estudiantes llegan, entonces, al espacio curricular de la práctica profesional transitando su proceso de formación con un variopinto de modelos de educación, que brindan, con sus características particulares, herramientas conceptuales y metodológicas para iniciar un proceso de acompañamiento que parte de un diagnóstico participativo y finaliza con la sistematización del trabajo realizado durante todo un año académico.

El análisis del proceso de intervención/acompañamiento desde la perspectiva de género no sólo facilita indagar las expectativas, los intereses y las demandas de salud de un grupo o comunidad, sino que permite identificar las desigualdades en el acceso y el control de los recursos materiales y simbólicos de mujeres y varones, que son generadores de desigualdades y que afectan la salud, principalmente de las mujeres.

La mirada de género en la formación de profesionales del campo social facilita la empatía y la visibilización de las diversas situaciones de opresión, subordinación y exclusión diferencial en sus relaciones. Tal como lo expresa Marcela Lagarde (1996, pp. 2, 'La perspectiva de género'):

En la academia, en los movimientos y organizaciones feministas, y ahora en los ámbitos de las políticas públicas, se ha desarrollado una visión crítica, explicativa, y alternativa a lo que acontece en el orden de géneros, se conoce como perspectiva de género a esta visión científica, analítica y política creada desde el feminismo. Ya es aceptado que cuando se usa el concepto perspectiva de género se hace referencia a la concepción académica, ilustrada y científica, que sintetiza la teoría y la filosofía liberadora, creadas por las mujeres y forma parte de la cultura feminista. La perspectiva de género permite analizar y comprender las



características que definen a las mujeres y a los hombres de manera específica, así como sus semejanzas y diferencias. Esta perspectiva de género analiza las posibilidades vitales de las mujeres y los hombres; el sentido de sus vidas, sus expectativas y oportunidades, las complejas y diversas relaciones sociales.

Los aportes de las teorías de género nos facilitan una perspectiva ineludible para la comprensión de los procesos históricos, sociales, culturales, económicos, sanitarios y políticos, y han provocado una verdadera revolución que se expresa en el campo académico y de producción de conocimiento, pero también se manifiesta como herramienta que habilita la posibilidad de una construcción basada en relaciones más igualitarias entre las personas.



Lo femenino y lo masculino no son hechos naturales o biológicos, sino construcciones sociales, culturales e históricas. La crítica feminista cuestiona las dicotomías fijas de naturaleza y cultura, borra las fronteras del mundo privado y pone en el debate público problemas que estaban silenciados. Su enorme aporte podría sintetizarse con la metáfora de correr el velo, hacer visible y descubrir lo que se mantenía oculto, lo cual ayuda de manera significativa en la formación de las y los estudiantes.

Se conforma, así, un escenario que necesita ser releído, discutido y problematizado, porque representa desafíos actuales para las y los educadores para la salud. Compete a nosotros, desde la función docente, traerlos al ámbito de la academia

para ser interpelados; lo pedagógico es político y lo político, pedagógico, enseñaba el maestro Paulo Freire.

La salud hegemónica y su mirada reduccionista

El perfil profesional de los primeros docentes de la carrera fue, en su gran mayoría, médico, por lo cual hemos sido formados o «deformados», pues trabajaron desde un modelo hegemónico que ha impregnado e impregna la formación de los profesionales del área de la salud en las aulas de las universidades argentinas.

Esto no es un tema menor. El poder del modelo médico hegemónico (MMH), que es planteado como construcción teórica por Eduardo Menéndez, establece como características principales del proceso de salud el biologismo, la ahistoricidad y la asocialidad, es decir, reduce a los individuos a su dimensión física, con lo cual los aísla de toda condición social, histórica y espiritual. Se cura el síntoma y existe una relación asimétrica o desigual de subordinación y de subvaloración de las subjetividades.

Esta concepción tan dualista y polarizada va configurando, entonces, una concepción de salud parcial y de personas dicotomizadas, sin una mirada social de las necesidades, expectativas e intereses de la comunidad o grupo con que se trabaja.

En la actualidad estamos viviendo una crisis en el sistema de salud, pues hay reclamos no sólo para mejorar los salarios, sino también la provisión de insumos básicos y las infraestructuras, entre otros aspectos. Ahora bien, dicha crisis no puede ser atribuida simplemente a la difícil situación económica, ya que el problema es más complejo: hay una construcción de dispositivos institucionales que dificultan u obstaculi-

zan las respuestas a las demandas de salud y entorpecen la posibilidad de superar la crisis. Las maquinarias para impedir derechos consagrados en los dispositivos institucionales de salud es permanente.

El proceso de acompañamiento en la práctica profesional

Pensar en las tensiones y los desafíos presentes en el acompañamiento a los grupos comunitarios con que trabajamos remite a lo que plantea Alfredo Ghiso cuando señala que la construcción de prácticas en el escenario social se orienta a una relación dialógica que busca el conocimiento y el reconocimiento del otro u otra entre los saberes cotidianos o populares y el saber científico-técnico ofrecido.

El diálogo de saberes apunta a un tipo de «hermenéutica colectiva», donde la interacción caracterizada por lo dialógico recontextualiza y resignifica los dispositivos pedagógicos e investigativos que facilitan la reflexividad y la construcción de sentidos de los procesos, acciones y saberes (Ghiso, pp.2, 2000).

Es decir, toma la práctica de la hermenéutica colectiva como punto de partida, en la que la experiencia humana no se interpreta fuera del contexto de relaciones que la configuran como tal. Así reconocemos su carácter histórico y vemos cómo los diversos elementos que forman la experiencia están relacionados entre sí con la totalidad de la vida que se devela por medio de la experiencia misma.

Desde este planteamiento, no es posible intentar una comprensión de lo que pasa como personas situadas en un contexto tempo-espacial e histórico si no se

intenta una interpretación comprensiva de otras vidas, otras formas de ser, estar, sentir y expresar el mundo.

Es, sin duda, un proceso complejo y con una dinámica muy particular, en el cual la salud/enfermedad/atención, tal como lo plantea Menéndez, tiene que ver con las condiciones económicas, políticas, técnicas, científicas y religiosas que han dado lugar al desarrollo de formas antagónicas entre la biomedicina y otras maneras de atención.

A partir de ello, podríamos obtener un diagnóstico de situación respecto a cómo atiende la gente sus problemas de manera real, cómo los vive y cómo los resuelve desde sus prácticas cotidianas.

Conocer las características de la autoatención como una de las actividades básicas del proceso salud/enfermedad/atención desarrolladas por personas o grupos es conocer las representaciones y prácticas que la población utiliza para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de otros prestadores o «curadores», al decir de Menéndez, los curadores profesionales.

La autoatención casi siempre es la primera actividad que llevan a cabo respecto a su padecimiento y no incluye, de inicio, a ningún curador profesional; es a partir de su evolución cuando deciden consultarlos o no.

Lo anterior aporta una reflexión profunda acerca de nuestra formación profesional, pues siempre nos debatimos con nuestro ego, el cual nos hace actuar como si tuviéramos una única verdad y, desde esa mirada, señalamos qué es bueno o malo, qué se debe o no hacer, qué es saludable y qué no lo es; dicotomizar es una acción

profesional negativa, excluyente y limitante de las capacidades de autoatención y resolución de la salud de la comunidad.

El respeto por los saberes y sus prácticas es un dilema que nos invita siempre a la reflexión. Sandra Payán (2009) señala que el conocimiento depende de las condiciones en que se produce, ya sean sociales, culturales o históricas, es decir, existen diferentes maneras de conocer sin que ninguna sea mejor que otra, simplemente producen realidades distintas; por tanto, lo que en nuestra cotidianidad nos resulta obvio y factible pudiera no serlo si tuviéramos otras creencias y perspectivas.

Discutimos de manera permanente con las y los estudiantes acerca de que no existe una sola realidad, sino múltiples, según quién y cómo se relacione con ella. Siempre que pensamos, decimos o actuamos nos encontramos, afortunada e irremediablemente, en una posición determinada, es decir, lo hacemos desde una concepción específica, parcial, incompleta y limitada; de ahí la necesidad de reconocerla para entender sus fronteras y posibilidades.

Ninguna práctica social es neutra, todas van cargadas de teorías y paradigmas a los cuales nos adherimos, de preconcepciones, de prejuicios, de ideologías, de miradas del mundo y de la persona en particular. Hay construcciones subjetivas que luego se traducen en cómo y desde dónde se trabaja con la comunidad, y caemos en el riesgo de convertirnos en «blablabantes».

Sumado a esto hay una ciencia y hay producción de conocimientos desde la mirada de otros (técnicos, médicos, investigadores, etc.etc) no desde la miradas de las personas que habitan ese ecosistema social y cultural. No se recuperan sus voces, la palabra sigue siendo silenciada.

Lo que planteo en este escrito no es ninguna utopía, pues creo absolutamente en

la posibilidad de cambios de paradigmas, de modelos; como dice Julio Monsalvo en el texto *Cartas con alegría. Hacia una nueva civilización* (2012), de los «sentipensares» pequeños, individuales y compartidos emerge la transformación. Lo alternativo no es la herramienta o el método, sino la concepción misma; la convicción de que las personas y las sociedades tienen poder y sabiduría (que surgen del universo entero) requiere reconocimiento, humildad, amor y sentimiento.

Otro de los desafíos es, entonces, pensar y actuar en el campo de la salud de una manera diferente. Si la salud colectiva y comunitaria, desde un enfoque integral, es un fenómeno multicausal en que interactúan determinantes biológicos, psicológicos, ambientales y sociales, debemos reconocer que existe un modelo médico hegemónico vigente en nuestra formación y que, desde este paradigma, siempre se enfatizará que las causas del proceso salud-enfermedad se deben, en general, a las propensiones autodestructivas de los sujetos, a su ignorancia, a su carencia de cultura sanitaria o nutricional, a su desidia; tenemos el enorme desafío de cambiar la mirada y buscar los mecanismos, medios y procedimientos para la prevención y promoción respetuosas de salud.

Para lograrlo, podemos tomar como punto de partida repensar la concepción de salud a la que nos adherimos y de la cual nos hacemos cargo. Esto nos lleva a un posicionamiento no sólo conceptual o teórico, sino fundamentalmente ideológico y político, desde una mirada introspectiva de quiénes somos, lo que tenemos y lo que nos falta.

Consideramos que hace falta poner en funcionamiento no sólo la cabeza, sino también el cuerpo; es, como diría Paulo Freire, pensar la acción y actuar el pensamiento. Poner el cuerpo es participación, es acción individual y colectiva: mediante actos concretos, reflexionar en torno

a la sociedad que queremos, la universidad que anhelamos y el sistema de salud que nos merecemos, recuperando el pensamiento crítico, la esperanza, la humildad, la discusión constructiva sin confrontaciones inútiles, el reclamo de nuestros derechos humanos esenciales, así como la lucha y la libertad para pensar y para hacer. Es encarnar ese concepto, a veces tan abstracto, llamado emancipación.

La educación para la salud como disciplina en ciernes, al igual que la práctica docente como formadora de educadores y educadoras para la salud, me han dado elementos para interpelarla siempre, y mis vivencias y experiencias son parciales y totalizadoras a la vez, con una dinámica compleja que puede leerse y comprenderse de manera dialéctica, entendiéndolas como una unidad rica y contradictoria en la cual uno de los mayores desafíos es poner en juego ciertos mecanismos, procedimientos y estrategias educativas que permitan, a las personas con quienes trabajamos, decir la palabra y escuchar su voz para que, desde su propia experiencia, comiencen un proceso de acompañamiento que les ayude, que les permita hacer explícitos y claros los valores, los significados y las creencias; conocer, al decir de Bourdieu (1994), sus capitales sociales a partir de los cuales estructuran sus prácticas cotidianas.

Como mencionamos anteriormente, la práctica profesional de las y los educadores para la salud no es neutra, está cargada de ideologías y definida epistemológicamente mediante el análisis y la identificación de una problemática social que, muchas veces, no tiene cabida en el cuerpo teórico aprendido o aplicado.

Entonces, si nosotros como profesionales del área de la salud no consideramos y reconocemos los saberes y aprendizajes previos de nuestros educandos, así como sus lecturas del mundo, no podemos iniciar ningún proceso de emancipación verdadera.



Referencias bibliográficas

- Canevari Bledel, C. (Coord.). (2005). *Reproducción, sexualidad y ciudadanía. Un debate para el cambio*. Santiago del Estero: Barco Edita/CICYT.
- _____. (2011). *Cuerpos enajenados. Experiencias de mujeres en una maternidad pública*. Santiago del Estero: Barco Edita/FHCSys/UNSE.
- Foucault, M. (2008). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo xx.
- Ghiso, A. (2000). *Potenciando la diversidad. Diálogo de saberes una práctica de hermenéutica colectiva*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Gutiérrez, A. (1994). *Las prácticas sociales. Una introducción a Pierre Bourdieu*. Córdoba: Universidad Nacional de Misiones, Editorial Universitaria/Universidad Nacional de Córdoba, Dirección General de Publicaciones.
- Lagarde, M. (1989). Enemistad y sororidad entre mujeres. Hacia una nueva cultura feminista. *Memoria. Revista del Centro de Estudios del Movimiento Obrero y Socialista*, 28, 24-46.
- _____. (1996). El género. En *Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia* (pp.2, 13-38). España: Horas y Horas.
- Lamas, M. (Comp.). (1996). *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Programa Universitario de Estudios de Género/Miguel Ángel Porrúa.
- Lau, A. (1998). Cuando hablan las mujeres. En Bartra, E. (Ed.), *Debates en torno a una metodología feminista* (pp. 185-197). México: Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco.
- Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência e Saúde Coletiva*, pp. 185-207 8(1).
- Monsalvo, J. (2012) Cartas con Alegremia. Hacia una nueva civilización. *Colección Alta Alegremia*, núm. 3.
- Morgade, G. (2009). Educación, relaciones de género y sexualidad: caminos recorridos, nudos resistentes. En Villa, A. (Comp.), *Sexualidad, relaciones de género y de generación. Perspectivas histórico-culturales en educación*. Buenos Aires: Noveduc.
- Payán, S. (2009). *Posibilidad y necesidad de una forma alterntiva de pensar la salud*. Recuperado de http://www.altaalegremia.com.ar/contenidos/Posibilidad_Necesidad_forma_alt_Pensar_Salud.html.
- Ramírez, M. y Canevari, C. (2002). «Los grupos de mujeres rurales, sus procesos y significaciones. La experiencia en el Dpto. Figueroa». *Revista de Ciencia y Tecnología de la UNSE*. núm. 6 (pp. 23-36). Santiago del Estero.
- Salvatierra, E. (2008). Discurso público: En el acto del aniversario por los 40 años de creación de la Universidad Nacional de Santiago del Estero, Acto aniversario de la UNSE.

#ProtegeLoQueAmas: acercamiento de autocuidado para prevenir el VIH

MICHAEL O. PAGÁN-CASTAÑER
JORGE E. PÉREZ-RENTA

En 2012, la Administración de Drogas y Alimentos de Estados Unidos aprobó el uso del tratamiento con fumarato de disoproxilo de tenofovir y emtricitabina, medicamento con el nombre comercial de Truvada®, prescrito para la profilaxis preexposición (PREP). Las reacciones a esta modalidad de tratamiento fueron mixtas: en primer lugar, su alto costo fue un impedimento para muchos y, en segundo, un sector de la comunidad LGBT se pronunció sobre este tema como una «invitación a la promiscuidad».

Centro Ararat, Inc. —organización no gubernamental sin fines de lucro de cuidado primario y preventivo que enfatiza la educación y el tratamiento del VIH en Puerto Rico— desarrolló una estrategia de comunicación con un mensaje de empoderamiento acerca del autocuidado y el amor propio. Esta campaña, implantada entre mayo y agosto de 2017 en San Juan, produjo diversas reacciones y resultados muy interesantes relacionados con la percepción de estos temas en el contexto de la intimidad sexual, particularmente en el sector HSH (hombres que tienen sexo con hombres), principal público objetivo para esta ejecución multimediática.

PALABRAS CLAVE: tratamiento, prevención, preexposición, VIH, autocuidado

#ProtegeLoQueAmas: Self-care approach for HIV prevention

On 2012, the United States Food and Drug Administration approved the treatment with Truvada® for Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP). This treatment modality received mixed reviews: its high costs made it unavailable for many and, then, a sector of the LGBT community was concerned that this treatment could become “an invitation to promiscuity”.

Centro Ararat, Inc. —a non-governmental, primary/preventive healthcare organization that emphasizes on HIV treatment and education in Puerto Rico— developed a communication strategy with an empowerment message about self-care and love. This campaign, implemented between May and August 2017 in San Juan, produced diverse reactions and interesting results related to the perception of these subjects in context with sexual intimacy, particularly among MSM, the main target audience for this multimedia execution.

Keywords: treatment, prevention, pre-exposition, HIV, self-care

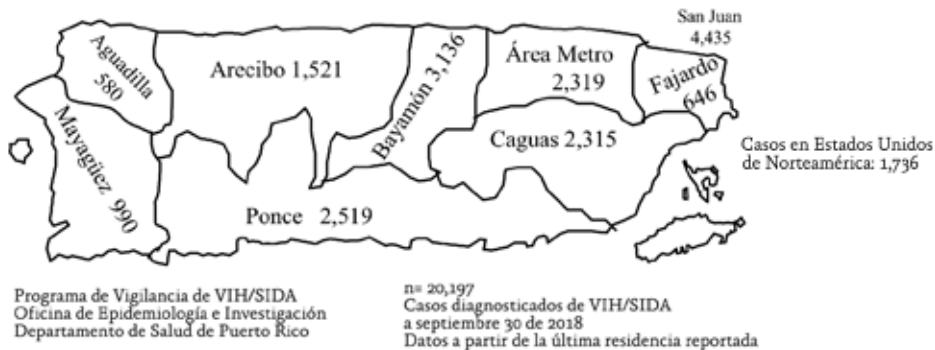


Figura 1. Mapa de casos detectados de VIH/SIDA por regiones de salud en Puerto Rico (2018)

Fuente: <http://achepr.org/wp-content/uploads/2018/10/MAPA-HIVAIDS-septiembre-2018-2.png>.

Recuperada el 20 de octubre de 2018.

Trasfondo

Hasta septiembre de 2018, las estadísticas de Vigilancia SIDA en San Juan de Puerto Rico mantenían una tendencia estable dentro de los índices de adquisición del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) entre hombres que tienen sexo con hombres (HSH).

Según se aprecia en la figura 1, para julio de 2018, los casos reportados de nuevos diagnósticos dan un total de 2,319, solamente en el área metropolitana de San Juan¹. El desglose acumulativo de estos datos inclina, de igual manera, el porcentaje más alto de adquisiciones hacia este grupo demográfico, tanto entre HSH que no utilizan barreras de protección como entre aquellos que, además, utilizan drogas intravenosas. Kianes Pérez (2008: 9) estableció que

una cantidad considerable del HSH necesita servicios de prevención de VIH, pero no saben dónde buscarlos o solicitarlos. Muestra también que, aunque los HSH son un grupo con un nivel educativo alto y con un amplio conocimiento sobre la conducta preventiva contra el VIH, a menudo escogen prácticas sexuales no seguras u otras conductas de riesgo como el uso de drogas.

¹ La zona metropolitana de Puerto Rico (identificada en la Figura 1 como «Área Metro») comprende los siguientes territorios: Guaynabo, San Juan (ciudad capital de Puerto Rico), Carolina y Trujillo Alto. Para efectos de las estadísticas de VIH/sida en el país, la capital se excluye del resto de los territorios de esta zona. Al sumarse los datos de la zona metropolitana con San Juan, el número asciende a 6,754 casos. Esta segregación de datos inició desde que comenzaron a documentarse las incidencias de la epidemia y por la densidad poblacional de San Juan, se ha mantenido así hasta el presente.

Al considerar los factores socioculturales que fomentan estos comportamientos, es imposible negar la correlación entre masculinidad, género y sexualidad. Refiriéndose al caso específico de México, De Keijzer (1997: 3) describió con puntualidad este fenómeno que aplica directamente a la isla de Puerto Rico:

Existe [...] una forma hegemónica de socializar a los hombres que está cultural e históricamente construida, que tiene sus diversidades, pero sirve siempre de referente incluso a las formas alternativas de socialización. En esta socialización existen algunas claras ventajas para el varón, algunas de las cuales, con el tiempo y su estereotipamiento (sic), se van transformando en un costo sobre su salud (y la de otras y otros). Ejemplos de esto son una mayor independencia, la agresividad, la competencia y la incorporación de conductas violentas y temerarias en aspectos tan diversos como la relación con vehículos, adicciones, la violencia y la sexualidad.

Este asunto se convierte en un tema que apela a las estrategias efectivas de comunicación, particularmente en aquellas agencias u organizaciones que, de forma directa, hacen esfuerzos para diseñar programas de prevención a fin de reducir la adquisición del VIH. Elementos como la multiplicidad de estímulos y la sobrevaloración del conocimiento de las audiencias-objeto (como establece Kianes 2008) concurren en el dilema sobre cómo abordar la con-

cienciación en torno a la protección con mayor eficiencia, más allá de las barreras ya conocidas y promovidas de forma consistente por las autoridades de salud del Estado.

Zorrilla *et al.* (2012) señalan que los «síntomas físicos y de comportamiento» (171) entre HSH producen reacciones consideradas como «debilitantes» que «interfieren con el autocuidado» e «influyen las interacciones sociales» (175), lo que induciría, por tanto, a la adquisición del VIH mediante actividades sexuales de alto riesgo. Entonces, con la aprobación del uso de Truvada®² como medicamento para la profilaxis pre-exposición (PrEP, por sus siglas en inglés), el modelo utilizado hasta entonces como estrategia de prevención tuvo que ajustarse a esta nueva modalidad.

El primer escollo para el uso del tratamiento PrEP fueron sus altos costos y su inaccesibilidad para aquellas personas que precisaban tomarlo porque el suministro no era cubierto por los seguros médicos tradicionales en el sistema estadounidense³. Por otra parte, sectores conservadores y medios de comunicación, así como algunos miembros de la propia comunidad LGBT, mostraron resistencia a este medicamento; señalaron que el uso de la píldora como

preventivo descartaría el uso de barreras de protección para un mayor disfrute de la intimidad sexual. Así lo comentan Calabrese y Underhill (2015):

El placer sexual —en términos de la sensación física o el disfrute subjetivo del sexo— es menos reconocido comúnmente como un beneficio potencial dentro de los comentarios sobre salud pública en torno al uso de PrEP, y varios artículos académicos como de consumo popular han enmarcado el deseo de practicar el sexo sin uso de condón como un motivo peligroso e inaceptable para el uso de PrEP (1960)⁴.

Retos y oportunidades

Centro Ararat, Inc. es un conglomerado de clínicas para el cuidado primario y preventivo con seis instalaciones en Puerto Rico. Fundado en 2001, este centro se ha posicionado como uno de los espacios clínicos más reconocidos de esta isla caribeña. Ofrece, además, un enfoque biopsicosocial en su programa de cuidado continuo que integra variables como estilo de vida, educación y prevención, salud mental y nutrición, entre otros.

A la luz de los resultados de casos infectados por VIH en 2016⁵, Michael Paggán-Castañer, coordinador de Comunicación de Centro Ararat, recomendó a la Alta Gerencia una estrategia de comunicación multimediática con el fin de publicitar y promover el tratamiento PrEP entre la comunidad de participantes de los servicios de salud de la clínica. De forma es-

² Truvada® es la marca registrada para el medicamento *emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate*, distribuido en Estados Unidos de América por la compañía farmacéutica Gilead Science, Inc. Cuando salió al mercado en 2004, su uso principal era como terapia antirretroviral para controlar la adquisición del VIH. Comenzó a ofrecerse como tratamiento para profilaxis pre-exposición del virus en el verano de 2012, según consta en el siguiente reportaje: <https://cnnespanol.cnn.com/2012/07/16/el-gobierno-de-ee-uu-aprueba-el-medicamento-truvada-para-prevenir-el-vih/sida/>

³ En un artículo fechado el 24 de abril de 2017, Javier Hourcade Bellocq señala lo siguiente: «En el caso de la [terapia] PrEP, sabemos que el costo mensual de la Truvada en un país desarrollado como los EE.UU. o el Reino Unido, sin subsidio, es de USD 1.500 por persona y en América Latina [puede fluctuar] entre 600 y 800 dólares» (<https://www.quieroprep.org/single-post/2017/04/24/El-verdadero-precio-de-la-PrEP>).

⁴ Traducción del texto original.

⁵ En 2016, de acuerdo con los números provistos por Vigilancia SIDA (Departamento de Salud, Gobierno de Puerto Rico), las estadísticas arrojaban un total de 288 nuevos casos de personas que habían adquirido el virus, con un 19% de fatalidades relacionadas con la condición.

El proyecto incentiva: el amor hacia uno mismo, la protección del cuerpo y el espíritu mediante la erradicación de los estigmas sociales, y el compromiso de tomar decisiones sabias.

pecífica, este plan consideró la integración de diversas tácticas: relaciones con los medios, publicidad y contacto directo con las audiencias-objeto por medio de eventos reales y virtuales (mediante las redes sociales). Aunque el público de mayor impacto se identificó como los HSH entre 21 y 49 años residentes de la zona metropolitana de San Juan, también se consideró, como público objetivo secundario, a las mujeres que tienen sexo con hombres (MSH), toda vez que, entre los hombres con uso problemático de sustancias intravenosas, pueden identificarse rasgos de bisexualidad y tendencias a practicar sexo sin protección con otros hombres aun estando casados o en concubinato con una mujer.

Los retos, que ya se habían vinculado con la percepción sobre los altos costos del tratamiento y la estigmatización asociada con las prácticas sexuales de alto riesgo *vis a vis* la oportunidad de prevenir la adquisición del virus, debían canalizarse en un enfoque distinto: el amor propio y el autocuidado como herramientas fundamentales. El aspecto racional de la campaña se fundamentó en la apreciación de los grupos focales que validaron dichas cualidades como ideales para que una persona responsable asumiera el control de sus acciones, incluyendo las decisiones importantes al momento de tener relaciones sexuales con otra persona. De esa manera, el PrEP se presentaba como una opción segura, rápida y efectiva para prevenir la adquisición.

Entonces, después de varias sesiones creativas, se escogió la frase «Protege lo que amas» como punta para el lanzamiento de la campaña, programada para su difusión en el segundo tercio del año 2017.

Ejecuciones

Las ejecuciones de la campaña consideraron una serie de objetivos específicos, que se enumeran a continuación:

1. Reforzar la capacidad humana para el autocuidado. Esta cualidad inherente a la naturaleza del hombre promueve la búsqueda de sentimientos asociados con la protección, el afecto y la buena voluntad.
2. Promover los servicios integrados. La estructura operacional del Centro Ararat se utilizó como gancho para que los candidatos potenciales a esta modalidad de tratamiento se acercaran a un espacio multiservicios que satisficiera sus necesidades de cuidado continuo, educación y supervisión clínica.
3. Contactar directamente a las audiencias-objeto. La planificación de eventos de intervención directa en lugares frecuentados por las audiencias-objeto aportó un nivel adicional de interacción para promover el enlace a cuidado clínico.

En la fase creativa, se creó una identidad de marca específica que incluyó el di-

seño de un logotipo y un símbolo que invitaba a la protección, según se ilustra a continuación.



Logotipo final de #ProtegeLoQueAmas. Arte: M. Pagán-Castañer



Racionalización del logotipo. Arte: M. Pagán-Castañer

La combinación de vectores que representaban el uso de la píldora para el tratamiento, sumada al corazón (amor propio y autocuidado), producían como resultado la acción de «proteger lo que amas». El logotipo, en una ejecución limpia y mesurada, mostraba dos corazones interconectados, formados por dos píldoras de PrEP, para promover la sensación de protección, bienestar y cuidado de la salud.

Las diversas ejecuciones de campaña incluyeron los siguientes medios:

1. Publicidad exterior. Paradas de autobús y pancartas en espacios públicos, dispersos en zonas de mucho tráfico peatonal y vehicular, con una serie de imágenes que apelan a la ternura y la intimidad.
2. Medios impresos. Inserciones en periódicos de circulación nacional y opúsculos con información básica para distribuir a los públicos objetivo en lugares de impacto directo.



Simulación de la campaña en espacios públicos.



Muestra de opúsculo e inserción en el periódico Metro Puerto Rico (junio de 2017).

De igual manera, el trabajo de relaciones con los medios permitió que el Centro pudiera comprar pautas publicitarias en espacios destinados a artículos vinculados con el tema de la prevención para el VIH/SIDA.



Ejecución real de la campaña en una parada de autobús (abril de 2017).



Pauta en el periódico Metro Puerto Rico.



Ejemplos de promoción divulgada en redes sociales.

3. Uso efectivo de redes sociales. Capitalización de las plataformas Facebook e Instagram para una variedad de ejecuciones sobre el tema «Protege lo que amas», incluso el uso del *hashtag*.

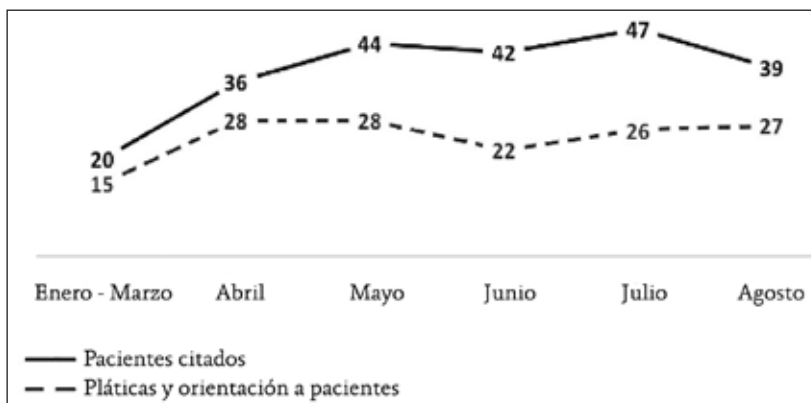
4. Eventos. La campaña se fortaleció durante junio de 2017, cuando coincidieron tanto la Parada de Orgullo Gay como el Día Nacional de Hacerse la Prueba del VIH.



Grupo de empleados y participantes del Centro Ararat durante la Parada de Orgullo Gay en Puerto Rico (junio de 2017).

Resultados

Los números iniciales relativos a las interacciones con posibles participantes indicaban un interés tibio en el tema de la prevención, según ilustra la gráfica 1.



Gráfica 1: Comparación de pacientes citados y orientados para PrEP antes de la implantación de la campaña (enero-marzo 2017) y después de la campaña (abril-agosto 2017)

Fuente: Departamento de Comunicación y Educación – Centro Ararat, Inc.

La cantidad de pacientes iniciales para el tratamiento de PrEP en 2017 se mantuvo en un promedio de 20 personas, mientras que un promedio de 15 pacientes recibieron orientación para PrEP. Tras el lanzamiento de la campaña en el mes de abril, el aumento fue considerable en el mes pico (julio), de 15 a 42%, lo que significó un incremento de pacientes. En cuanto a la interacción en redes sociales, los seguidores del Centro Ararat en Facebook aumentaron 67%. Esta plataforma permitió, de igual manera, responder preguntas relacionadas con el tratamiento enviadas mediante el sistema privado de mensajería, atendido por el equipo de prevención del Centro. Por otra parte, nueve de cada diez contactos con participantes producían compromisos concretos para cita e inicio de tratamiento.

En la evaluación inicial de los pacientes se recopiló información personal, y una de las preguntas giró en torno a la forma en que habían conectado con los servicios. En dichas encuestas, 49% de los participantes dijeron sentirse atraídos por las ejecuciones digitales (en redes sociales) y exteriores (en paradas de autobús) de #ProtegeLoQueAmas. A su vez, 42% se acercó a los servicios por medio de los esfuerzos informativos producidos por los eventos (reales y virtuales) con un llamado específico a la acción de tomar el control para evitar la adquisición del virus mediante el uso de PrEP.

Lecciones aprendidas

La campaña Protege lo que Amas concluyó en agosto de 2017. Se contemplaba una segunda fase antes de los eventos catastróficos provocados por el huracán María. Sin embargo, el tiempo de duración per-

mitió analizar los resultados conforme a la experiencia y la cuantificación de datos corroborables.

Las lecciones aprendidas se resumen a continuación:

1. Sociabilidad mediatizada. Las redes sociales constituyeron un elemento fundamental para promover y reforzar el contacto con las audiencias más jóvenes, en el esfuerzo de proveer información y respuestas casi inmediatas sobre preocupaciones personales del tratamiento PrEP.
2. Costo-eficiencia. En comparación con el promedio de costos por publicidad pagada en medios impresos tradicionales (alrededor de 5 000 dólares), el retorno de inversión de las publicaciones en medios sociales osciló entre 150 y 300%.
3. Amar y proteger. La campaña requirió una adición de elementos únicos (como su logotipo) y reconocibles (como la estética en las fotografías) para mantener la atención de la audiencia y reforzar los mensajes alusivos a la protección y el autocuidado.
4. Contacto humano. Los esfuerzos de alcance con los públicos objetivo, combinados con la campaña multimediática, añadieron un elemento humano importante para reforzar el mensaje esencial de este esfuerzo: «Cuida de ti y de aquellos a quienes amas», creado para fomentar una actitud responsable en torno al sexo seguro.
5. Educación constante. Las apariciones en espacios de diálogo, como escuelas, colegios y universidades, así como el fomento del debate público relativo al uso de PrEP, apoyaron la conciencia sobre la importancia de utilizar todas las herramientas disponibles para prevenir la adquisición del VIH.

En una entrevista concedida a la revista *Vida* (2018), el doctor Iván Meléndez-Rivera —fundador y principal oficial médico de Centro Ararat— reflexionó acerca de su tarea de cuidado y prevención para el VIH aplicando el lema de esta campaña mediática a su función como proveedor del cuidado de la salud:

En mi aportación al país y en mi profesión, protejo lo que amo no siendo conformista... Aprovecho la oportunidad que se me brinda de presentar en diferentes foros para educar sobre lo que es el VIH, sobre la equidad y sobre nuestra responsabilidad ciudadana y profesional para hacer de este país y este mundo un lugar mejor para vivir. (18)

En ese sentido, la campaña Protege lo que Amas es un ejemplo de este esfuerzo, que involucró a la gerencia, los empleados y los participantes en un mismo fin: el amor hacia uno mismo, la protección del cuerpo y el espíritu mediante la erradicación de los estigmas sociales, y el compromiso de tomar decisiones sabias, para así disfrutar la experiencia del contacto humano con plenitud y una vida sexual saludable.



Referencias bibliográficas

Blanco, M. (2018). Iván Meléndez y el Centro Ararat. *Revista VIDA*, junio 2018 (18-21).

Calabrese, S. K. y Underhill, K. (2015). How Stigma Surrounding the Use of HIV Preexposure Prophylaxis Undermines Prevention and Pleasure: A Call to Destigmatize 'Truvada Whores'. *American Journal of Public Health*, 105(10) (pp. 1960-1964).

De Keijzer, B. (1997). El varón como factor de riesgo: masculinidad, salud mental y salud reproductiva. En E. Tuñón (Coord.), *Género y salud en el sureste de México* (pp. 67-81). Villa Hermosa: ECOSUR/UJAT.

Departamento de Salud (2018). Estadísticas de VIH/SIDA en Puerto Rico hasta septiembre de 2018. Gobierno de Puerto Rico. Recuperado de <http://achepr.org/estadisticas-de-vih-sida-en-puerto-rico-hasta-septiembre-2018/>

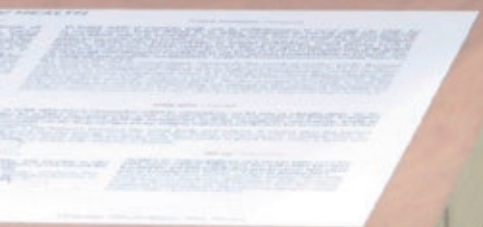
Kianes Pérez, Z. (2008). *Investigación de conductas de riesgo para VIH y el contexto de dicho riesgo en una muestra de la población hombres sexo con hombre (HSH) en Puerto Rico* (pp. 1-34). Puerto Rico: Departamento de Salud.

Zorrilla, C., Rabionet, S., Mosquera, A. y Ramirez de Arellano, A. (2012). Bio-medical HIV Prevention Strategies: State of the Art and Implications for Public Health Policy in the Caribbean (pp. 170-179). *Puerto Rico Health Science Journal*, 31:3-septiembre 2012.

TEQUIOGRAFÍAS

Daniel Godínez Nivón

El proyecto *Tequiografías* consiste en una serie de monografías escolares elaboradas en colaboración con la Asamblea de Migrantes Indígenas (AMI) mediante el tequio, práctica comunitaria que se manifiesta en un trabajo no remunerado, colaborativo y obligatorio. Tanto las imágenes como el texto son resultado del trabajo conjunto; cada uno aporta lo que sabe y ofrece su visión acerca de los temas conforme los ha vivido y aprendido.





Banda de música

Las monografías escolares son un material con el que crecí. Me cautivaban por sus ilustraciones y su retícula. Podías encontrar cualquier tema y los maestros de la primaria te pedían que las compraras para hacer tu tarea y para actividades en clase.



Taller

Tequiografías tiene el propósito de mostrar otra manera de entender la realidad, así como brindar una alternativa al material actual utilizado en las escuelas. Nuestra estrategia pretende valerse del sistema de distribución en papelerías e insertarlas en el mercado para que formen parte del repertorio de monografías existente.



En 2008 comencé a vincularme con la AMI a fin de conocer un espacio autónomo donde pudiera confrontar mis formas de entender la relación entre enseñanza y aprendizaje. Después de un año de trabajo con ellos, fui a la papelería de la esquina de mi casa y compré una monografía relativa a las etnias de México. Decidí llevarla a la Asamblea para saber su opinión sobre la manera en que eran representados y sobre la idea de que este material fuera al cual recurría una gran cantidad de niños del país para hacer sus tareas.

Las opiniones coincidieron en que la monografía era deficiente y tenía errores tanto en el contenido como en las ilustraciones, y en que sólo hacían referencia a los trajes típicos y a los hogares de cada una de las etnias. Era una información sumamente básica que carecía de bases provenientes del contacto directo con las fuentes representadas; por ello, resultó alarmante que la manera como muchos niños aprenden por primera vez acerca de la diversidad cultural de México fuera con dicho material.





Bi musk lu ba/ Banda en panteón



Tamazulapan Ihen Miahuatlàn, Lu'a



Tlahuitoltepec, L



San Miguel, Ilhowi kie yēdz ga Rxhiti Nis, Chiapas.



Tlahuitoltepec, Lu'a, Yēdz Mixh



Lu'a, Yēdz Mixh



San Juan Tabaa, Lu'a.



TEQUIOGRAFÍAS

MĚJK'ÄJTĪN/SALUD



Lani/Cuerpo Naturaleza



Lani/ Granicero



Lani/ Huesero



Lani/ Soplador



Lani/Su...

No. 7



Lani/ Partera



Lani/ Temascal



Lani/ Sobador



Lani/ Niños



Lani/ Yerbero

Entonces, sugerí a los miembros de la AMI que hiciéramos monografías propias, un material didáctico con nuestra versión de los conocimientos que se imparten en las escuelas, en el cual el tema representado fuera trabajado en asamblea y, al ser idéntico a las monografías existentes, tuviera la posibilidad de mimetizarse con ellas para brindar una versión alterna. El espíritu subversivo y la intención de mostrar el conocimiento grupalmente se convirtieron en nuestro estandarte. En ese momento, mi papel como artista visual se vio más claro: dar visibilidad a la Asociación a partir de su conocimiento y manera de trabajo, algo con lo cual todos podemos aprender y expandir nuestra interpretación de la realidad.





Lani/ La Ciudad de Mexico



Lani/Banda



Lani/ Fiesta



Lani/ Fiesta



Lani/ Naturaleza



Lani/ Educación pública



Lani/ Asamblea



Lani/ Fiesta



Lani/ Fiesta



Olin Ulow/ Asamblea



Si Musi/ Banda



Tunhe yu'uskue/ Construcción de la escuela



Olin Used Komputadora/ Taller de cómputo



Uzaihuq Nies/ Limpia del camino

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

Nada humano me es ajeno



PRIMAVERA, 2020

vol. 1, núm. 5

REVISTA DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

ASTROLABIO

UACM
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE LA CIUDAD DE MÉXICO