

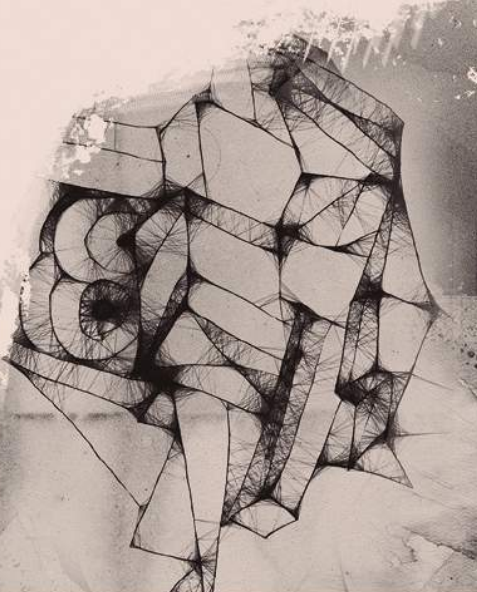


ASTROLABIO

REVISTA DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

vol. 1, núm. 6. OTOÑO, 2020

CENIT: NÚMERO ESPECIAL. ARTÍCULOS MONOGRÁFICOS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD



Crítica reflexiva a los programas de intervención pedagógica federal en el ámbito de la sexualidad

Fortalecimiento de redes comunitarias para la transformación de problemáticas en salud en los corregimientos de Jamondino y Catambuco del municipio de Pasto, Colombia

El concepto de justicia en el derecho a la salud desde una perspectiva crítica

Construyendo una cultura de promoción de la salud con sentido de identidad y pertenencia social en el marco de la Viña Saludable. Programa de Tecnología en Promoción de la Salud, convenio CBRES Puerres, Nariño, Colombia, marzo-julio, 2012

Intervención educativa alimentaria en la escuela primaria Profesor Salvador Varela Reséndiz en Zacatecas

Intervención educativa "Hábitos Saludables" en adultos mayores de una casa de día

Aprendizaje significativo: Un aporte de las estrategias lúdico pedagógicas centradas en el juego

Intervenciones educativas. Prevención del dengue, zika y chikunguña en la comunidad Quilombola en Brasil

HORIZONTE

Compartiendo experiencias: mujeres que viven con diabetes mellitus tipo 2 de la Clínica Hospital ISSSTE Zitácuaro, Michoacán

ACIMUT

La economía social y solidaria en un contexto de crisis de la civilización occidental. Alternativas ante la migración y la desigualdad de género en México, San Francisco y Granada

ALEPH

Gabinete de curiosidades

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 Rojas

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 Federico Keiman (UACM)

Beatriz Eugenia Romero Cuevas (UACM)

Miguel Ángel Godínez Gutiérrez (UACM)

CONSEJO EDITORIAL

Lucía Álvarez Enríquez (CHCH-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

Corrección de estilo: Matilde Schoenfeld

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 6
OTOÑO 2020

Astrolabio. Revista de Ciencias y Humanidades. Año 6, núm. 6, segundo 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 del o los autores.

UACM
Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

Nada humano me es ajeno

Contenido



Presentación del número 6 **4**

Colaboradores **6**

Crítica reflexiva a los programas de intervención pedagógica federal en el ámbito de la sexualidad **12**

Tania Eréndira León Luna

Anadshieli Morales Celaya

Fortalecimiento de redes comunitarias para la transformación de problemáticas en salud en los corregimientos de Jamondino y Catambuco del municipio de Pasto, Colombia **20**

María Clara Yépez Chamorro

Melissa Ricaurte Cepeda

El concepto de justicia en el derecho a la salud desde una perspectiva crítica **36**

Mariana Medina Robles

Juan Manuel Mendoza Rodríguez

Claudia Alicia López Ortiz

Ana Laura Valencia Díaz

Construyendo una cultura de promoción de la salud con sentido de identidad y pertenencia social en el marco de la Viña Saludable. Programa de Tecnología en Promoción de la Salud, convenio CERES Puerres, Nariño, Colombia, marzo-julio, 2012 **46**

Gloria Patricia Cerón Bastidas

Intervención educativa alimentaria en la escuela primaria Profesor Salvador Varela Reséndiz en Zacatecas **52**

Blanca Itzel Solano Hernández

Cristina Almeida Perales

Dellanira Ruíz de Chávez

Zigma Nayelli Hernández Gómez

ASTROLABIO

Número 6, otoño de 2020

CENIT: NÚMERO ESPECIAL.

ARTÍCULOS MONOGRÁFICOS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Intervención educativa “Hábitos saludables” en adultos mayores de una casa de día **64**

Ana Cristina Flores Grimaldo
Georgina Contreras Landgrave

Aprendizaje significativo: Un aporte de las estrategias lúdico pedagógicas centradas en el juego **76**

Luz Elina Caicedo Quiroz

Intervenciones educativas. Prevención del dengue, zika y chikunguña en la comunidad Quilombola en Brasil **84**

Pedro Venicius Santos Lima
Denise Freitas Resende
Daniel Batista Concieção dos Santos
William Alves de Oliveira
Regina Arriaga Gonzáles
Cristiane Costa da Cunha Oliveira

Compartiendo experiencias: mujeres que viven con diabetes mellitus tipo 2 de la Clínica Hospital ISSSTE Zitácuaro, Michoacán **94**

Sammara Yale Suárez García

La economía social y solidaria en un contexto de crisis de la civilización occidental.

Alternativas ante la migración y la desigualdad de género en México, San Francisco y Granada **98**

Lidia Ivón Borja Aldave

Aleph: Sección de Arte

Gabinete de Curiosidades **108**

David Camargo



PRESENTACIÓN

CLAUDIA LÓPEZ ORTIZ | ROSELIA ROSALES FLORES

El número 6 de la revista *Astrolabio*, que se presenta en el otoño de 2020, reúne algunos más de los trabajos que fueron seleccionados del 1^{er} Congreso Internacional de Determinación Social, Promoción de la Salud y Educación para la Salud. Por su contenido, los editores optaron por publicarlos en un número monográfico de textos de carácter educativo. Las temáticas que se presentan son diversas, pero todas confluyen en la necesidad de garantizar el derecho a la salud, ya sea en el acceso a los servicios de salud, en el saneamiento básico para la prevención de enfermedades infecto-contagiosas, o bien, en metodologías de investigación-acción que permitan incorporar a los grupos o a las comunidades en la participación de la construcción del conocimiento. Así, en este número, el lector encontrará diversas formas de abordaje teórico, pero también metodológico para la Educación en Salud y para la Promoción de la Salud.

Las autoras del trabajo “Crítica reflexiva a los programas de intervención pedagógica federal en el ámbito de la sexualidad” entregan un estudio diagnóstico con perspectiva de género en colaboración con el Programa de Apoyo a las Instancias de Mujeres en las Entidades Federativas sobre derechos sexuales y reproductivos en comunidades de adolescentes con presencia indígena en el Estado de México; en los municipios seleccionados se realizaron talleres como modalidad de la intervención pedagógica. Derivado de la experiencia se comparte la reflexión crítica sobre las limitaciones y fortalezas del programa federal.

En el estudio “Fortalecimiento de redes comunitarias para la transformación de problemáticas en salud en los corregimientos de Jamondino y Catambuco del municipio de Pasto, Colombia”, se vinculan dos de los problemas de salud que se han incrementado en los contextos sociales de varios países, el uso de sustancias psicoactivas y el suicidio. Utiliza como estrategia la participación comunitaria y narra las fases del proyecto de investigación acción para el fortalecimiento de las redes comunitarias como vehículo para la mitigación del consumo de drogas y la conducta suicida, en los corregimientos de Jamondino y Catambuco.

En el trabajo intitulado “El concepto de justicia en el derecho a la salud desde una perspectiva crítica” el lector encontrará en el marco de los derechos humanos, la discusión en torno a la equiparidad de los conceptos de justicia, equidad, igualdad desde las teorías de justicia planteadas por Rawls y Sen, y las implicaciones, no solo jurídicas, sino éticas y políticas del derecho a la salud y la justicia distributiva problematizada desde la promoción de la salud y la determinación social del proceso salud-enfermedad.

El artículo “Construyendo una cultura de Promoción de la Salud con sentido de identidad y permanencia Social en el marco de la Viña Saludable” narra la experiencia y resultados derivados del Programa de Tecnología en Promoción de la Salud de la Universidad de Nariño, Colombia, con la intención de fortalecer procesos individuales y colectivos a través del pensamiento crítico, reflexivo, educativo, el empoderamiento en salud, movilización social, gestión de riesgo y desarrollo humano

sostenible cuyo propósito se centró en el fortalecimiento de estilos y modos de vida saludable de las comunidades, esbozando un abanico de posibilidades y estrategias locales para promover la salud.

En el artículo “Intervención educativa alimentaria en la escuela primaria Profesor Salvador Varela Reséndiz en Zacatecas” se atiende uno de los principales problemas de salud en México que es la obesidad y sobrepeso infantil, el estudio se circunscribe al espacio escolar en una primaria de la Ciudad de Zacatecas, México, en el cual se realizó una intervención educativa centrada en incrementar el conocimiento y la disponibilidad de alimentos saludables, evaluando el cumplimiento de su objetivo a partir de un cuestionario pre y post intervención y un diagnóstico antropométrico, en el que se aprecia la importancia de que los niños se reconozcan como sujetos activos y con conocimientos en la elección y preparación de sus alimentos, particularmente el lonche.

En “Intervención educativa ‘Hábitos saludables’ en adultos mayores de una casa de día”, se aborda un proceso educativo desarrollado en la casa de día Benito Juárez, del municipio de Nezahualcóyotl con base en la premisa de envejecimiento saludable en el que se dibuja el reto que enfrenta el concepto de salud para este grupo etario, ya que frente al propio ciclo de vida, se debe realizar un ajuste conceptual ya que se aleja del estado positivo “de no enfermedad”, para definirlo entonces como la posibilidad de mantener en la vejez la capacidad funcional. Un tema de relevancia actual por los desafíos que se enfrentan con el envejecimiento de la población de diversas sociedades, en las que apremia contar con estrategias de empoderamiento que permitan transitar esta etapa de la vida.

A de través la investigación “Aprendizaje significativo: un aporte de las estrategias

lúdico-pedagógicas centradas en el juego”, se narran los resultados encontrados que vinculan la planeación estratégica, la metodología cualitativa, las estrategias del juego para el aprendizaje, la promoción de la salud, los conocimientos que se adquieren, así como las emociones y sentimientos que se generan en los procesos dentro del aula, desde una experiencia registrada en la Universidad de Nariño, Colombia.

En al artículo “Intervenciones educativas. Prevención del dengue, zika y chikunguña en la comunidad quilombola en Brasil” se describe el contexto histórico y sociocultural de la comunidad quilombola, los retos que enfrentan para mantener su territorio y el acceso a los servicios de educación y salud, centrándose en problemas de salud relacionados con la transmisión de dengue, zika y chikunguña y las experiencias comunitarias como estrategias educativas para su prevención.

Dentro del texto, “Compartiendo experiencias: mujeres que viven con diabetes *mellitus* tipo 2 de la Clínica Hospital ISSSTE Zitácuaro, Michoacán”, a través de una metodología cualitativa y desde el campo de la promoción de la salud, se presentan los resultados de un estudio de caso que congrega a pacientes con diabetes *mellitus* tipo 2, abordando las representaciones sociales sobre la enfermedad, las desigualdades de género para la atención de la enfermedad y la prestación de servicios de la clínica.

Lidia Ivón Borja Aldave presenta la reseña del libro *La economía social y solidaria en un contexto de crisis de la civilización occidental. Alternativas ante la migración y la desigualdad de género en México, San Francisco y Granada*.

Cierra este número la sección de arte con un verdadero “Gabinete de curiosidades” por David Camargo.



Colaboradores

Cristina Almeida Perales

Doctora en Estudios del Desarrollo por la Universidad Autónoma de Zacatecas (UAZ) “Francisco García Salinas”. Docente Investigadora de la Maestría en Ciencias de la Salud. Pertenece al Cuerpo Académico Consolidado —Salud y Medio Ambiente— CA-UAZ-221. Sus líneas de investigación son la alimentación y la salud. Es miembro de la Red para el Tratamiento y la Prevención de la obesidad (REDTPO) del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), México. Es integrante de la Asociación Mexicana de Escuela de Salud Pública (AMESP).

William Alves de Oliveira

Psicólogo y Maestro en Salud y Medio Ambiente por la Universidad de Tiradentes (UNIT), campus de Farolândia en Aracaju, Sergipe, Brasil, con período de movilidad académica en la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM). Miembro del Grupo de Investigación sobre Investigación Académica en Nutrición Humana, Educación y Salud Colectiva. Profesor de psicología y coordinador del Comité de Investigación Institucional en la Universidad Intercontinental (UIC), campus sur, Ciudad de México. Supervisor ejecutivo de proyectos internacionales en México para el Grupo de Investigación en Salud Colectiva en la UNIT. Conferencista internacional en América Latina en las áreas de salud pública, con énfasis en sustancias psicoactivas y candidato a doctorado en educación por la UIC.

Daniel Batista Conceição dos Santos

Enfermero por la Universidad Tiradentes (UNIT) en el campus de Farolândia en Aracaju, Sergipe, Brasil. Especialista en salud pública con énfasis en salud familiar y enfermería en cardiología. Maestro en Salud y Medio Ambiente por la UNIT, con período de movilidad académica con un enlace en la UIC y la UAM en la Ciudad de México. Candidato a doctor en Cardiología en la Universidad de São Paulo (USP) por la escuela de medicina en la ciudad de São Paulo, Brasil. Miembro del Grupo de Investigación en Salud Colectiva en la UNIT. Sus principales líneas de investigación se encuentran en los campos de epidemiología, salud pública, educación para la salud y salud de adultos.

Lidia Ivón Borja Aldave

Licenciada en Economía por la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP), Maestra en Administración y Finanzas por la Universidad Iberoamericana (UIA). Actualmente es Directora de la *Revista de Ciencias y Humanidades, Astrolabio*; miembro del Consejo Editorial de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM) y del Programa de Autogestión Cooperativa (PAC-UACM). Es autora del fascículo *Proyecto de inversión para empresas cooperativas*. Ha sido docente en el marco del Programa de Educación Superior en Centros de Rehabilitación del Distrito Federal (PESKER-UACM); Penitenciaría Santa Marta Acatitla, Ciudad de México (CDMX), Centro de Reinserción Social Varonil (CERESOVA) y Reclusorio Preventivo Varonil Sur, CDMX, como también en todos los planteles de la UACM. Actividades relevantes: trabajó en investigación en el Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias de la Universidad Nacional Autónoma de México (CRIM-UNAM), UIA y en el Colegio de Posgraduados de Puebla.

Luz Elina Caicedo Quiroz

Odontóloga; Licenciada en Educación Básica; especialista en Gerencia y Auditoría de la Calidad en Salud; Maestra en Pedagogía. Docente en la Universidad de Nariño, Colombia, del Programa Tecnología de Promoción de la Salud, en las cátedras de Educación para la Salud; Técnicas de Comunicación y Proyecto Formativo. Coordinadora de Odontología en Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) de la ciudad de Pasto, Nariño, Colombia. Con experiencia en procesos de movilización social a partir de la conformación de redes sociales y comunitarias en educación y comunicación para la salud e información de la salud.

David Camargo

Artista visual por la UNAM, cursó el seminario Medios Múltiples 3 y La Colmena (Taller Interdisciplinario de Arte). Trabaja con las nociones de simulacro y realidad en medios audiovisuales. Ha exhibido en foros nacionales y extranjeros, como: La Polis Imaginada, El Quinto Piso, CDMX (2015); Caja Negra MM+TAE, 11ª Bienal de La Habana (2012); #Nuevas Realidades Video-Políticas, Valencia, España (2012); AGN (Archivo General de Negación), CCUT (Centro Cultural Universitario Tlatelolco), CDMX (2011); Arte Emergente Bienal Nacional Monterrey, Nuevo León (2010) y Transitio_mx 03, CDMX (2009), entre otros. Ha publicado su obra en Medios Múltiples 03 (2011) y MART (2008). Actualmente es integrante del colectivo TLC (Tráfico Libre de Conocimientos) y coordina el Laboratorio Imágenes en Movimiento del Centro Multimedia, Centro Nacional de las Artes (CENART).

Gloria Patricia Cerón Bastidas

Enfermera, Magíster en Salud Pública, especialista en Gerencia de la Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad, especialista en Docencia Universitaria. Actualmente es docente y coordinadora de prácticas académicas del Programa de Tecnología en Promoción de la Salud de la Universidad de Nariño, Colombia. Es estudiante del doctorado en Ciencias de la Educación que es ofertado por la Universidad de Nariño, en convenio con la Red de Universidades Estatales de Colombia (Rudecolombia).

Georgina Contreras Landgrave

Maestra en Administración en Sistemas de Salud por la UAEM y Doctora en Ciencias en Salud Colectiva por la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM). Profesora de tiempo completo de la Licenciatura en Educación para la Salud, UAEM. Profesora en la Maestría de Salud Familiar y Comunitaria y Maestría en Administración, UAEM. Profesora de la Maestría y el Doctorado en Administración de Hospitales y Salud Pública por el Instituto de Estudios Superiores en Administración Pública (IESAP).

Cristiane Costa da Cunha Oliveira

Graduada en Odontología por la Universidad Federal de Sergipe (UFS), campus São Cristovão en Aracaju, Sergipe, Brasil. Maestra en Odontología (Odontología Preventiva y Social) y Doctora en Odontología (Salud Pública), ambos, por la Universidad de Pernambuco (UPE) en el campus en Recife, Brasil. Es profesora de los programas de posgrado, maestría y doctorado en Salud y Medio Ambiente en la Universidad de Tiradentes (UNIT) en el campus de Farolândia en Aracaju, Sergipe, Brasil, así como investigadora en el Instituto de Tecnología e Investigación Institucional (ITPI), en Aracaju, Sergipe, Brasil. Tiene experiencia en odontología y salud pública, en los siguientes temas: salud y medio ambiente, salud oral, promoción de la salud, salud pública, epidemiología y bioestadística. Es la líder de grupo de investigación en Salud Colectiva en la UNIT.

Ana Cristina Flores Grimaldo

Enfermera General por el Centro de Bachillerato Tecnológico (CBT) Núm. 1 “Refugio Esteves Reyes”, estudiante de la Licenciatura en Enfermería de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM. Licenciada en Educación para la Salud de la UAEMEX. Promotora por la Salud Colectiva en el Programa de “Sembrando salud en la niñez” de la alcaldía de Tlalpan, miembro activo de la asociación civil Compromiso Universitario por la Salud (CUS) y coordinadora de Educación para la Salud y Pedagogía. Miembro de la RED IDEA de la Facultad de Estudios Superiores (FES) Zaragoza.

Denise Freitas Resende

Estudiante de enfermería en la Universidad de Tiradentes (UNIT), campus de Farolândia en Aracaju, Sergipe, Brasil. Miembro de la Liga Académica y Enfermería Dermatológica y del programa de iniciación científica y del grupo de investigación en Salud Colectiva de la UNIT. Sus principales líneas de investigación se encuentran en los campos de epidemiología, salud pública, educación para la salud y salud de adultos.

Zigma Nayeli Hernández Gómez

Licenciada en Nutrición y estudiante de la Maestría en Ciencias de la Salud con especialidad en Salud Pública por la UAZ “Francisco García Salinas”. También ejerce como nutricionista dietética en forma independiente. Posee experiencia en proyectos de investigación de intervenciones educativas en alimentación vinculada a tiendas escolares y cafeterías. Ha participado en diversos foros de divulgación científica.

Maritza Ingram Calderón

Licenciada en Educación en la especialidad de Biología. Especialista en Promoción y Educación para la Salud. Profesora e investigadora de la Universidad de La Habana, Cuba. Doctorante en el programa de Ciencias de la Salud de la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP) de Cuba en el tema de Comunidad Saludable y Desarrollo Local, facilitadora latinoamericana en intervención social, transformación y formulación de proyectos con enfoque de género y juventud.

Tania Eréndira León Luna

Licenciada en Promoción de la Salud por la UACM. Líneas de investigación: derecho a la atención de la salud reproductiva, derechos sexuales y reproductivos, violencia de género, coerción sexual, y salud sexual y reproductiva en la política de salud. Experiencia laboral: diseño, implementación y análisis de intervenciones pedagógicas en materia de derechos sexuales y reproductivos, así como modalidades y tipos de violencia con mujeres adolescentes, en proyectos con el Gobierno del Estado de México.

Claudia Alicia López Ortiz

Maestra en Educación por la Universidad Autónoma de Fresnillo, Zacatecas, México, profesora-investigadora del Colegio de Ciencias y Humanidades en la Licenciatura de Promoción de la Salud de la UACM. Sus líneas de investigación son sobre formación de recursos humanos, desigualdades sociales y salud, desarrollo de material táctil y estrategias de enseñanza aprendizaje para estudiantes con discapacidad visual.

Mariana Medina Robles

Licenciada en Promoción de la Salud por la UACM, estudiante de la Maestría en Medicina Social en la UAM. Sus líneas de investigación son sobre condiciones de vida, políticas de salud, servicios de salud y justicia distributiva en salud.

Juan Manuel Mendoza Rodríguez

Doctor en Ciencias en Salud Colectiva. Profesor-Investigador del Colegio de Ciencias y Humanidades en la Licenciatura de Promoción de la Salud de la UACM. Sus líneas de investigación son sobre determinantes sociales de enfermedades crónico degenerativas, fenomenología y hermenéutica del proceso salud-enfermedad, así como filosofía e historia de la medicina.

Anadshieli Morales Celaya

Licenciada en Psicología Social por la UAM y Promotora en Derechos Sexuales y Reproductivos por la UACM. Especialista en Derechos Sexuales y Reproductivos de las Mujeres y Género. Colabora en la agencia de noticias NotieSe y el Suplemento Letra S del periódico *La Jornada*. También ha colaborado en distintos proyectos para la UNAM, la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas (CEAV) y el Consejo Estatal de la Mujer del Estado de México. Es fundadora e integrante del Grupo Derechos, Géneros e Identidades (DEGEDI) A.C.

Melissa Ricaurte-Cepeda

Psicóloga de la Universidad de Nariño, Colombia, Magíster en Psicología por la Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM), México. Es miembro del grupo de investigación de Salud Pública de la Universidad de Nariño, Colombia, y actualmente coordina el Programa de Maestría en Salud Pública del Centro de Estudios en Salud de la Universidad de Nariño (CESUN), Colombia. Ha desarrollado procesos de investigación principalmente en las líneas de promoción, prevención y procesos comunitarios en salud.

Dellanira Ruiz de Chávez Ramírez

Doctora en Ciencias de la Salud en el Trabajo por la Universidad de Guadalajara. Es docente-investigadora de la Maestría en Ciencias de la Salud, por la misma casa de estudios. Pertenece al Cuerpo Académico Consolidado —Salud y Medio Ambiente- CA-UAZ-221. Su línea de investigación es la salud en el trabajo. Es integrante de la Asociación Mexicana de Escuelas de Salud Pública (AMESP). Posee el Perfil PRODEP, con publicaciones en revistas arbitradas e indexadas, capítulos de libros y con participaciones en foros de divulgación.

Pedro Venicius Santos Lima

Estudiante de enfermería en la Universidad de Tiradentes (UNIT), en el campus de Farolândia en Aracaju, Sergipe, Brasil. Director de actividades prácticas en la Liga Académica de Enfermería en Enfermedades Infecciosas en la UNIT. Miembro del programa de iniciación científica y del grupo de investigación en Salud Colectiva de la UNIT. Sus principales líneas de investigación se encuentran en los campos de epidemiología, salud pública, educación para la salud y salud de adultos.

Blanca Itzel Solano Hernández

Licenciada en Nutrición y Maestra en Ciencias de la Salud con especialidad en Salud Pública por la UAZ “Francisco García Salinas”. Actualmente, realiza cápsulas informativas en medios digitales sobre alimentación saludable, estilo de vida y recetas de lonchera para niños en edad escolar. Posee experiencia en intervenciones educativas para manipuladores de alimentos de tiendas escolares y cafeterías. También brinda atención, asesoría y servicio en nutrición de forma independiente y ha participado en diversos foros de divulgación científica.

Sammara Yale Suárez García

Licenciada en Promoción de la Salud por la UACM. Actualmente estudia la maestría en Salud Pública en el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) en Morelos, México, con el fin de adquirir más habilidades que le permitan desempeñar un mejor papel en el área de la salud.

Ana Laura Valencia Díaz

Licenciada en Promoción de la Salud por la UACM. Su principal línea de investigación es sobre los determinantes del proceso salud-enfermedad por género y cultura en adultos mayores. Ha sido profesora de asignatura en la Licenciatura de Promoción de la Salud adscrita al Colegio de Ciencias y Humanidades de la UACM. Actualmente es profesora de la Licenciatura en Medicina Integral y Salud Comunitaria de la Escuela de Medicina Integral y Salud Comunitaria de Tlalpan, Ciudad de México (EMISC).

Ángel Alfonso Ximelis Morales

Doctor en medicina. Especialista 1^{er} grado en Medicina General Integral. Máster en Medicina bioenergética y natural. Profesor asistente de la Universidad de Ciencias Médicas Santiago de Cuba, Cuba. Investigador con experiencia en la docencia y la atención comunitaria a personas viviendo con VIH, miembro de GPESIDA, Cuba.

María Clara Yépez Chamorro

Enfermera, Magíster en Ciencias Biomédicas por la UNAM, Magíster en Salud Pública por la Universidad del Valle, Colombia. Dirige el grupo de investigación Salud Pública de la Universidad de Nariño, Colombia, clasificado en categoría B de COLCIENCIAS. Actualmente se desempeña como directora del Registro Poblacional de Cáncer del municipio de Pasto, Colombia, y es docente del Programa Promoción de la Salud de la Universidad de Nariño. Ha desarrollado procesos de investigación en las líneas de promoción de la salud y prevención, prevención en cáncer y salud ocupacional, con importantes contribuciones en la salud y el bienestar de las comunidades de Nariño.

Crítica reflexiva a los programas de intervención pedagógica federal en el ámbito de la sexualidad

TANIA ERÉNDIRA LEÓN LUNA
ANADSHIELI MORALES CELAYA

El desconocimiento de los estereotipos de género, la violencia física, psicológica, sexual, económica y patrimonial hacia las adolescentes indígenas permite aceptar los actos como “normales” sin llegar a debatirlos. Estos contextos se ven reflejados en el Diagnóstico con perspectiva de género de la situación y condición de las mujeres indígenas de las cinco principales etnias en el Estado de México. Ante este panorama, se llevaron a cabo cinco talleres con actividades relacionadas con el conocimiento y reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes, en comunidades con presencia indígena, con el fin de identificar y evitar problemáticas relacionadas con su ejercicio y asimismo, contribuir con acciones específicas para reflexionar sobre el embarazo adolescente y la violencia de género para su prevención en el Estado de México desde el Programa de Apoyo a las Instancias de Mujeres en las Entidades Federativas (PAIMEF, 2017).

PALABRAS CLAVE: sexualidad, intervención pedagógica, programas gubernamentales, salud, reflexión crítica

Reflective criticism of the federal pedagogical intervention programs about sexuality

Ignorance of gender stereotypes as well as physical, psychological, sexual, economical and property-related violence towards female indigenous teenagers leads to acceptance of actions as “normal”, without further discussion. These contexts are present in the Diagnosis with gender perspective of the state and conditions of the indigenous women of the five main ethnic groups in Estado de Mexico. Given these settings, five workshops were carried out that included activities related to knowledge and acknowledgment of sexual and reproductive rights of female teenagers in communities with indigenous presence, in order to identify and prevent issues related with their exercise, as well as contributing with specific actions to reflect on teenager pregnancies and gender violence, for its prevention in Estado de México, within the Programa de Apoyo a las Instancias de Mujeres en las Entidades Federativas (PAIMEF, 2017).

Keywords: Sexuality, pedagogical intervention, government programs, health, critical reflection

Introducción

Las intervenciones pedagógicas con perspectiva de género dirigidas a mujeres se plantean ante la necesidad de incidir en contextos donde conviven distintas formas y modalidades de violencia. Sin embargo, quienes tienen mayores privilegios en términos de la recepción de programas que cubren tal temática, son básicamente personas que residen en la Ciudad de México o en centros urbanos en crecimiento.

La iniciativa educativa de instancias administrativas del Gobierno del Estado de México tiene un mérito significativo, al colocar en la mira a grupos de hombres y mujeres adolescentes que viven en sitios lejanos a cabeceras municipales o zócalos con recursos para enriquecer el desarrollo de su sexualidad o despejar dudas en entornos confiables.

Lo anterior sin duda se manifiesta como una oportunidad excelente de acercamiento y trabajo con quienes suele relegarse o dejar su aprendizaje en manos de medios cibernéticos, incluso sin la posibilidad de una retroalimentación estimulante para las y los adolescentes.

En su caso, el Instituto de Desarrollo Social (Indesol) y la Secretaría de Desarrollo Social (Sedesol), en coordinación con el Consejo Estatal de la Mujer y Bienestar Social del Estado de México (CEMYBS), solicitó trabajar una serie de tópicos, en específico con el tema de derechos sexuales y reproductivos, embarazo adolescente y violencia de género en distintos municipios del lugar por medio del Programa de Apoyo a las Instancias de Mujeres en las Entidades Federativas (PAIMEF, 2017), cuyo objetivo es promover la formulación e implementación de políticas públicas a escala

estatal para la prevención y atención de la violencia contra las mujeres.

Ante este contexto, se llevaron a cabo cinco talleres con actividades relacionadas al conocimiento y reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes en comunidades con presencia indígena, con el fin de identificar y evitar problemáticas relacionadas con su ejercicio y asimismo, contribuir con acciones específicas para reflexionar sobre los temas mencionados para su prevención en el Estado de México.

Los municipios con los que trabajamos fueron Almoloya de Juárez, Temascaltepec, San José del Rincón, Temoaya y San Felipe del Progreso. A las adolescentes se les administraron dos evaluaciones de conocimientos sobre el tema, al principio y final de las dos sesiones de taller, además de una encuesta de satisfacción.

Finalmente, los resultados que tuvieron mayor impacto corresponden a los conocimientos sobre la definición de género, donde hay ambigüedad entre construcción social y características biológicas. Es decir, no hubo diferencias significativas al comienzo y fin del taller. Nos encontramos ante un conocimiento poco profundo respecto a los derechos sexuales y reproductivos; no obstante, se logró que al final pudieran identificarlos. También se identificaron resultados favorables en cuanto a las consecuencias del embarazo adolescente.

Es preciso resaltar que durante todo el proyecto contamos con la supervisión de personal de áreas de atención a la mujer y educativas. Si bien, entendemos que forma parte del protocolo, también observamos que obstaculizó el proceso dinámico que requiere el desarrollo de los temas a tratar. Por tal motivo, este trabajo cuenta con la reflexión y crítica de dicho proce-

so de intervención pedagógica en campo bajo las indicaciones y condiciones propias del proyecto, aunadas a las del personal administrativo y la interacción con las adolescentes.

Derechos sexuales y reproductivos: ¿ciudadanía en construcción?

¿Cuánto tardamos en construir ciudadanía? En otras palabras, ¿en qué tiempo podemos considerar que somos capaces no solo de conocer, sino de reconocer los derechos que atraviesan nuestra existencia entera?

La adolescencia es un momento de incipiente inquietud, y donde la sexualidad cobra una ferviente relevancia. Así que probablemente sea un período clave para experimentar esa construcción de ciudadanía referente a los derechos de la sexualidad y reproducción. Aunque la pregunta es: ¿cuánto tiempo tarda eso en ser viable? Un taller de 10 horas una vez en la vida sin retroalimentación posterior, ¿podría servir?

En nuestra experiencia con actividades educativas, es claro que sirve, pero no a un propósito tan ambicioso como lo es la ciudadanía sexual adolescente. Estamos convencidas de que una diligencia que involucre la salud sexual y reproductiva de cualquier ser humano no debe ser tomada a la ligera o ser solo un dato para embellecer algún informe oficial.

Es decir, trabajar con cualquier grupo y mantener la intencionalidad de que experimente un cambio de actitud y pensamiento es una tarea ardua, misma que requiere tiempo y tacto para saber de qué forma las y los participantes de talleres, cursos o dígame cualquier otra intervención pedagógica, responden, se integran y colaboran con su propio aprendizaje.

Es indispensable no únicamente considerar a las adolescentes como espectadoras del proceso; esto no es lo que buscamos en nuestro desarrollo en campo. Ellas conforman la base de la cual se parte para emprender la reflexión o al menos la discusión de los temas elegidos. Aun con esto, seleccionar de forma arbitraria los contenidos del taller, impregna una atmósfera impositiva y que limita una parte fundamental de la interacción con el grupo. Es importante brindar el espacio para conocer sus necesidades y poder partir de ahí para que el trabajo en conjunto sea significativo.

Los derechos sexuales y reproductivos en particular son una especie de catecismo que se imparte de forma automática pensada en memorizarlos. Retomando a Freire, como promotoras y educadoras en sexualidad y derechos sexuales y reproductivos para jóvenes, alfabetizar en temas de su interés y conocimiento empírico para desencadenar actos creadores debe ser nuestro eje central. De otro modo, reproducimos el esquema de almacenamiento de información sin encontrarle la relevancia en la vida.

Este trabajo permitió, de forma emergente, el abordaje de tales derechos desde la creación y recreación o enriquecimiento que hacen las adolescentes de su mundo natural representado en sus contextos cotidianos. Así pues, derechos como el derecho a decidir tener o no hijos, cómo, cuándo y con quién, al placer sexual, a contraer o no matrimonio, a una vida libre de violencia, a la protección de la salud reproductiva, tomaron énfasis, puesto que sus vivencias les permitieron identificarlos, aunque en mayor medida con ejemplos desafortunados.

En el diálogo se favorece la captación de la problemática de los derechos sexuales y reproductivos, así como su importancia. Es necesario profundizar ese diálogo para que se generen los primeros indicios

críticos de la situación que experimentan día a día en los espacios como la escuela, la casa, centros médicos y de convivencia con sus pares. El inconveniente en este tipo de intervenciones es, básicamente, que no logramos llegar al punto reflexivo que genere la “conciencia crítica” (Freire, 1985) en las adolescentes. Es decir, “...a la representación de las cosas y de los hechos como se dan en la existencia empírica, en sus correlaciones causales y circunstanciales” (Vieira en Freire, 1985, p. 101).

En el transcurso de las sesiones de taller procuramos, con los recursos y tiempo limitados, superar la “conciencia mágica [misma que] no se considera superior a los hechos, dominándolos desde afuera, ni se juzga libre para entenderlos como mejor le agrada. Simplemente los capta, otorgándoles un poder superior al que teme porque la domina desde fuera y al cual se somete con facilidad” (Freire, 1985, p.102). Y desafiar las barreras de lenguaje, creencias religiosas, imposiciones educativas y familiares, esto es, su contexto sociocultural.

Por ello, como equipo de trabajo en cualquier momento, pero con justa razón, más en este caso, buscamos “...intentar una educación que fuese capaz de colaborar... en la indispensable organización reflexiva de su pensamiento. Educación que pusiese a su disposición medios con los cuales fuese capaz de superar la captación mágica o ingenua de su realidad y adquiriese una predominantemente crítica” (Freire, 1985, p.102).

La experiencia de trabajo en campo en el Estado de México, con todo el aparato burocrático que “planifica, implementa y evalúa” la forma de trabajar un componente indisoluble de la vida de las personas, deja a la reconsideración “...un método activo que fuese capaz de hacer [críticas a las adolescentes] a través del debate en grupo de situaciones desafiantes, estas situaciones tendrían que ser existenciales para tales grupos. De otra manera, estaríamos repitiendo los errores de una educación alienada, sin lograr que sea instrumental” (Freire, 1985, p.103).

El *deber ser* de los derechos sexuales y reproductivos

En México las y los adolescentes engloban a 22.4 millones de personas del total de la población, según datos oficia-



les del Gobierno de la República (2018). El embarazo adolescente comenzó a mirarse como un problema de salud pública gracias a los altos índices en los que jóvenes de 12 hasta 16 años se embarazaban. Desde la academia y la sociedad civil, surgieron esfuerzos por explicar las razones y entender dicha problemática. Por su parte, la ENAPEA (Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en la Adolescencia, 2015) surgió para que, desde diferentes propuestas, se lograra reducir la maternidad adolescente que traía consecuencias graves a las mismas como la muerte materna, interrupción de vida escolar y violencia comunitaria. “La meta establecida para el año 2030 es erradicar los nacimientos en niñas de 10 a 14 años y reducir en un 50% la tasa específica de fecundidad de las adolescentes de 15 a 19 años” (ENAPEA, 2018).

Ante este contexto, distintas instituciones ponen de manifiesto proyectos como el desarrollado por nosotras, en donde hablar de derechos sexuales, reproductivos y humanos, así como de violencia de género y discriminación se vuelve la bandera para encaminar el trabajo de prevención del embarazo adolescente.

La evidencia científica dictamina que mientras se hable de educación sexual integral a las personas desde la infancia, ejercerán mejores decisiones sobre planificación familiar, el placer, el uso de métodos anticonceptivos correctos, el autocuidado y respeto del cuerpo (Del Castillo, 2000); sin embargo, en cuanto desarrollamos los talleres nos encontramos con una doble moral que invalidaba ciertos aspectos de los temas.

En nuestro caso algunos tópicos a los que hacíamos referencia durante los talleres para llevar a cabo el programa se encaminaron más allá de los grandes temas; específicamente, a identificar relaciones sin

violencias, desde formas físicas hasta simbólicas. Asimismo, se hablaba de masturbación, autoplacer, machismo, amor romántico, coerción sexual, diversidad sexual, uso de métodos anticonceptivos y deconstrucción de la virginidad como constructo social, entre otros, que no solo surgían de lo propuesto en las cartas descriptivas que nosotras facilitábamos, sino de las inquietudes de las adolescentes.

Siguiendo la ruta institucional, al terminar todos y cada uno de los talleres, quienes nos supervisaban comentaban la negativa para hablar de temas que no fueran derechos sexuales y reproductivos, embarazo adolescente y violencia de género, fuera del marco biomédico e institucional. Para las supervisoras, no era necesario hablar de diversidad sexual, mostrar un condón para hombre y el uso gráfico (más no pornográfico) del mismo, la masturbación y el placer sexual o bien, el feminicidio, puesto que no estaban en las cartas descriptivas. “No hables de eso, apégate a lo que dice la carta”, “¿cómo muestra un condón?”, “¿para qué dice eso?” (al referirnos a la interrupción legal del embarazo), eran algunos de los argumentos que nos exponían las supervisoras del CEMYS.

Ya no es la sexualidad como tal lo cuestionado, sino la “molestia” personal ocasionada por las agresiones verbales: el psicologismo gana sobre el moralismo, la protección sobre el ideal, los deberes de la virtud han sido reemplazados por la exigencia individualista de las mujeres a ser respetadas, a no ser agredidas, a no sufrir la violencia masculina, aunque solo sea de lenguaje. No asistimos a la rehabilitación del puritanismo culpabilizador de la carne, sino a la ampliación postmoralista de la demanda de respeto de los derechos subjetivos (Lipovetsky, 1994, p. 65).

Sobre el planteamiento de Lipovetsky reflexionamos acerca de las siguientes preguntas: ¿cuál es la postura de la institución ante las problemáticas que emergen en el embarazo adolescente?, ¿cómo consideran una buena práctica para hablar de derechos sexuales y reproductivos?, ¿en dónde o a quién le pertenece la selección sobre lo que deben saber las adolescentes y aquello de lo que no se debe hablar?

Prevenir la violencia de género, problema estructural

Los programas federales en materia de violencia de género se enfocan en prevenir, sancionar y erradicar esta violencia desde diferentes aristas. Por tanto, se pensaría que quienes desarrollan los proyectos, así como quienes se encargan de supervisarlos, emplean mecanismos de acción que acompañan todas y cada una de las estrategias encaminadas a una vida libre de violencia.

Sin embargo, no todas las personas que fungen como intermediarias entre las instancias de las mujeres (encargadas de la logística de los programas) y las instituciones federales actúan en un marco de lo que en el contexto feminista denominan “sororidad”, empatía, solidaridad o bien, respaldo y respeto de estas ante las y los capacitadores. Tal como lo menciona Velázquez (2003, p. 215), “las violencias que se ejercen cotidianamente en el interior de la familia, en los espacios de trabajo, de estudio, en los consultorios y/o calle suelen ser silenciadas” y hasta naturalizadas al grado de extrañarse cuando alguien alza la voz y exige respeto.

Durante el desarrollo de esta “meta” pudimos observar algunas violencias que parecieran paradójicas con nuestro objetivo: por un lado, la prohibición para hablar de

algunos temas mencionados con anterioridad y por otro, episodios que atentan contra la integridad de las facilitadoras desde el personal institucional (escolar y estatal). No hablamos de violencias físicas, lo que queremos describir es la noción de la violencia simbólica (Bourdieu, 1999) entre las personas que se dicen entender, investigar y capacitar en materia de género, hacia aquellas que emplean la teoría de género como herramienta para prevenir la violencia, nosotras.

¿Qué se hace cuando el personal escolar te acosa en el que se supone, es tu espacio de trabajo?; ¿qué hacer cuando la institución no te respalda ante alguna situación de violencia? Si la institución estatal es intermediaria entre el proyecto a realizar y tu integridad física, ¿puede cualquier violencia justificarse antes que *quedar mal* como institución? Ante nuestra mirada, las respuestas se conducen por un eje de defensa de derechos para todas las personas. No obstante, el CEMYBS como instancia de gobierno —de la mujer— que trabaja con género, derechos humanos y defensa ante la violencia contra las mujeres, no se condujeron de acuerdo a su misión al permitir contextos en los que mientras capacitábamos, sucedían violencias de personas adultas pertenecientes a instituciones de gobierno que reproducían prácticas discriminatorias concretas.

No hablamos de un confort para trabajar en campo, pues estamos seguras de que hacer etnografía, llegar a lugares con alta marginación (por no describir los caminos que nos llevaron hasta allá) y hablar de violencias, no crea un paraíso mágico. Por el contrario, conocemos bien que son experiencias que requieren profesionalismo y conocimiento de los temas; sin embargo, los operadores de las instituciones encargadas de la prevención, supervisión y

asistencia durante el proyecto carecían de dichos elementos, lo que permitía guiarlos con un velo de incapacidad para actuar ante las violencias que se cometían.

—Me dijeron que una niña ya se fue a quejar con el director porque le gritaron, dice que le dijeron que no están con niñas estúpidas que no se saben comportar.

—No le dije eso, sí le dije que no estábamos con infantes para estarles llamando la atención a cada momento. Nosotras también tenemos quejas: nos acosan los alumnos, nos chiflan, el director hace alusión a nuestra falta de capacidad para el taller y también nos acosa, como le respondimos que somos profesionales y podemos llevar a cabo el trabajo, ahora le da la razón a su alumnado, sobre todo, a la alumna que me faltó al respeto cuando me dijo “¡puta madre!” al momento de cambiarla de lugar por estar distraído a sus compañeras y no poner atención; ¿qué se hace en esos casos?

—Pues... Más que nada, nosotros tenemos que entender cómo son las dinámicas y si una niña se va a quejar nos mete en problemas porque ya luego se meten los papás y me dice el director que aquí [Temascaltepec] son muy violentos y pues si la escuela les dice algo ellos se van a defender y después van con el Consejo y entonces el Consejo queda mal.

(Diálogo entre nosotras en compañía de las psicólogas que nos supervisaban y pertenecía al CEMyBS. Noviembre, 2017).

Lo anterior es una muestra mínima de cómo el hecho de trabajar con el género no necesariamente apela a éste cuando existe una violencia que lo enmarca y, más importante aún, pugna por un silencio ante una violencia sexual, por no

mencionar la comunitaria, que implica que los escenarios de violencia contra las mujeres carecen de acciones eficientes que actúen en favor de la impunidad y sean más solidarios. En palabras de Hammed (2015, p. 286), “la solidaridad involucra compromiso y trabajo, así como el reconocimiento de que, aunque no tengamos los mismos sentimientos, o las mismas vidas, o los mismos cuerpos, vivimos en un terreno común”, en el cual en ocasiones se apela más a un juicio de valor (institucional) que aboga por el silencio, que a un juicio humano que exija justicia.

Reflexiones finales

Las adolescentes encontraron como palabra generadora “el cuerpo, su cuerpo”, entendiéndolo como la vía por la cual se erigen sus derechos, gracias a la discreta reflexión de que un cuerpo y la composición del mismo, mueven diversos aspectos de la vida cotidiana en diferentes niveles: individual, social y estructural. Se entendió que el cuerpo es la herramienta clave con la que pueden conocer sus derechos, expresarlos, experimentar su ejercicio y goce, así como fungir como la manifestación de lo que quieren y desean.

Esta palabra generadora les permitió comprender de una forma menos “escandalizada” el autoconocimiento de su cuerpo, además de adoptar medidas de autocuidado como la toma de decisiones respecto a su sexualidad. Se posicionó a la autonomía del cuerpo y la mente, la reivindicación y el ejercicio de una sexualidad y reproducción libre y responsable, en un punto menos de juego o broma y más como herramienta para tener experiencias gratas de vivir.

En tanto que las adolescentes lograron captar la esencia de los temas, comenzaron

a generar sus propios esquemas mentales de los derechos sexuales y reproductivos, permitiendo, en un primer momento, evidenciar que existen otras posibilidades de ejercer la sexualidad, donde sean ellas con sus propios recursos, comenzando con el entendimiento y reflexión propios, quienes posicionen su papel activo en los espacios comunes en su entorno. Y ello, abriendo la puerta a esa ciudadanía sexual adolescente, y desestigmatizando la figura que se ha creado sobre ellas.

Consideramos que para prevenir cualquier tipo de violencia que englobe los embarazos adolescentes o cualquier otro fenómeno que conlleve un problema en la persona y su sociedad, se debe suprimir la lógica de lo bueno y de lo malo, lo correcto y lo incorrecto y, sobre todo, en temáticas que apelan a diferentes visiones del mundo, exigir un análisis contextual de fondo para enmarcar la ciudadanía, el autocuidado, el placer y en sí, una sexualidad informada e integral sin importar que la guía sea una institución gubernamental, la sociedad civil o ambas.

Finalmente, si la educación es una práctica para la libertad, debemos preguntarnos sobre los límites que existen en la puesta en marcha de los programas pensados para formar sujetos libres y pensantes —pues esto argumentan sus metas y objetivos—, a la par de las trabas para quienes ejercemos, o al menos hacemos el mayor esfuerzo de llevar a la praxis una pedagogía que interactúe, conozca y se involucre con las personas para diseñar herramientas realmente útiles, que optimicen todos los recursos implicados.



Referencias

Ahmed, S. (2015). Vínculos feministas. En *La política cultural de las emociones* (pp. 255-286). México: Programa Universitario de Estudios de Género (PUEG). Universidad Nacional Autónoma de México.

Del Castillo Troncoso, A. (2000). “La polémica en torno a la educación sexual en la ciudad de México durante la década de los años treinta”. *Estudios Sociológicos*, 18(1). Recuperado el 18 de agosto de 2018, desde <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=59805207>.

Freire, P. (1985), *La educación como práctica de la libertad*. México: Siglo XXI.

Lipovetsky, G. (1994), “Edén, edén: el nuevo orden amoroso”. En *El Crepúsculo del deber* (pp. 46-67). Barcelona: Anagrama.

Velázquez, S. (2003). Los profesionales frente a la violencia de género. En *Violencias cotidianas, violencia de género. Escuchar, comprender, ayudar* (pp. 215-222). México: Paidós.

Fortalecimiento de redes comunitarias para la transformación de problemáticas en salud en los corregimientos de Jamondino y Catambuco del municipio de Pasto, Colombia

MARÍA CLARA YÉPEZ CHAMORRO
MELISSA RICAURTE CEPEDA

Las problemáticas psicosociales de las comunidades requieren de una comprensión positiva, holística y compleja de la salud, que además oriente el desarrollo de las estrategias de la Carta de Ottawa. **Objetivo:** Promover el fortalecimiento de redes comunitarias para la prevención y mitigación del consumo de drogas y de la conducta suicida en los corregimientos de Jamondino y Catambuco del municipio de Pasto, Colombia. **Métodos:** Estudio cualitativo con enfoque de investigación acción, en el que participaron 615 personas. Las técnicas de recolección de información e intervención fueron grupos focales y talleres participativos. **Resultados y conclusiones:** La superación de estas problemáticas implica trascender el plano informativo y de medidas descontextualizadas centradas en la enfermedad, para desarrollar procesos participativos, orientados a la promoción de la salud y el fortalecimiento de los recursos comunitarios, el trabajo interdisciplinar e intersectorial, la construcción de redes de apoyo y el reconocimiento de las capacidades humanas.

PALABRAS CLAVE: Consumo de SPA, conducta suicida, promoción de la salud, participación, organización comunitaria

Strengthening of community networks for the transformation of health problems in the *corregimientos* (sub-municipalities) Jamondino and Catambuco of Pasto municipality, Colombia

The psychosocial problems of the communities require a positive, holistic and complex understanding of health to guide the development of the strategies of the Ottawa Charter. Objective: To promote the strengthening of community networks for the prevention and mitigation of drug use and suicidal behavior in the Jamondino and Catambuco corregimientos of the Municipality of Pasto, Colombia. Methods and results: Qualitative study with an action research approach, in which 615 people participated. The techniques for collecting information and intervention were focus groups and participatory workshops. Conclusions: The overcoming of these problems implies transcending the information plan and decontextualized measures centered on the disease, in order to develop participatory processes focused on the promotion of health and the strengthening of community resources, interdisciplinary and intersectoral work, the construction of support networks and the recognition of human capacities.

Keywords: SPA consumption, suicidal behavior, health promotion, participation, community organization

Introducción

El consumo de sustancias psicoactivas (SPA) es una problemática de salud pública de gran impacto para la salud y el bienestar de los ciudadanos, la cual tiene implicaciones en las esferas personal, familiar, comunitaria y social. De acuerdo con el Informe Mundial Sobre las Drogas 2017, se estima que, a escala mundial, aproximadamente 275 millones de personas en edades comprendidas entre 15 y 64 años consumieron al menos una droga en 2016. El consumo de SPA se ha asociado con enfermedades como VIH, hepatitis, tuberculosis y trastornos psicosociales, que en algunos casos ocasionan muertes prematuras y discapacidad: “Unos 31 millones de personas que consumen drogas padecen trastornos derivados de ello, lo que significa que ese consumo es perjudicial hasta el

punto de que podrían necesitar tratamiento” (Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito [UNODC], 2018, p. 1).

En las Américas, el consumo de SPA legales e ilegales genera mayores niveles de mortalidad y discapacidad que en el resto del mundo y se considera como un factor de riesgo para enfermedades y problemáticas sociales como suicidio, accidentes de tránsito y violencia (Organización de los Estados Americanos [OEA], 2013).

En Colombia, el consumo de SPA está creciendo, no solo por el incremento de personas consumidoras sino, además, por las drogas emergentes, sustancias diferentes que diversifican el mercado ilegal de drogas (Observatorio de Drogas de Colombia, 2017). En el Reporte de Drogas de

Colombia 2017, se señala a la marihuana como la sustancia de mayor consumo, seguida por la cocaína, el basuco y el éxtasis.

De igual manera, se reconoce que el consumo de alcohol se presenta en cerca de la mitad de la población y no menos de la quinta parte se encuentra en situación de riesgo o con problemas asociados a su abuso. “El consumo de alcohol está directamente relacionado con la edad y el año escolar, mientras que el 20% de estudiantes de 11 y 12 años reporta consumo de alcohol en el último mes, la cifra se eleva al 43% entre los estudiantes de 13 y 15 años, llegando al 58.16% en el grupo de 16 a 18 años” (p. 29).

El conflicto armado en el país ha favorecido la oferta y la demanda de drogas; según UNODC (2018), la mayor parte de la cocaína que se consume en el mundo procede de Colombia. A su vez, “los departamentos de Nariño, Putumayo, Norte de Santander y Cauca concentran el 72% de toda la coca sembrada en el último año en el país. El 48% (70,579 hectáreas) se encuentra en 10 municipios de cuatro departamentos del país” (Observatorio de Drogas, 2017, p.20). Es necesario señalar que la producción de sustancias ilícitas por parte de los grupos que se encuentran al margen de la ley en estos departamentos ha ocasionado, entre otras problemáticas, desplazamientos forzados de poblaciones, segregación, violencia e incremento del consumo de drogas; este es el caso del Departamento de Nariño, en el que se ha evidenciado un crecimiento considerable en la tasa de consumo de drogas ilícitas, por encima del promedio nacional (Ministerio de Justicia y del Derecho, Observatorio de Drogas de Colombia y Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

El municipio de Pasto está ubicado en la región suroccidental de Colombia, en

medio de la cordillera de los Andes, en el macizo denominado Nudo de los Pastos. “Tiene una extensión total de 1,131 km², de los cuales el 2.3 por ciento (26.4 km²), corresponden al área urbana y el porcentaje restante (1,104.6 km²) al área rural; en su zona urbana, cuenta con 12 comunas y en la zona rural con 17 corregimientos” (Alcaldía de Pasto, Colombia, 2016, p. 37). La investigación se desarrolló en los corregimientos de Gatambuco y Jamondino ubicados al sur y al oriente de la ciudad de Pasto con una población aproximada de 20,000 y 9,500 habitantes respectivamente (Alcaldía Municipal de Pasto, 2013).

En Pasto, Colombia, el consumo de SPA es una de las problemáticas que requiere de especial atención, debido a que se ha reportado un aumento en grupos de 11 a 18 años y que se mantiene constante en adultos. Esta problemática se evidencia en todos los estratos sociales. De igual manera, el aumento significativo en la tasa de suicidio durante el año 2015, se evidencia como una situación que debe ser atendida con un abordaje integral. (Alcaldía de Pasto, 2016). En diferentes estudios se ha identificado la relación entre el suicidio y el consumo de SPA, y se ha reconocido a este último como un factor de riesgo para la conducta suicida.

El consumo de drogas es una problemática multicausal, en la cual inciden factores personales, familiares, comunitarios, sociales, culturales, políticos y de los sistemas de salud. Entre los factores de riesgo de esta conducta, algunos autores como Ariza y Nebot (2002), Cortés, Espejo y Giménez (2007) han identificado la edad como un aspecto que puede incrementar la probabilidad de consumo; los 13 a 15 años son las edades de mayor susceptibilidad para el desarrollo de este comportamiento.

De la misma manera, se han identificado otros factores de riesgo, entre los que destacan: (a) en el ámbito personal, la curiosidad, problemas de autoestima, habilidades sociales y de salud mental (b) en el ámbito familiar, dificultades en las relaciones en el hogar y consumo por otros miembros de la familia; (c) en el ámbito relacional, la influencia de los pares, problemas de pareja, exclusión, acoso escolar; (d) en el ámbito social, el fácil acceso a las sustancias, las dificultades en el acceso a educación y salud, la escasa oferta de actividades de ocupación del tiempo libre y, en general, la desigualdad social; (e) en el ámbito cultural, la naturalización y el fomento del consumo y (f) en el ámbito político, la carencia de políticas orientadas a la promoción de la salud, el fomento del bienestar y la garantía de los derechos fundamentales de los seres humanos (Peñañiel, 2009; Villalobos, Figueroa, Quiroz, Torres, Ortiz y Rojas, 2011).

Puesto que esta es una problemática compleja, el abordaje del consumo de SPA debe trascender el riesgo e incluir la acción intersectorial, la garantía de los derechos humanos, la participación comunitaria, la inclusión social, el fortalecimiento de las habilidades psicosociales para la vida, así como el reconocimiento de las capacidades humanas.

El trabajo comunitario y la salud

La relación entre el involucramiento de las comunidades en los procesos de autocuidado y prevención de riesgos para la salud ha sido reconocida a lo largo del tiempo. La Declaración de Alma Ata en 1978 propuso a la participación comunitaria como una estrategia para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y la

definió como “el proceso mediante el cual los individuos y las familias asumen la responsabilidad ante su salud y su bienestar, así como por la salud de su comunidad, y desarrollan la capacidad de contribuir activamente a su propio desarrollo y al de su comunidad” (p. 58). Asimismo, la Carta de Ottawa (1986) estableció la importancia de la participación comunitaria en las decisiones de planificación, ejecución y control de acciones de promoción de la salud.

La participación de las comunidades en los procesos de prevención y tratamiento se ha definido como el único camino para superar las limitaciones y la inequidad en la distribución de los recursos para asegurar la meta de salud para todos (Declaración de Alma Ata, 1978). En este contexto, el fortalecimiento y consolidación de redes que se dinamizan por medio de agentes comunitarios posibilita la atención oportuna de problemáticas en salud, al ser un contacto directo y permanente entre las personas y las instituciones de salud; por tal razón, desempeñan un papel fundamental en el primer nivel de atención, al facilitar procesos orientados a la promoción de la salud, la prevención, la detección, así como la atención temprana de las enfermedades (OPS, 2010).

Pese a que se ha reconocido la importancia de la participación de las comunidades en los procesos de promoción de la salud, prevención y manejo de las enfermedades, los modelos de atención centrados en acciones individuales, intervenciones curativas y discriminaciones por sexo, raza y clase social (OMS, 2004) han limitado el desarrollo de procesos comunitarios, al desconocer la percepción de las poblaciones en torno a la salud y la enfermedad, así como las prácticas sociales, históricas y culturales que forman parte de su concepción de vida y de ser humano.

Teniendo en cuenta la problemática del consumo de sustancias psicoactivas en el municipio de Pasto, el Centro de Estudios en Salud (CESUN) de la Universidad de Nariño y la Secretaría de Salud Municipal establecieron una alianza para el desarrollo de un proceso de investigación acción que tuvo como objetivo promover el fortalecimiento de redes comunitarias para la prevención y mitigación del consumo de drogas y la conducta suicida en los corregimientos de Jamondino y Catambuco.

El proyecto tuvo una cobertura directa de 615 personas y logró la vinculación de diferentes sectores como el educativo, de salud, policía, fundaciones, iglesia, grupos juveniles y comunitarios, en pro de la construcción de estrategias que aporten a la salud y al bienestar de las comunidades.

Materiales y métodos

Este estudio se orientó bajo el paradigma de la investigación cualitativa y comprendió el conocimiento como una construcción social permanente, esto es, el reconocimiento de los miembros de las comunidades como sujetos activos y protagonistas del proceso de investigación; en este sentido, se desarrolló desde el enfoque de la investigación acción (IA), lo que permitió adelantar el trabajo investigativo combinando dos procesos: el de conocer y el de actuar, implicando en ambos a la población para el abordaje de su propia realidad.

El proyecto se desarrolló a lo largo de las siguientes fases:

FASE 1. PREPARACIÓN: Socialización del proyecto con las comunidades, instituciones de salud e instituciones educativas de los corregimientos de Jamondino y Catambuco, con el fin de realizar ajustes al proyecto, generar compromisos y acuerdos para su desarrollo e identificar actores clave.

FASE 2. DIAGNÓSTICO COMUNITARIO: Con el propósito comprender algunos elementos contextuales de las comunidades de Jamondino y Catambuco, así como aspectos relacionados con el consumo de SPA y la conducta suicida, se realizó el diagnóstico por medio de fuentes de información primarias y secundarias. Se desarrollaron dos grupos focales en cada corregimiento, en los que participaron 37 personas.

FASE 3. FORTALECIMIENTO COMUNITARIO E INSTITUCIONAL: Teniendo en cuenta las necesidades y recursos identificados, se desarrolló un proceso de intervención por medio de 16 talleres participativos (nueve en el corregimiento de Catambuco y siete en el corregimiento de Jamondino), orientados al fortalecimiento y generación de conocimientos y habilidades en torno al trabajo comunitario, las habilidades psicosociales para la vida, la promoción de la salud, la salud mental, la prevención y mitigación del consumo de SPA y la conducta suicida, con miras a la consolidación de centros de escucha comunitarios. En los corregimientos de Jamondino y Catambuco participaron alrededor de 32 personas; niños, jóvenes, líderes comunitarios, familias, agentes de policía y otros actores de las comunidades.

De igual manera, se realizó un proceso de fortalecimiento de los actores institucionales en el abordaje comunitario de problemáticas psicosociales. En este proceso participaron 22 personas de diferentes sectores: Secretaría de Salud Municipal, instituciones educativas de los corregimientos de Catambuco, Jamondino y la Laguna, fundaciones y grupos juveniles.

A continuación, se presenta un esquema del proceso:

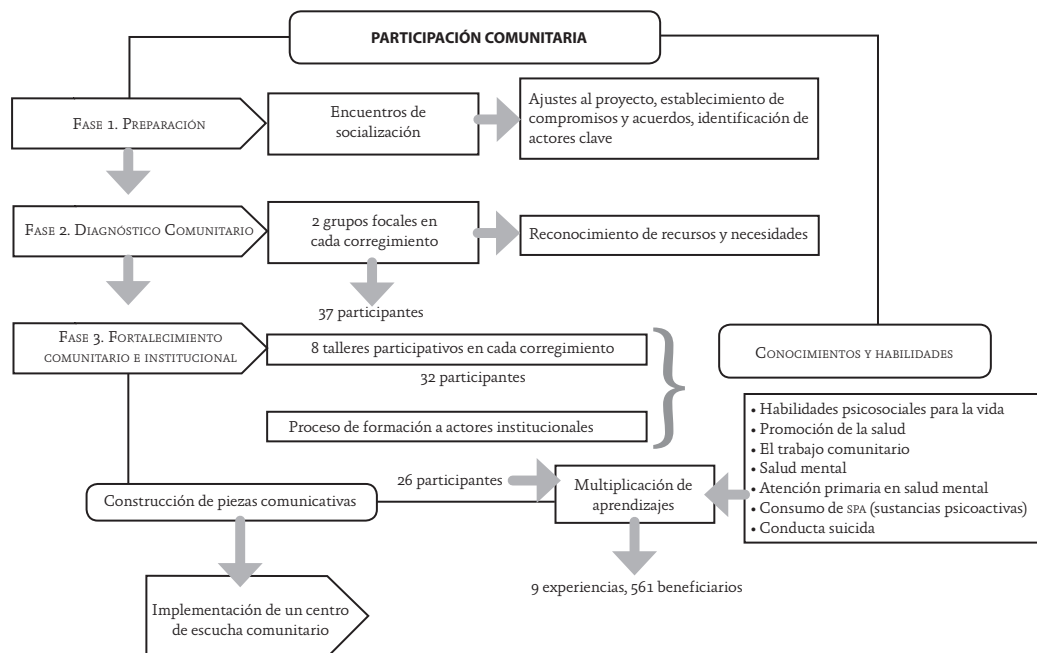


Figura 1. Fases del proyecto

Para el análisis cualitativo se hizo un vaciado constante de información en las categorías inductivas o emergentes, y se aplicó la técnica de comparación constante que consiste en comparar estos resultados con los objetivos y la teoría. Como herramienta para el análisis de la información cualitativa se utilizará el programa informático ATLAS.ti.

Consideraciones éticas

El estudio garantizó el respeto a la dignidad, la protección a los derechos humanos y el bienestar de todos los participantes. Hacer parte de esta investigación fue decisión de cada uno de los usuarios, por lo que se cuenta con el consentimiento informado por escrito de los mismos.



Resultados

Diagnóstico comunitario

RECURSOS COMUNITARIOS

En ambos corregimientos se identificó como recursos comunitarios, es decir, las fortalezas, cualidades y potencia- lidad que le permiten a una comunidad hacerle frente a sus problemas o necesidades

orientados al bienestar individual y colectivo son los siguientes aspectos:

GRUPOS COMUNITARIOS ORGANIZADOS: En los dos corregimientos se identificó que la existencia de diferentes grupos organizados y liderados por las mismas comunidades, favorecen la participación y el cuidado de la salud de las personas: “Nosotros con los muchachos organizamos un grupo de hip hop como la herramienta para quitarle el tiempo, aquí hemos hecho talleres de grafitis de hip hop, las canciones... Aquí se está descubriendo varios talentos como la aerografía, les ha gustado bastante”. Estas actividades han permitido la ocupación del tiempo libre de niños y jóvenes en torno al arte.

LIDERAZGO Y GESTIÓN: Para los participantes, el liderazgo ejercido por algunos miembros de la comunidad ha posibilitado el desarrollo de acciones y proyectos orientados a la superación de problemáticas sentidas en las comunidades: “Han empezado a surgir nuevos líderes con nuevas ideas, gente con más energía, empezaron a moverse más, a hacer más gestión, más empoderados de la problemática del corregimiento”.

MOTIVACIÓN Y COMPROMISO: Algunos participantes manifestaron cómo un recurso comunitario importante es la motivación; y el compromiso de algunas personas de la comunidad permite afrontar las problemáticas sentidas en el corregimiento: “Yo miro aquí un sentido de pertenencia [...] hay ganas de querer ayudar a la comunidad”.

PRESENCIA DE INSTITUCIONES: La existencia de instituciones educativas, un centro de salud y una sub estación de policía, entre otros, se identificó como un recurso de las comunidades para el desarrollo de acciones en pro de su bienestar: “Un recurso

valioso son las instituciones, tenemos el centro de salud, está la policía, las juntas”.

ASPECTOS QUE FAVORECEN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y LA CONDUCTA SUICIDA

El entorno familiar y comunitario: Para los participantes, los conflictos familiares, la necesidad de apoyo, atención y normas claras, se identifican como causas del consumo de SPA: “Eso se da aquí por la falta de estar apoyando a los hijos o estarlos corrigiendo, entonces que no que por las leyes [sic] y se confían, entonces principalmente es la falta de afecto, de amor”.

De igual manera, se expresó que, en algunos casos, el consumo de SPA por parte de los padres, otros familiares o amigos cercanos favorece el consumo en niños y jóvenes del corregimiento: “La mayoría de los papás trabajan en la plaza de mercado el potrerrillo [sic], entonces siempre hay conflictos, siempre están en ese ambiente, entonces ellos miran a los papás en esos pasos y se les hace normal”. El consumo de drogas en el contexto familiar o comunitario puede incrementar la probabilidad de consumo de SPA en sus miembros, y orientar a la naturalización de esta conducta así como a una baja percepción de los riesgos en la vida y en la salud de las personas.

También se identificó el entorno familiar como una causa de la conducta suicida. Para los participantes, los antecedentes de suicidio en una familia es un factor de riesgo para esta conducta, debido a que los casos que se han presentado en el corregimiento han estado vinculados: “En el suicidio, el mayor riesgo es la familia, hay familiares que se han suicidado y el método usual es ahorcamiento; si ustedes averiguan van a encontrar varios casos enlazados”.

FÁCIL ACCESO A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS LEGALES E ILEGALES: Los participantes reconocieron que el acceso a sustancias legales como el *bóxer* o pegamento y el alcohol facilita su consumo en los corregimientos: “Hay un alto consumo de *bóxer*, como no está catalogado como una sustancia psicoactiva, es comercial, usted va a cualquier tienda y consigue el tarrito, lo mismo pasa con el alcohol”. Asimismo, el expendio de sustancias psicoactivas ilegales que se realiza principalmente “a domicilio”, favorece el consumo de SPA: “Hay personas que vienen en moto, tienen el contacto, entonces dicen necesito tanta y bueno yo te llevo a tal lugar”.

De igual manera se expresó que como mecanismo de enganche a las drogas, los jibaros regalan SPA a niños, situación que ha incrementado el inicio temprano del consumo: “Hay mucho consumo en los niños, porque les empezaron a regalar la dosis y sí se vuelven adictos”.

NATURALIZACIÓN DEL CONSUMO DE SPA LEGALES: Se reconoce un alto consumo de alcohol y tabaco en los corregimientos; no obstante, al ser sustancias legales y socialmente aceptadas, su consumo no se percibe como un problema debido a que esta conducta se ha incorporado al modo de vida de las personas: “Al alcohol y al cigarrillo no les ponen problema, piensan que es normal, pero principalmente es el alcohol, cada fin de semana se mira el consumo de alcohol, ya es la mentalidad, se toma porque es normal”. El consumo de alcohol hace parte de las tradiciones socioculturales de la región: “Estamos acostumbrados a que fiesta sin trago no es fiesta”. En torno a esta conducta se generan procesos de socialización, convivencia e interacción social.

NECESIDAD DE INFORMACIÓN: Los participantes coincidieron en que la falta de información en las familias frente a las sustancias psicoactivas, sus efectos, las rutas de atención y las alternativas para su abordaje, contribuye con el inicio temprano del consumo y con la prevalencia de esta problemática: “El consumo de SPA muchas veces se da por la falta de información de las familias y los muchachos, uno no sabe qué hacer, qué decirles”.

DESESPERANZA: Los asistentes a los grupos focales perciben que una de las razones del consumo de SPA es la falta de oportunidades académicas y laborales para los jóvenes que posibiliten construir un proyecto de vida: “Uno se da cuenta y habla con los jóvenes o los niños; ellos no hallan una razón para vivir y dicen para qué voy a hacer esto, si no me sirve o para qué voy a estudiar si no me va a servir”. De igual manera, se reconoce el aislamiento social como una situación que no solo incide en el consumo, sino que, además, puede favorecer conductas suicidas: “No hay oportunidades, no se ve futuro, el sentirse solo lleva a esa parte de intentos de suicidio”.

NECESIDAD DE ACTIVIDADES PARA LA OCUPACIÓN DEL TIEMPO LIBRE: Los participantes reconocieron que en los corregimientos no existen actividades permanentes que permitan a niños y jóvenes ocupar su tiempo libre. Las actividades laborales de los padres dificultan la supervisión de las actividades que realizan sus hijos cuando no están estudiando: “En la mañana, los jóvenes están en el colegio; en la tarde hacen sus tareas y salen, lo que encuentran son muchachos metiendo vicio [...] Hay muchas madres cabeza de familia que tienen que ir a trabajar y entonces los niños quedan al cuidado de extraños”.

FORTALECIMIENTO COMUNITARIO E INSTITUCIONAL

A partir de los recursos y necesidades identificados, se construyó un plan de facilitación comunitaria que posibilitó:

TEJER REDES DE APOYO: Los participantes reconocieron sus cualidades como recursos comunitarios para aportar en la solución de las problemáticas presentes en sus corregimientos: “Mi mejor cualidad es ser amigable, con eso apoyo en mi comunidad”.

De igual manera, se identificó la capacidad para apoyar a otros miembros de la comunidad como un aspecto que contribuye al bienestar: “Me hace feliz el poder servir a los jóvenes, porque a veces criticamos, pero no ayudamos, señalamos, pero no ayudamos, entonces eso es lo que me hace feliz, el poder servir a las demás personas”.

En las dos comunidades se reconoció la necesidad de fortalecer la participación y la organización como mecanismos que posibiliten resolver las problemáticas existentes en los contextos: “[Lo que] nos hace falta en nuestro pueblo es la unión, porque a veces cogemos un grupo por un lado, una junta por otro lado y mire que si nos uniéramos hiciéramos cosas buenas”. De igual manera, se identificó las habilidades psicosociales para la vida como herramientas que contribuyen a la generación de cambios en las comunidades: “Debemos fortalecernos en las 10 habilidades, son como un camino para ser mejores personas y ciudadanos”.

Los participantes de las dos comunidades expresaron que el proceso permitió fortalecer los vínculos entre las personas, el reconocimiento de diferentes problemáticas, y la construcción de alternativas para incidir en ellas: “El grupo ha crecido, no es el mismo grupo que llegó, nos conocemos más, sabemos lo que otros están haciendo

y nos estamos sumando para realizar acciones que mejoren la vida en la comunidad”.

EL AGENTE COMUNITARIO PARA LA TRANSFORMACIÓN SOCIAL: Los participantes reconocieron al agente comunitario como una persona de su comunidad, sin hacer distinciones de género, nivel educativo, edad y procedencia; es una persona que asume el compromiso de impulsar cambios en las comunidades: “Nuestra agente comunitaria es ama de casa, sueña con enseñar a la comunidad para que aprendan algo, porque no debe ser una persona egoísta”. De igual manera, se reconoció que las limitaciones físicas no son obstáculos para generar acciones que beneficien a los colectivos: “Nosotros quisimos colocarle al personaje una sola manito [...] a veces hay personas que tienen limitaciones físicas y se lanzan con una fuerza impresionante”.

En el proceso se orientó a los participantes a reconocerse como agentes sociales de cambio desde las acciones que realizan en el ámbito familiar, comunitario y social: “A veces estamos esperanzados en políticos que vienen aquí a brindar grandes proyectos; no, si usted empieza desde su casa, desde su ruta de transporte, usted va haciendo el cambio; créame que si todos hacemos eso, el mundo va a cambiar”.

El proceso de intervención posibilitó reflexionar sobre la necesidad de generar acciones que contribuyan con el cambio social. Los participantes reconocieron que desde su rol en la comunidad y con los recursos que poseen, pueden aportar a la construcción de un mundo mejor, un mundo humanizado: “Creo que es bonito que todos tenemos esa capacidad de poder aportar, poder colaborar, de poder servir y creo que el ejercicio es muy significativo, le hace tomar conciencia de esa situación”.

El bienestar colectivo se identificó como un principio que orienta las acciones de los agentes comunitarios. Los participantes reconocieron que solo a través del trabajo colaborativo y la vinculación de otros sectores como educación, salud, cultura, deportes, entre otros, podrán incidir en problemáticas como el consumo de SPA y la conducta suicida que actualmente afectan a sus comunidades: “Este es un trabajo que no podemos hacerlo [sic] solos, tenemos que hacer una red, como esta que se formó aquí, para superar y cambiar lo que hoy vivimos”.

RECONCILIACIÓN Y PERDÓN, UN CAMINO HACIA EL BIENESTAR: Por medio de este proceso fue posible reflexionar sobre las cargas y heridas emocionales como un aspecto que incide en problemáticas como el consumo de SPA, la conducta suicida y situaciones relacionadas con ellas: “Hay dolores que uno carga y que lo pueden llevar a eso... si uno no se siente bien, se va a meter en muchos problemas”.

Los participantes reconocieron la necesidad de pensar en sí mismos y en su bienestar como un imperante fundamental para poder trabajar en pro de las comunidades: “Estos son esos espacios que uno no se da en el diario vivir, uno se preocupa por el trabajo, la comunidad y... este ejercicio lo hace a uno relajarse, pensar en uno, recordar, soñar [...] primero tenemos que estar bien con nosotros mismos”.

El abordaje de las relaciones con los padres posibilitó en algunos participantes el reencuentro con sus seres queridos y el inicio de procesos de duelo necesarios para su desarrollo personal: “No pensé que iba llegar a sentir esas sensaciones tan maravillosas que logré alcanzar, logré sentir la presencia de mis padres, me sentí con ellos, sentí esa paz”.

Por medio de rituales de reconciliación y perdón, los participantes establecieron compromisos con su vida y su bienestar: “Sentí tantas cosas de cambiar [sic], seguir una vida nueva sin tener miedo de nada, de caminar bien con mis hijos, de respetarnos unos a otros, eso es lo que yo sentí”; “Lo que me llevo es decisión, ganas de tomar muchas decisiones en mi vida [...] vivir desde el amor, la esperanza y la tranquilidad”.

RESIGNIFICAR LAS CREENCIAS Y LOS PREJUICIOS, UN CAMINO NECESARIO PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA INCLUSIÓN SOCIAL: para los participantes de los dos corregimientos, resignificar el consumo de drogas y la conducta suicida desde un punto de vista negativo, centrado en el problema, permitió la comprensión de estas situaciones como manifestaciones sociales, multicausadas, que requieren de un cambio de paradigma: del enfermo o drogadicto como un todo, a la persona que decide sobre su vida, y con ello, la necesidad de abordajes centrados en el reconocimiento de las capacidades humanas: “Cualquier persona, independiente [sic] de la edad, las relaciones con los papás o el estrato puede desarrollar este problema; no son enfermos, debemos cambiar desde el lenguaje... no es un drogadicto, eso es como si en él no hubiera nada más”.

Los participantes reconocieron a las personas que consumen sustancias psicoactivas u optan por la conducta suicida, como seres humanos autónomos, con la capacidad de decisión y acción para construir alternativas de cambio a partir de sus recursos individuales y comunitarios.

El fortalecimiento de la empatía y la resignificación de prejuicios en las comunidades, se identificaron como alternativas para promover la solidaridad, el apoyo social, la inclusión social y la superación

de problemáticas psicosociales: “Cuando no conocemos la situación de las personas no debemos juzgar, entonces la invitación es a ser buenas personas para poder tener o conocer los motivos y con estos ayudarlo a cambiar y así ir mejorando poquito a poquito la sociedad”.

Compromisos para la implementación de un centro de escucha comunitario

Se conformaron grupos de agentes comunitarios a partir del interés de las personas por cualificarse y contribuir con la generación de cambios en sus comunidades. La vinculación de familias, grupos comunitarios e instituciones como la Policía Nacional, Secretaría de Salud Municipal, instituciones educativas de El Pasto, Colombia, se identificó como un recurso para la continuidad del proceso y el desarrollo de acciones que incidan en el bienestar de las comunidades. Asimismo, los participantes del proceso construyeron piezas comunicativas para sensibilizar frente al consumo de SPA y la conducta suicida en sus territorios.

De igual manera, por medio de una metodología teórico-práctica, se desarrolló un proceso de fortalecimiento de actores institucionales en torno a cuatro módulos temáticos: promoción de la salud mental, trabajo comunitario, atención primaria en salud mental y consumo de SPA y conducta suicida. El propósito de este proceso, además de contribuir con la formación de agentes comunitarios, fue la multiplicación de los aprendizajes en los diferentes contextos de incidencia de los participantes. Se desarrollaron nueve experiencias de réplica que beneficiaron a una población aproximada de 561 personas de edades comprendidas entre los 4 y 70 años.

Discusión

El consumo de sustancias psicoactivas es uno de los principales problemas de salud pública de Colombia, se reconoce como una problemática compleja y creciente por sus repercusiones a nivel individual, familiar, comunitario y social, que ha ido creciendo, no solo por el incremento de personas que consumen drogas, sino también por el mercado de sustancias que cada vez se amplía y diversifica (Observatorio de Drogas de Colombia, 2017).

En el estudio desarrollado por Cáceres, Salazar, Varela y Tobar (2006) se identificó que el consumo de drogas legales e ilegales está asociado con un componente social, en el que inciden factores como el uso del tiempo libre, el ocio y las redes de apoyo. En este estudio se evidenció que el entorno familiar y comunitario, el fácil acceso a sustancias psicoactivas legales e ilegales, la naturalización del consumo de SPA legales, la desesperanza y la necesidad de actividades para la ocupación del tiempo libre son los principales aspectos que favorecen el consumo de drogas. En este sentido, se reconoce la influencia de los factores sociales; entre ellos, las redes comunitarias, la participación, los entornos, el acceso a salud, educación y trabajo, entre otros, como protectores o de riesgo, según sea el caso, para esta conducta.

El abordaje de problemáticas psicosociales como el consumo de SPA requiere descentrarse del riesgo, para comprender las realidades comunitarias y posibilitar el fortalecimiento de sus recursos, y con ello, la capacidad crítica, creativa y reflexiva de los actores sociales, que oriente la toma de decisiones. De acuerdo con De Vincenzi y Bareilles (2011), para intervenir en el consumo de SPA y problemáticas asociadas como la conducta

suicida, se hace necesario el desarrollo de programas con enfoques integrales y sociales, que promuevan la participación y el fortalecimiento de las habilidades para la vida orientados a la promoción de la salud y a la prevención de conductas nocivas para las personas.

Promover la salud e impulsar procesos de prevención implica la construcción colectiva de escenarios participativos, los cuales demandan el reconocimiento y valoración de los conocimientos que cultural e históricamente las comunidades han construido sobre su salud y su vida. Por ello, los procesos de educación para la salud deben generarse desde su cotidianidad, su lenguaje y su visión de mundo; de allí surge la necesidad de “una educación valiente, que discuta con el hombre común su derecho a la participación. Una educación que lleve a las personas a una nueva posición frente a los problemas de su tiempo y de su espacio. Una posición de intimidad con ellos, de estudio y no de mera, peligrosa y molesta repetición de fragmentos, afirmaciones desconectadas de sus mismas condiciones de vida” (Freire, 2007, p.88).

En el contexto de la promoción de la salud, el reconocimiento y valoración de los saberes populares implica un cambio en la comprensión de las comunidades, en el papel de los agentes externos y la aceptación de que “el conocimiento puede y debe construirse no solo en los ámbitos disciplinarios, sino también en los márgenes del sistema, en los territorios, allí donde florecen los encuentros más fecundos del saber” (Novo, 2009).

El trabajo comunitario para la promoción de la salud y la prevención del consumo de SPA y la conducta suicida va más allá de adiestrar a las personas en medidas de protección, implica un com-

promiso ético en favor de la vida digna, y el reconocimiento de las personas desde sus capacidades humanas, como ciudadanos de derechos, capaces de incidir en la toma de decisiones desde el reconocimiento de las responsabilidades individuales y colectivas.

De acuerdo con Bronfman y Gleizer (1994), la participación de las comunidades en procesos relacionados con la salud no se orienta con el fin último de solucionar un problema en especial, sino que busca el desarrollo de las comunidades como un todo, y con ello garantiza mayor éxito de los programas sanitarios. La participación de los agentes comunitarios posibilitó la construcción colectiva de conocimientos y la corresponsabilidad de las personas frente su vida y su bienestar.

Mediante esta investigación se identificó la solidaridad como un valor comunitario que implica un compromiso social de amor con los demás, el abandono del individualismo y el reconocimiento de la necesidad del bienestar del otro como condición para el bienestar propio. Fomentar la solidaridad como un acto de amor y de conciencia de los otros se vislumbra como una posibilidad para trascender las formas tradicionales de intervención, impactando las formas de relación que establecen las personas, la manera de comprender el mundo y la vida misma.

A partir del fortalecimiento comunitario, fue posible la generación de escenarios de reflexión y movilización que orientaron a los participantes a reconocerse como agentes de cambio, sujetos sociales capaces de impulsar procesos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad desde sus propios recursos para contribuir con el desarrollo y el bienestar de la población.

Este proceso aportó nuevas comprensiones sobre la salud y su cuidado, así

como la imperante necesidad de la participación de las comunidades en los procesos de cambio, que surgen desde el reconocimiento de sí mismos como agentes transformadores, que desde las prácticas cotidianas, impactan en la salud, el bienestar y, en general, en la vida de las personas.

Esta experiencia, además de fortalecer los conocimientos y habilidades de los agentes comunitarios de salud, se orientó a que se asuman como actores protagónicos de su propia salud, comprendiéndola como un bien público y un derecho humano fundamental, pues solo a partir de dicho reconocimiento sería posible impactar en las comunidades e impulsar procesos de movilización y cambio social. “Las transformaciones solo son posibles con hombres y mujeres que se conocen, se asumen, se valoran, creen en sí mismos y en lo que son capaces de hacer” (Mejía, 2011, p. 26).

Aunque se reconoció la importancia de los agentes comunitarios de salud como una alternativa para la promoción de la salud y la prevención de problemáticas psicosociales, no es posible desligar al Estado de su responsabilidad en la garantía de los derechos fundamentales de todas las personas, siendo la participación y la organización comunitaria un mecanismo de actuación de la comunidad para la búsqueda de alternativas ante las desigualdades sanitarias.

Este proceso que se construyó con los participantes aportó nuevas comprensiones en el equipo facilitador frente a una realidad diversa y compleja, atravesada por las consecuencias de la violencia, el desplazamiento, la marginación, entre otras, que impulsan el compromiso de la academia para generar procesos investigativos e interventivos contextualizados y pertinentes que permitan la construcción del conocimiento.

Los avances en la solución de problemáticas en salud pública no pueden desligarse del respeto a la dignidad y a los derechos individuales y colectivos de las poblaciones; por ello, comprender la salud desde una mirada integral es una responsabilidad que convoca al Estado, a las instituciones, a las comunidades y a los individuos, a asumir un compromiso ético a favor de la vida y el bienestar.

Conclusiones

La construcción de estrategias de promoción de la salud y prevención del consumo de SPA, requiere de la participación activa de la comunidad, no como objetos de procesos de investigación o invitados a participar de estrategias construidas desde saberes técnicos o agentes externos, sino como actores sociales; esto es, como protagonistas de su propio cambio.

El consumo de SPA es una problemática compleja en la que intervienen factores personales, sociales, económicos, políticos y culturales; por ello, descentrarse del problema y trabajar desde la promoción de la salud posibilita la generación de acciones que propendan por la vida, pero una vida digna en la que las comunidades puedan decidir de manera responsable, consciente y crítica por sí mismas y su bienestar, e incidan no solo en el consumo de drogas, sino en otras problemáticas presentes en los contextos.

El abordaje del consumo de SPA no puede darse desde el déficit, el temor o la vulnerabilidad; por ello, la incorporación de metodologías participativas que fomenten la

organización comunitaria, el reconocimiento de los saberes populares, el análisis crítico de la realidad y promuevan el carácter activo de las personas y comunidades se vislumbra como un camino promisorio para avanzar en el abordaje de problemáticas psicosociales.

El abordaje del consumo de SPA requiere de la integración de diferentes saberes; por ello, construir puentes entre diferentes disciplinas y áreas de conocimiento desde posturas inter y transdisciplinarias es un camino que se debe transitar en aras de ampliar la comprensión de esta realidad y aportar de manera integral a las personas y comunidades.

La articulación sectorial e interinstitucional es una condición indispensable en el abordaje integral del consumo de SPA con miras a la promoción de la salud, prevención, atención, mitigación del consumo e inclusión social de las personas.



Referencias bibliográficas

Alcaldía de Pasto (2013). Cuaderno diagnóstico Gestión del Riesgo.

Alcaldía de Pasto (2016). Plan Territorial de Salud 2016-2019. Disponible en <http://saludpasto.gov.co/documentos/PLAN%20TERRITORIAL%20DE%20SALUD%20PASTO%202016%20-%202019.pdf>

Ariza, C. y Nebot, M. (2002). Predictores de la iniciación al consumo de tabaco en escolares de enseñanza secundaria de Barcelona y Lleida. *Revista Española de Salud Pública*, 76(3), 227-38.

Bronfman, M. y Gleizer, M. (1994). Participación comunitaria: ¿Necesidad, excusa o estrategia? O de qué hablamos cuando hablamos de participación comunitaria. *Cad. Saúde Públ.* 10,(1): 111-122.

Cáceres, D., Salazar, I., Varela, M. y Tovar, J. (2006). Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores psicosociales. *Univ. Psychol.*, (5)3, 521-524.

Cortés, M., Espejo, B. y Giménez, J (2007). Características que definen el fenómeno del botellón en universitarios y adolescentes. *Adicciones*, 19(4), 357-372.

Freire, P. (2007). *La educación como práctica de la libertad*. México: Siglo XXI.

Mejía, M. (2011). *Educaciones y pedagogías críticas desde el sur*. Lima: Consejo de Educación de Adultos para América Latina.

Ministerio de Justicia y del Derecho, Observatorio de Drogas de Colombia y Ministerio de Salud y Protección Social (2013). Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia. Disponible en https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_UNODC.pdf

Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito [UNODC]. (2018). Informe Mundial Sobre las Drogas. Disponible en https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_ExSum_Spanish.pdf

Novo, M. (2009). La educación ambiental, una genuina educación para el desarrollo sostenible. *Revista de Educación*, 195-217.

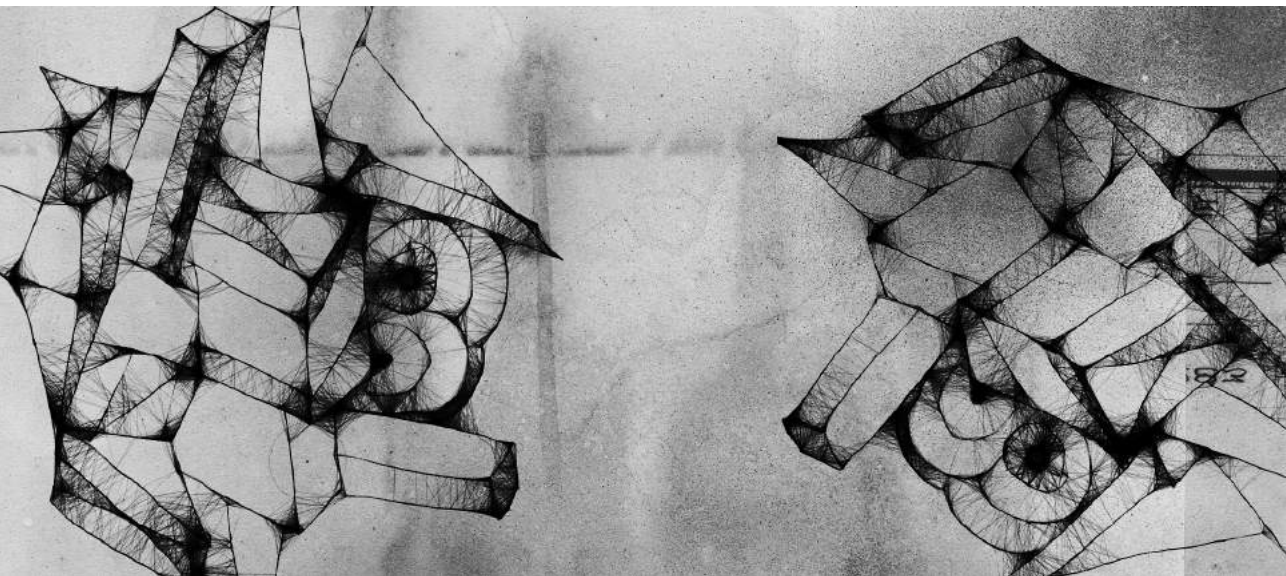
Observatorio de Drogas de Colombia (2017). Reporte de drogas de Colombia. Disponible en http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/odc-libro-blanco/reporte_drogas_colombia_2017.pdf

Organización de los Estados Americanos [OEA], (2013). El problema de drogas en las Américas: Estudios, drogas y salud pública. Disponible en http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informeDrogas2013/drugsPublicHealth_ESP.pdf

Peñañiel, E. (2009). Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en adolescentes. *Pulso*, 32, 147-173.

Villalobos, F., Figueroa, D., Quiroz, S., Torres, M., Ortiz, P. y Rojas, F. (2011). Manual para la implementación de un programa de intervención en casos de consumo de sustancias psicoactivas en municipios de Nariño.

Vincenzi, A. y Bareilles, G. (2011). Promoción de la salud y prevención escolar del consumo de drogas en contextos de vulnerabilidad social. *Educ. Educ.* 14(3), 577-600.



El concepto de justicia en el derecho a la salud desde una perspectiva crítica

MARIANA MEDINA ROBLES
JUAN MANUEL MENDOZA RODRÍGUEZ
CLAUDIA ALICIA LÓPEZ ORTIZ
ANA LAURA VALENCIA DÍAZ

La noción de justicia ha sido la más importante de toda la filosofía jurídica y política, aunque también forma parte de los términos más complejos del derecho a la salud. El discurso sobre esta noción implica especialmente la valoración moral de las personas para hacer lo correcto. En este trabajo se analizan las teorías de justicia expuestas por Rawls y Sen, así como algunas propuestas desde el derecho a la salud. En este sentido, el tema se complejiza al hablar de garantizar la justicia en salud, ya que este acto no implica la realización de lo justo. No obstante, igualdad no puede significar unívocamente justicia en salud, ya que la realización del derecho a la salud no solo se logra por medio de la justicia distributiva, sino que se debe contemplar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad para garantizar las condiciones en las que sea posible su realización.

PALABRAS CLAVE: Derecho a la salud, justicia, equidad, igualdad, salud

The concept of justice in the right to health from a critical perspective

The notion of justice has been the most important one in all legal and political philosophy, although it is also one of the right to health's most complex terms. The discourse surrounding this notion implies especially the moral assessment of people to do the right thing. In this paper the theories of justice exposed by Rawls and Sen are analyzed, as well as some proposals that emanate from the right to health. In this sense, the issue becomes more complex when talking about guaranteeing justice in health, since this act does not imply the realization of what is fair. However, equality cannot univocally mean justice in health, since the realization of the right to health is not only achieved through distributive justice, but must also consider the availability, accessibility, acceptability and quality to guarantee the conditions in which its realization is possible.

Keywords: Right to health, justice, equity, equality, health



Planteamiento

El derecho a la salud ha sido analizado desde distintos enfoques y disciplinas; en ellos se propone que la justicia es el resultado de la condición de igualdad que se obtiene por medio del mérito o de la suerte, entendiéndose como expresión de la equidad, la creación de oportunidades o el desarrollo de capacidades. De esta manera, se deduce que la garantía del derecho a la salud depende de condiciones previas que deben satisfacerse, o bien, de las acciones que los individuos hacen para mantener su salud o prevenir la enfermedad.

Dentro de los derechos humanos, el derecho a la salud tiene características que conllevan ciertas garantías necesarias para su aplicación y que implican no solo al ámbito jurídico, sino al ético y al político. En este trabajo se plantea que la justicia en salud no puede entenderse como el producto de la pura determinación o de la pura contingencia, ni solo como resultado de la equidad o la igualdad. En este sentido, el cuestionamiento del que se parte en la presente discusión es si los conceptos de justicia, equidad e igualdad son equiparables en la realización del derecho a la salud.

En el presente trabajo se aborda el concepto de justicia aplicado al ámbito de la salud. Particularmente, el interés de abordar esta cuestión se orienta ante la necesidad de dar respuestas a partir de una problematización desde la promoción de la salud y la determinación social del proceso salud enfermedad. En este sentido, se aborda primeramente la noción de justicia desde la filosofía griega del período clásico, ya que en ella se establecen las bases que se replantearon posteriormente en el siglo xx para la discusión de una teoría de la justicia. El ámbito de la salud es complejo; como derecho humano tiene características que otros derechos no poseen, a las que se les ha llamado externalidades (Glied, 2008; Rodríguez et al., 2010). Ello sitúa la discusión de la justicia en salud en un plano particular en el que se imbrican lo ético, lo moral y lo jurídico (Dieterlen, 2015). Si la salud es un derecho universal, no solo basta con definirlo de esa manera para que llegue a realizarse, sino que es necesario crear las condiciones necesarias, que no solo son de naturaleza material sino también ideológica, para poder garantizar su goce y su disfrute en el nivel más alto posible, como se establece en el Pacto Internacio-

nal de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000).

Dada esta complejidad inherente a la propia salud, en el último apartado del trabajo se analizan algunas propuestas orientadas a mejorar la igualdad, entendida como equidad en el acceso a los servicios de salud. Desde esta perspectiva, la justicia se lograría por medio de la equidad. La postura que se expone por parte de los autores es que la igualdad/equidad en el acceso solo es un componente del derecho a la salud y su satisfacción no implica la realización de este derecho, ya que para ello deben ser satisfechos todos los elementos que se consideran mínimos indispensables para su uso, goce y disfrute. Asimismo, se plantea que la igualdad no deviene en todo caso justicia, ya que aquella no pertenece solamente al ámbito del derecho, sino que está siempre presente la dimensión ética, porque para que la ley devenga justicia primero habrá que observarla.

La noción de justicia en el pensamiento antiguo

La palabra *justicia* proviene del nombre de la diosa griega *Dike*. El término está estrechamente relacionado con la noción *dikaiosyn*, que expresa además de justicia, la actitud de llegar a lo correcto, y que representa uno de los conceptos clave para la comprensión de la filosofía platónica. Platón sostenía que la justicia es una cualidad del alma, es la calificación real de alcanzar una armonía interna del alma o de la polis como un todo. De esta manera el alma alcanza amistad y armonía cuando cada parte de ella realiza su función (Zore, 2008).

Ulpinao (1834:10) concibe la justicia como inclinación a dar a cada uno lo que

le pertenece: *la voluntad resuelta e inalterable de dar a cada uno lo suyo*. La justicia aristotélica era entendida como una virtud por la que el hombre tendía a dar y respetar aquello que a cada uno le correspondía. Cicerón en este mismo sentido definió que “La justicia es un estado mental que preserva los intereses de la comunidad y garantiza a cada uno lo que merece” (Cicerón, 1997, p. 299).

En el diálogo la *República*, Platón (1988) señala la relación que tiene la justicia con la ley. Él menciona que hay hombres que cometen abusos y por consiguiente hay hombres que los padecen; por tanto, resulta necesario establecer acuerdos entre unos y otros para no cometer injusticias ni sufrirlas. De esta manera se comienzan a estipular leyes y acuerdos mutuos. A lo prescrito por la ley se le llama legítimo y justo. Es así como se establece el origen y la esencia de la justicia; como algo intermedio entre cometer injusticias como símbolo de lo mejor y lo peor que es el no poderse desquitar cuando se padece alguna.

Las leyes de la Antigua Grecia apuntaban a hacer del ciudadano una buena persona completamente integrada en la comunidad; por tanto, las personas que cumplían las leyes tenían la justicia general o legal. De esta manera, la justicia se entendía como la máxima virtud, ya que perfeccionaba los actos de las personas al realizar el bien común, más allá del bien individual. Cuando una persona llegaba a la justicia general, significaba amar un bien mayor, más allá de un bien individual (Aristóteles, 1985, pp. 239-240).

Así, en la Antigua Grecia la justicia jugaba un papel muy importante. En el siguiente párrafo se muestra un diálogo entre Sócrates y Critón. Como ejemplo del máximo respeto por la ley como expresión de la justicia, Sócrates replica a Critón la

intención de quererlo sacar de la prisión mediante el soborno de los guardias:

“Hay que examinar si es justo, o no lo es, el que yo intente salir de aquí sin soltarme los atenienses. Y si nos parece justo, intentémoslo, pero si no, dejémoslo [...] no tenemos otra cosa que hacer, sino examinar, como antes decía, si nosotros, unos sacando de la cárcel y otro saliendo, vamos a actuar justamente pagando dinero y favores a los que me saquen, o bien vamos a obrar injustamente haciendo todas esas cosas. Y si resulta que vamos a realizar actos injustos, no es necesario considerar si, al quedarnos aquí sin emprender acción alguna, tenemos que morir o sufrir cualquier otro daño, antes que obrar injustamente” (Platón, 1981, p. 201).

Como se puede corroborar, en este fragmento de Critón se expone que el máximo deber del ciudadano radica en la obediencia a las leyes sin importar la condición; por consiguiente, es preciso no volver el mal por el mal. A las leyes no se les puede reprochar injusticias, sobre todo si han sido aceptadas por el hecho de la pertenencia del ciudadano a la *polis*. Platón considera que el obrar conforme a las leyes es obrar con justicia; para él, la máxima injusticia es la negación de las leyes (Legaz, 1953).

Ahora bien, lo justo va de la mano con la igualdad y la equidad¹; estos dos vocablos han acompañado la justicia en términos legales y prácticos. En las últimas décadas han existido diversos estudios respecto a ello, se ha diferenciado un concepto de otro y se ha demostrado sus implicaciones prácticas en diferentes ámbitos. Sin embargo, para Aristóteles (1985), la equidad¹ y la justicia son equivalentes; la diferencia radica en que

¹ La palabra equidad deriva del latín *aequitas*; esta a su vez deriva de *aequus*, que de acuerdo con su etimología significa “igual”. Por lo que igualdad y equidad son términos equiparables, al menos etimológicamente.

existen sucesos que no es posible tratar de modo universal. La justicia exige que la ley sea válida para todos los casos y para todos los miembros de un grupo; de esta manera está ligada a una modalidad de igualdad ante la ley. Sin embargo, existen muchas variaciones alrededor de un acontecimiento por lo que resulta imposible universalizarlo ante los diversos tipos de acción. Si la ley se aplicara de manera automática y general ante casos particulares sin tomar en cuenta la pluralidad del ser humano, se cometería una injusticia. La equidad, por tanto, es un elemento de la justicia que perfecciona la legalidad, que mira la pluralidad.

“Y tal es la naturaleza de lo equitativo: una corrección de la ley en la medida que su universalidad la deja incompleta. Ésta es también la causa de que no todo se regule por la ley, porque sobre algunas cosas es imposible establecer una ley, de modo que es necesario un decreto” (Aristóteles, 1985, pp. 263-264).

Como parte de la justicia universal, existe otro tipo de justicia que Aristóteles denomina *justicia particular*; esta se aplica en la distribución de dinero o cualquier bien externo entre los miembros de una comunidad. Aristóteles reconoce que en la sociedad existen desigualdades que impiden la realización y consolidación del orden justo. El término *pleonexia* (querer tener más) define dichas desigualdades y representa la principal fuente de conflictos sociales; de esta manera, el objetivo de la justicia particular es el control de la *pleonexia* propia del comportamiento humano. La realización de dicha justicia permite mantener la vigencia de las normas que regulan las relaciones sociales. De esta manera, la idea de justicia distributiva nace con Aristóteles, y plantea los siguientes elementos (Serrano, 2005):

- a. Una cantidad determinada de los bienes que deben ser repartidos.
- b. La instancia encargada de realizar la distribución.
- c. Por lo menos dos personas entre las que se requiere distribuir los bienes.
- d. El criterio con el que debe realizarse la distribución.
- e. El mérito (*axia*) en el que cada uno sustenta su aspiración en el proceso distributivo.

Aristóteles plantea que la forma más simple de justicia distributiva es la que resulta de dar la misma cantidad de bienes a la sociedad; sin embargo, existe desigualdad porque hay una desproporción a la hora de distribuir los bienes. De esta manera, es necesario definir un criterio de distribución basado en lo que él llama igualdad proporcional o igualdad.

Las teorías de justicia de Rawls y Sen

Si bien el pensamiento griego, con sus aportaciones, sigue siendo estudiado y discutido, los debates sobre la justicia en la segunda mitad del siglo xx se abrieron a nuevas perspectivas, sobre todo después de la publicación de la teoría de la justicia de John Rawls (1957 y 2004). En su teoría él concibe la justicia como una virtud que puede expresarse en varios ámbitos: el de las instituciones sociales, el de las prácticas y las acciones particulares, y el de las personas. Este autor diferencia entre el concepto de igualdad como atributo de la justicia, y la igualdad en general, como parte de un ideal social.

Rawls define a la sociedad como “una asociación más o menos autosuficiente de personas que reconocen ciertas reglas de conducta como obligatorias en sus re-

laciones y que, en su mayoría, actúan de acuerdo con ellas” (Rawls, 2004, p. 20), de manera que se trata de una asociación para obtener ventajas mutuas; sin embargo, se caracteriza por tener diversos intereses. Por ello tiene lugar el conflicto. La teoría de justicia social se ocupa, pues, de la adecuada distribución de derechos y deberes por parte de las instituciones que conforman la estructura básica de la sociedad.

La propuesta de Rawls versa sobre la libertad e igualdad de oportunidades como eje central de la justicia. Las libertades básicas afirman que los ciudadanos tienen derecho al más amplio sistema de libertades individuales, políticas, básicas e iguales, compatibles con un sistema similar para los demás.

Por otro lado, Rawls limita el alcance de las desigualdades sociales y económicas. Las desigualdades que tienen lugar dentro de las prácticas sociales son arbitrarias, pero además, ciertas desigualdades son permisibles. Una desigualdad permisible es aquella en la que “hay razón para creer que la práctica que incluye o da como resultado esa desigualdad obrará a favor de todas las partes que de ella participan” (Rawls, 2004, p. 4). En esta perspectiva, la única manera posible en que se acepte una desigualdad es aquella en la que todos los miembros que participan se benefician de ésta.

Amartya Sen (2000, 2002) introdujo el tema de las capacidades a la teoría de justicia. Rechaza la posibilidad de establecer un conjunto de bienes primarios con validez universal, más allá de la satisfacción de necesidades o la utilidad de un bien. La diferencia entre Sen y Rawls radica en que éste último se centra en los medios para lograr los fines deseados por los individuos. Sen, en cambio, fija su atención en la libertad real de las personas, concebida

como la capacidad de lograr realizaciones, lo que constituye un fin para cada persona. De esta forma, Sen considera que una propuesta de equidad no debería concentrarse en la igualdad de bienes primarios como sugiere Rawls, sino en el valor de los procedimientos y las capacidades. De ahí que el enfoque de las capacidades en la justicia es de vital importancia para aquel autor.

Desde la teoría de las capacidades humanas, Sen analiza problemas sociales que afectan al bienestar humano, como la pobreza, la desigualdad, la calidad de vida, la injusticia social, entre otras, lo que permite realizar una nueva mirada de estos problemas. El objetivo de la teoría de las capacidades es evaluar el bienestar y la libertad de la persona.

De acuerdo con esta teoría, el ordenamiento económico, social y jurídico es justo o injusto no por ser objeto de un contrato original, sino por facilitar a las personas las capacidades básicas para llevar una vida plena a partir de sus necesidades y características personales (Murillo y Hernández, 2011). Para que una persona pueda ejercer sus capacidades de forma libre, primero debe desarrollarlas, al alcanzar un cierto número de funcionamientos con los que se logra un determinado grado de bienestar (Urquijo, 2014). La mayor crítica que se ha hecho al planteamiento de Sen es que las capacidades humanas no pueden ser medidas directamente, por lo que no puede considerarse como un indicador para la evaluación de la justicia (Gasper, 1997).

Justicia, equidad y derecho a la salud

Whitehead (1992) define tres tipos de equidad en salud: igualdad de acceso, igual-

dad en la utilización de los recursos según iguales necesidades e igualdad en la calidad de los recursos disponibles. Al respecto, Culyer y Wagstaff (1993) argumentan que independientemente de cómo se definen el acceso y la necesidad, las distintas definiciones de equidad son incompatibles mutuamente. Mooney (1983) menciona que si el acceso se hace equitativo, pero la demanda permanece igual, la utilización del servicio no podrá llegar a ser equitativa. Para poder garantizar la justicia en salud, el concepto de equidad debe contemplar tanto las características de los bienes y servicios, como la forma de distribución y de utilización de los mismos para disminuir la disparidad entre los grupos con mayor y menor desventaja social (Braveman y Guski, 2003), haciendo interdependientes los tipos de equidad. Bajo estas consideraciones es necesario poder diferenciar entre la distribución de los bienes y las condiciones en que esta tiene lugar, lo que hace necesario recuperar la noción de realización del derecho² como una condición *sine qua non* de la justicia en salud.

En un trabajo posterior, Whitehead y Dahlgreen (2007, p. 4) mencionan que los términos equidad e igualdad son intercambiables, ya que no representa algún beneficio distinguirlos en el análisis en salud. En México se ha utilizado el término equidad en el contexto de la propuesta de pluralismo estructurado (Londoño y Frenk, 1995). La equidad en el acceso se logra a través de la universalidad, minimizando no solo las barreras financieras, sino las de género, culturales y de clase; no obstante, uno de los principales ejes de la llamada modernización en salud tiene que ver con la justicia en la contribución financiera, es decir,

de acuerdo a la capacidad de pago (Gómez, 2004). A la par de los nuevos esquemas de financiamiento que implementan la justicia contributiva, ha crecido la participación y diversificación del sector privado, y se ha creado el Sistema de Protección en Salud, el cual atiende a la población que no cuenta con seguridad social e incorpora paquetes básicos restringidos (Durán, 2010). En estos esquemas la disponibilidad y el acceso están determinados por la capacidad de pago de seguros y de gasto de bolsillo ante situaciones no previstas en las primas o los paquetes de atención, lo que representa una dificultad en la generación de garantías para la equidad en salud, principalmente en la falta de resultados para disminuir las barreras económicas (Laurell, 2013, p. 13).

Reflexiones finales

El concepto moderno de justicia, utilizado en el campo de la salud, establece una relación estrecha con los conceptos de equidad e igualdad. Sin embargo, hay que enfocar la atención no solo en los conceptos y sus definiciones, sino también en el motivo que lleva a la acción que intenta corregir la inequidad o la desigualdad. El “acto de justicia” no implica en sí mismo la realización de lo justo, sino que ello se verifica en la expresión que tiene tanto en su carácter individual como universal.

Si la ley es la expresión de la justicia, ello solo puede verificarse en el hecho de que resulte en la disminución de las brechas de desigualdad social y de las inequidades que las alimentan. Podemos ver un ejemplo de ello en el acceso a los medicamentos. Las diversas opciones que existen sobre medicamentos según se trate de marcas de patente, genéricos o similares, determinan si un individuo o grupo social

² Un derecho real es aquel que satisface los principios de *usus, fructus y abusus* (uso, goce y disposición jurídica). Véase Ternera y Mantilla (2006).

puede tener acceso a cada uno de ellos. Equidad, por ejemplo, es cuando la calidad del producto está en relación con el precio (Abel-Smith, 1992). Otro ejemplo es la oferta de paquetes de seguros de salud, en los que la cantidad de servicios, procedimientos e intervenciones que ofrecen, así como la posibilidad de un co-pago, varía de acuerdo al tipo y monto de la prima que la persona que los contrata es capaz de pagar.

En este panorama, existen personas que tienen acceso a una menor cantidad de servicios de salud que otras, y ello se considera equitativo porque el acceso a los servicios está en relación con el costo cubierto por el beneficiario. En los dos casos anteriores, si equidad es igual a justicia, entonces no se puede definir que este tipo de acceso sea injusto, pues la ley contempla que al tener disponibilidad, acceso y calidad de los establecimientos, bienes y servicios de salud se satisfacen los elementos esenciales del derecho a la salud planteados en la Observación General Núm. 14 (2000), en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Se podría decir que en relación con la calidad (humana y técnica), existe un elemento que puede salvar o no el argumento de la equidad como justicia, pues la calidad es un indicador homogéneo que puede medirse y evaluarse. Posiblemente para el caso de los medicamentos, la calidad sea un factor que puede echar abajo el discurso de la equidad financiera, pues si aquella varía según el costo, no puede asegurarse que brinde los mismos beneficios que los productos con mayor calidad; es decir, se estaría aceptando la equidad en la disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad de los medicamentos, pero no se podría hablar de la realización del derecho a la salud si no se satisfacen todos los elementos que hacen posible el

disfrute del más alto nivel posible de salud. En este sentido, debemos preguntarnos si la ausencia del *ius*³ puede generar garantía para la justicia en salud.

En el caso de la igualdad como justicia, deben establecerse de manera precisa los bienes básicos de consumo de carácter necesario y universal, lo cual permita no solo el desarrollo humano de un individuo o grupo que se beneficie con la adquisición de ciertos bienes de consumo, sino que sea la base del desarrollo de la sociedad en su conjunto en tanto lo es, al mismo tiempo, para el individuo que disfruta directamente los bienes. Así, la justicia no debe limitarse al hecho de resarcir una inequidad o desigualdad cuyo fruto es el beneficio individual, sino que siempre debe considerarse como un acto que persigue el bien común.

Una consideración que puede resultar menos controvertida es que la igualdad en salud debe ser igualdad de derecho. Es necesario profundizar en la discusión respecto a la igualdad en la distribución de los bienes para la salud, que es un tema de mayor complejidad y que presenta dificultad al momento de definirla como un criterio de justicia en salud. La realización del derecho a la salud no solo se logra mediante la justicia distributiva, sino que debe contemplar los elementos esenciales del derecho a la salud (disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad). Además, la distribución del bien salud no solo debe satisfacer una necesidad individual, sino que debe garantizar las condiciones que permitan mantener, mejorar y promover la salud de todos.



3 El término “ius” expresa diversos significados; para esta investigación se entiende como derecho; de manera que la justicia es un ideal que se logra a través del derecho (Tapia, 1986; Ledesma, 2010).

Bibliografía

Abel-Smith, B. (1992), Entre lo público y lo privado. Nuevos incentivos para la atención en salud. *Salud Pública México*, 34(4), 467-470.

Aristóteles (1985), *Ética Nicomáquea. Ética Eudemia*. México: Gredos.

Braveman, P. y Gruskin, S. (2003), Defining equity in health. *J. Epidemiol Community Health*, 57 (4), 254-258. doi: 10.1136/jech.57.4.254

Cicerón (1997). *La invención de la retórica*. Madrid: Gredos.

Culyer, A. J. y Wagstaff, A. (1993), Equity and equality in health and health care. *J. Health Econ*, 12(4), 431-57.

Dieterlen, P. (2015). *Justicia distributiva y salud*. México: FCE.

Durán Arenas, L., Aldaz Rodríguez, V., Hernández Ramírez, L. C. y García Valladares, L. A. (2010). Los seguros médicos privados en México: su contribución al sistema de salud. *Resumen Ejecutivo de Investigación, Medicina y Salud*. México: UNAM.

Gasper, D. (1997). Sen's capability approach and Nussbaum's capabilities ethic. *J Int Dev*, 9(2), 281-302.

Glied, S. (2008). Universal Public Health Insurance and Private Coverage: Externalities in Health Care Consumption. *Canadian Public Policy/Analyse De Politiques*, 34(3), 345-357. doi: 10.3138/cpp.34.3.345

Gómez-Dantés, O., Gómez-Jáuregui, J. e Inclán, C. (2004). La equidad y la imparcialidad en la reforma del sistema mexicano de salud. *Salud Pública México*, 46(5) 399-416.

Laurell, A. C. (2013). *Impacto del seguro popular en el sistema de salud mexicano*. Buenos Aires: GLACSO.

Ledesma, J (2010). Buscando la intimidad del concepto de "ius". *Cultura Jurídica* (UNAM), 1: 157-174.

Legaz Lacambra, L. (1953). La obligatoriedad jurídica. *Anuario de Filosofía del Derecho*, 1, 5-90.

Londoño, J. L. y Frenk, J. (1992). Structured Pluralism: Towards a New Model for Health System Reform in Latin America. *Health Policy*, 41(1), 1-36.

Mooney, G. H. (1983). Equity in health care: confronting the confusion. *Eff Health Care*, 1(4), 179-85.

Murillo Torrecilla, F. J. y Hernández Castilla, R. (2011). Hacia un concepto de justicia social. *Rev Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, 9(4), 7-23.

Observación General Núm. 14 (2000). *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. Ginebra: ONU/CES/CDESC.

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1976). Disponible en https://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/cescr_SP.pdf

Platón (1981). *Diálogos I. Critón*. Madrid: Gredos.

_____ (1982). *Diálogos IV. República*. Madrid: Gredos.

Rawls, J. (2004). *Justicia como equidad: una reformulación*. Buenos Aires: Paidós.

Rawls, J. (1957). *Teoría de la justicia*. México: FCE.

Rodríguez Pacheco, L., Sierra Díaz, D., Martínez Lacorte, E. e Iglesias Berlanga, G. E. (2010). La salud, la economía y la toma de decisiones. *Revista Ciencias Médicas* (Habana), 16(1), 1-8.

Sen, A. (2000). *Development as Freedom*. Nueva York: Anchor Books.

_____ (2002). ¿Por qué la equidad en salud? *Rev Panam Salud Pública*, 11(5/6), 302-309.

Serrano, E. (2005). La teoría aristotélica de la justicia. *Isonomía*, 22, 123-160.

Tenera, F. y Mantilla, F. (2006). El concepto de derechos reales. *Rev Der Priv*, 36, 117-139.

Ulpiano (1834). De iustitia et iure. Citado en: Orodea, P. M. *Principios del derecho político y civil de los romanos*, Tomo I. Madrid: Imprenta de los herederos de D. Francisco Dávila.

Urquijo Angarita, M. (2014). La teoría de las capacidades en Amartya Sen. *Edetania*, 46, 63-80.

Whitehead M. (1992). The Concept and Principles of Equity and Health. *Int J Health Serv*, 22(3), 429-45. doi: 10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN

_____ y Dahlgren, G. (2007). Concepts and Principles for Tackling Social Inequities in Health: Levelling up Part 1. Copenhagen: Organización Mundial de la Salud.

Zore, F. (2008). Hermes and Dike. The Understanding and Goal of Platonic Philosophizing. *Synthesis Philosophica*, 46(2), 381-399.

Construyendo una cultura de promoción de la salud con sentido de identidad y pertenencia social en el marco de la Viña Saludable.

Programa de Tecnología en Promoción de la Salud, convenio CERES Puerres, Nariño, Colombia, marzo-julio, 2012

GLORIA PATRICIA CERÓN BASTIDAS

El Programa de Tecnología en Promoción de la Salud de la Universidad de Nariño, Colombia, busca desde su perspectiva misional formar talento humano capaz de generar procesos que incidan en potencializar las capacidades y recursos de las comunidades para reducir inequidades desde el criterio de corresponsabilidad de los actores sociales. En este sentido, durante el período de 2009 a 2012 el programa tuvo la oportunidad de extender su propuesta de formación académica en el municipio de Puerres mediante un convenio con el Centro Regional de Educación Superior (CERES) en un contexto predominantemente rural. La experiencia dio origen al presente proyecto, en el que se planteó como objetivo construir una propuesta para ofrecer programas y servicios amigables en promoción de la salud, complementarios a la comunidad, destinados a fortalecer los estilos y modos de vida mediante procesos de educación, empoderamiento en salud, movilización social, gestión del riesgo y fortalecimiento del desarrollo humano sostenible; con personal local cualificado, en escenarios físicos con zonas verdes que se adapten a las preferencias de la comunidades, propicios para el desarrollo de acciones colectivas y que coadyuven a motivar la cohesión social en el ejercicio de su salud como derecho.

PALABRAS CLAVE: Promoción de la salud, participación comunitaria, movilización social, empoderamiento en salud, emancipación en salud, reorientación de los servicios.



Building a culture of health promotion with an identity sense and social relevance referred to The Viña Saludable. “Health Promotion” Technology Program, CERBS Puerres Agreement, Nariño, Colombia, March-July, 2012

The Nariño University’s Program of Technology in Health Promotion , from the perspective of its mission, seeks to train human talent capable of generating processes that enhance the capacities and resources of communities to reduce inequities from the criterion of shared responsibility of social actors. In this sense, during the period from 2009 to 2012 the program had the opportunity to extend its proposal for academic training in the municipality of Puerres through an agreement with the Regional Center for Higher Education (CERBS) in a predominantly rural context. This experience gave rise to this project in which one goal is to build a proposal to offer friendly programs and services in health promotion that are complementary to the community and aimed at strengthening its styles and ways of life through education processes, empowerment in health, social mobilization, management of risk and the strengthening of sustainable human development, with qualified local personnel in physical scenarios with green areas, adapted to the preferences of the communities, conducive to the development of collective actions and that help to motivate social cohesion in the exercise of their health as a right.

Keywords: Promotion of health, community participation, social mobilization, empowerment in health, emancipation in health, reorientation of services.



Antecedentes y marco conceptual

El Programa de Promoción de la Salud de la Universidad de Nariño desarrollado en el municipio de Puerres, Colombia, en convenio con CERES y con el apoyo de la Alcaldía en el período de 2009 a 2012 constituyó una de las grandes aportaciones sociales de la comunidad, puesto que mediante la formación del recurso local en salud y los diferentes acercamientos a la población y las instituciones, se elaboró el presente proyecto que básicamente evidenció la necesidad sentida de ofertar servicios y programas complementarios en promoción de la salud que trasciendan la visión preventiva o asistencial para llegar a una visión en procesos que generen en sus participantes un pensamiento crítico, reflexivo y proactivo frente sus condicionantes en salud que influyen en el bienestar individual y colectivo.

El proyecto involucró el trabajo con gestantes, madres FAMI (del programa Familia, mujer e infancia), niños y adolescentes de la Institución Educativa Municipal (IEM) Juan XXIII, trabajadores de la empresa Coointransoceánica y los adultos mayores, para una cobertura total de 266 participantes que se articularon con la alcaldía municipal, el Centro de Salud ESE (Empresa Social del Estado) Puerres y líderes comunitarios. Del mismo modo, la propuesta retoma el aporte del diagnóstico local en el que se identifican los recursos locales, necesidades y expectativas de la comunidad en materia de calidad de los servicios, y expectativas para fortalecer procesos colectivos en promoción de la salud. Igualmente, el proyecto se sustenta en los diferentes referentes teóricos que destacan la pertinencia y efectividad de la promoción de la salud en la medida en que sus actuaciones respondan oportuna y auténticamente a las necesidades de las comuni-

dades; asimismo, se consideró el análisis de la situación demográfica y epidemiológica del contexto local. Estos referentes plasmaron problemas de salud asociados a estilos y modos de vida responsables de gran parte de la morbimortalidad y de los déficits en calidad de vida; pero también denotaron evidencia de avances en iniciativas de participación, fuentes de recursos y capacidades locales de resiliencia frente a sus determinantes sociales por medio de la construcción de alternativas de solución. Entre estas, un sistema de salud diferente que conjugue entornos propicios para la integralidad de los procesos de la promoción de la salud acorde a sus fundamentos epistemológicos basados en la estrategia de Atención Primaria en Salud y el trabajo intersectorial.

Objetivos

Fortalecer procesos de empoderamiento en salud en los diferentes grupos poblacionales según ciclo vital en la comunidad del municipio de Puerres, impulsando la cultura de la promoción de la salud y el sentido de identidad para generar pertinencia social en los procesos que comprometen el adecuado ejercicio de los deberes y derechos en salud.

Metodología

El proyecto incorporó procesos de diagnóstico participativo y acciones para la aplicación de estrategias de educación en salud, participación comunitaria, intersectorialidad y mercadotecnia social con cada uno de los grupos participantes, involucrando recursos locales existentes, representados principalmente por los mismos estudiantes del Programa de Promo-

ción de la Salud que fueron en su mayoría oriundos del mismo municipio y que en conjunto con sus docentes y otros actores sociales lideraron actividades tendientes a promocionar deberes y derechos en salud, estilos y modos de vida saludables, habilidades para la vida y la construcción de la propuesta de creación de un escenario físico específico para la prestación de servicios integrados en promoción de la salud.

Resultados

Para realizar la valoración del proceso de análisis de resultados finales del proyecto, se promediaron los indicadores de cobertura, calidad y efectividad, y se obtuvo un nivel óptimo de cumplimiento de 95%, que refleja la participación y compromiso de la comunidad e instituciones en las diversas intervenciones planteadas. En los resultados se encuentran 34 talleres, cinco carteles alusivos a deberes y derechos de las gestantes, niños, adolescentes, adultos y adultos mayores, así como material publicitario difundido en la marcha de movilización social y que convocó a los 266 participantes el 24 de junio de 2012. A la misma asistieron directivos y representantes institucionales de la alcaldía, del Centro de Salud BSE Puerres, docentes, líderes comunitarios, con el apoyo de otros recursos locales como banda municipal, los grupos de baile, funcionarios de la defensa civil y la policía. Además se programaron eventos de animación sociocultural que contaron con la participación activa de la comunidad. De igual forma, se elaboraron algunos lineamientos para la construcción de un escenario específico para la presentación de eventos colectivos orientados a la prestación de servicios integrados en promoción de la salud denominado “Viña Saludable”

adaptado a las preferencias de la comunidad y a la condición de ruralidad que resaltan la importancia de las zonas verdes, que permiten maximizar el contacto con el entorno natural y favorecen el desarrollo de acciones colectivas en el marco de la salud desde el enfoque positivo que promueve la promoción de la salud, como espacios específicos para fomento del acondicionamiento físico, eco parques, espacios para la realización de talleres grupales, salas de proyección de cine foro, huertas y cocinas.

Conclusiones y recomendaciones

1. La creación de escenarios físicos propicios para la prestación de servicios integrados en promoción de la salud en las diferentes localidades puede optimizar las opciones en el mejoramiento de la calidad de vida y el bienestar colectivo al facilitar el desarrollo de las estrategias de la promoción de la salud y supone un proceso emancipatorio de los modelos actuales de prestación de los servicios de salud en los cuales el foco es la atención de la enfermedad en espacios clínicos y hospitalarios cerrados que maximizan la atención asistencial de enfoque individual históricamente arraigados a una lógica que responde a una idea de sistema de mercado predominante.

2. La promoción de la salud a través de sus líneas estratégicas se consolida en un fuerte catalizador del desarrollo de las localidades al incrementar su sentido de identidad, cohesión, movilización social y empoderamiento. Por tanto, es imprescindible aunar esfuerzos para instaurar el rol de la Promoción de la Salud en la agenda política de las comunidades y seguir desmitificando la visión reduccionista que impide su adecuado despliegue. Este reto

implica a su vez cuestionar la actual oferta de los recursos humanos en salud que forman las universidades e instituciones educativas desde el pregrado, dado que estas siguen respondiendo al enfoque biomédico o clínico. Por ello es preciso expandir la apertura a nuevas formas de abordaje de la salud que integren de manera más pertinente el componente social.

3. El análisis tanto de los determinantes sociales en salud como del determinismo social en salud del contexto local permiten una visión más integral de las iniciativas que se pueden desarrollar a partir del enfoque de la Promoción de la Salud considerando el potencial endógeno e identificar competencias en términos de corresponsabilidad y sostenibilidad a los procesos orientados a mejorar la calidad de vida de la comunidad.

4. El aporte de la acción social de las universidades en los contextos locales mediante la oferta de programas académicos de calidad, como el que brindó el Programa de Tecnología en Promoción de la Salud en el municipio de Puerres, contiene un gran potencial de desarrollo endógeno, no solo por la cualificación del recurso humano en salud desde el enfoque socioformativo, sino por el grado de reconocimiento, aprecio y simbolismo que las experiencias de las prácticas generaron en la comunidad participante.

5. El proceso de acompañamiento docente durante el proyecto fue sin lugar a dudas una experiencia profundamente enriquecedora por el nivel de compromiso que los estudiantes asumieron frente a la comunidad de la cual ellos formaban parte, el trabajo intersectorial, el reto del posicionamiento de un

perfil en salud diferente a los tradicionales caracterizado por su amplio sentido de responsabilidad social y capacidad de gestión comunitaria.



Bibliografía

Arroyo, Hiram V. (2019). La formación de recursos humanos y el desarrollo de competencias para la capacitación en Promoción de la Salud para la América Latina. *Global Health Promotion* 16(2): 66-72. Recuperado de <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1757975909104111>

Breilh, Jaime (2013, 29 de noviembre). Justicia ambiental, justicia social, y determinantes ambientales de la salud. Ponencia. *VIII Congreso Internacional de salud pública. Justicia social, derechos humanos y equidad en salud*. Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. Plaza Mayor.

Benach J., y Muntaner, C. (2005). Aprender a mirar la salud. ¿Cómo la desigualdad daña nuestra salud? Instituto de Altos Estudios en Salud Pública, pp. 1-34. Recuperado de https://manifestacioglobal13obcn.files.wordpress.com/2012/09/aprender_a_mirar_la_salud.pdf

Buck, C. (1996). Después de Lalonde: la creación de la salud. En: *Promoción de la salud: una antología*. Publicación Científica Núm. 557. Washington, D.C.: OPS. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/32552/8598.pdf?sequence=1>

Di Leo, P. F. (2009). La promoción de la salud como política de subjetividad: constitución, límites y potencialidades de su institucionalización en las escuelas. *Salud colectiva*. 5(3), 377-389. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652009000300006&lng=es&nrm=iso

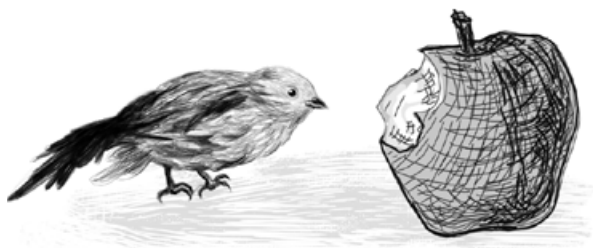
Diez, E. y Peirò, R. (2004). Intervenciones para disminuir las desigualdades en salud. *Gac. Sanit.* [serie en línea] 18(4), 158-167. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400025&lng=es&nrm=iso.

Hernández Álvarez, M. (2008). El concepto de equidad y el debate sobre lo justo en salud. *Rev. Salud Pública*. Universidad Nacional de Colombia. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v10s1/v10s1a07.pdf>

Lalonde, M. (1996). El concepto de “campo de la salud”: una perspectiva canadiense. En: *Promoción de la Salud: una antología*. Publicación Científica Núm. 557. Washington, D.C.: OPS; 1996. pp. 3-5. Organización Panamericana de la Salud, Colombia. Módulo de Políticas Públicas. Recuperado de <https://med.unne.edu.ar/sitio/multimedia/imagenes/ckfinder/files/files/aps/El%20concepto%20de%20Campo%20de%20Salud%20-%20Una%20perspectiva%20canadiense.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2007). 60ª Asamblea Mundial de la Salud. Promoción de la salud en un mundo globalizado. Recuperado de http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/whassa_wha60-rec1/s/whass1_wha60rec1-sp.pdf

Intervención educativa alimentaria en la escuela primaria Profesor Salvador Varela Reséndiz en Zacatecas



BLANCA ITZEL SOLANO HERNÁNDEZ
CRISTINA ALMEIDA PERALES
DELLANIRA RUÍZ DE CHÁVEZ RAMÍREZ
ZIGMA NAYELLI HERNÁNDEZ GÓMEZ

Objetivo: Evaluar una intervención educativa alimentaria en niños de la escuela primaria Profesor Salvador Varela Reséndiz con el fin de incrementar el conocimiento y la disponibilidad de alimentos saludables en niños. **Material y métodos:** cuasiexperimental, analítico, comparativo y longitudinal con una muestra aleatoria simple, población de 170 niños de 5 a 11 años de edad. El cuestionario para niños constó de 35 preguntas sobre datos personales, disponibilidad de alimentos y conocimiento sobre alimentación saludable. Se utilizó la prueba *t-Student* pareada con un intervalo de confianza del 95%. **Resultados:** se obtuvo un incremento de conocimiento sobre alimentación saludable; la media de respuestas correctas durante las etapas del diagnóstico y evaluación final correspondió a 5.7 y 6.2 puntos respectivamente, lo cual indicó una diferencia significativa ($p=0.000$). Asimismo, la disponibilidad de alimentos en el lonche mostró un impacto positivo después de la intervención, con la disminución de preparaciones ($p\leq 0.05$) como molletes, tortas, helado, nachos, palomitas y cereal de caja. **Conclusiones:** la intervención educativa resultó exitosa con el incremento de los conocimientos sobre alimentación saludable y disponibilidad alimentaria en el lonche; es imprescindible la aplicación efectiva de los lineamientos generales para la distribución y venta de alimentos y bebidas en las escuelas de nivel básico a fin de promover una alimentación saludable.

PALABRAS CLAVE: intervención educativa, conocimiento, alimentación saludable, disponibilidad de alimentos.

Educational nutritional intervention in the Profesor Salvador Varela Reséndiz primary school in Zacatecas, Mexico

Objective: To evaluate an alimentary educational intervention for scholars in the Prof. Salvador Varela Resendiz elementary school with the aim of increasing the knowledge about and availability of healthy food. **Materials and methods:** the design was quasi experimental, analytical, pre-test-posttest, longitudinal. The sampling was simple and random with a 332 children aged 5-11. The exam consisted in 35 questions on personal data, the availability of healthy food and knowledge about it. The test used was the *t-Student* with a confidence interval of 95%. **Results:** the scholars increased their knowledge about healthy food, the average correct answers in pre and post test was 5.7 and 6.2 points respectively, showing a significant difference ($p=0.000$). Likewise, the food availability for lunch obtained a positive result with the reduction of preparations ($p<0.05$) like *molletes*, *tortas*, ice cream, nachos, popcorn and boxed cereal. **Conclusion:** the educational intervention was successful with an increase in alimentary knowledge and healthy food availability for lunch; nevertheless, an implementation of guidelines for the distribution and sale of food and beverages in elementary schools is necessary to promote healthy eating habits.

Keywords: alimentary knowledge, healthy food availability, educational intervention.

Introducción

Actualmente la población infantil mexicana enfrenta un grave problema de Salud Pública, correspondiente a una alta prevalencia de sobrepeso y obesidad. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2016) ha reportado que al menos tres de cada diez escolares se han encontrado en esta condición. Peor aún cuando se evidenció que la obesidad en particular ha aumentado en las últimas dos mediciones (ENSANUT, 2012 y 2016).

Las causas de la obesidad infantil son multifactoriales y el consumo de alimentos industrializados con gran cantidad de azúcar, grasa y sodio se colocan dentro de las causas inmediatas, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004). Las mismas se vinculan con la disponibilidad y elección de los alimentos, y éstas a su vez con procesos psicosociales, económicos y de producción de alimentos (Almeida, Ruiz, García, García, y Soto, 2015).

La disponibilidad alimentaria es la cantidad de alimentos para consumo humano existentes en el país o importados (Perea y Hernando, 2009). Para los mexicanos, algunos alimentos se han vuelto necesarios para el consumo diario; entre ellos están la mayonesa, azúcar, bebidas embotelladas, galletas, pan blanco y dulce, tortillas, embutidos, carne de res, naranja, papaya y plátano. Asimismo, el aceite, huevo, leche fresca, crema y margarina; en las verduras destacan la zanahoria, jitomate, cebolla, chile, ajo y lechuga (Torres, 2003).

No obstante, se ha reportado una mala alimentación en los escolares, como es el bajo consumo de verduras, frutas y leguminosas (ENSANUT, 2016). Ante ello, organismos internacionales como la OMS sugieren acciones de promoción de la salud mediante intervenciones educativas en alimentación y nutrición. Como se sabe, la promoción de la salud comprende las acciones de educación que tienden a modificar los hábitos cotidianos que llevan a



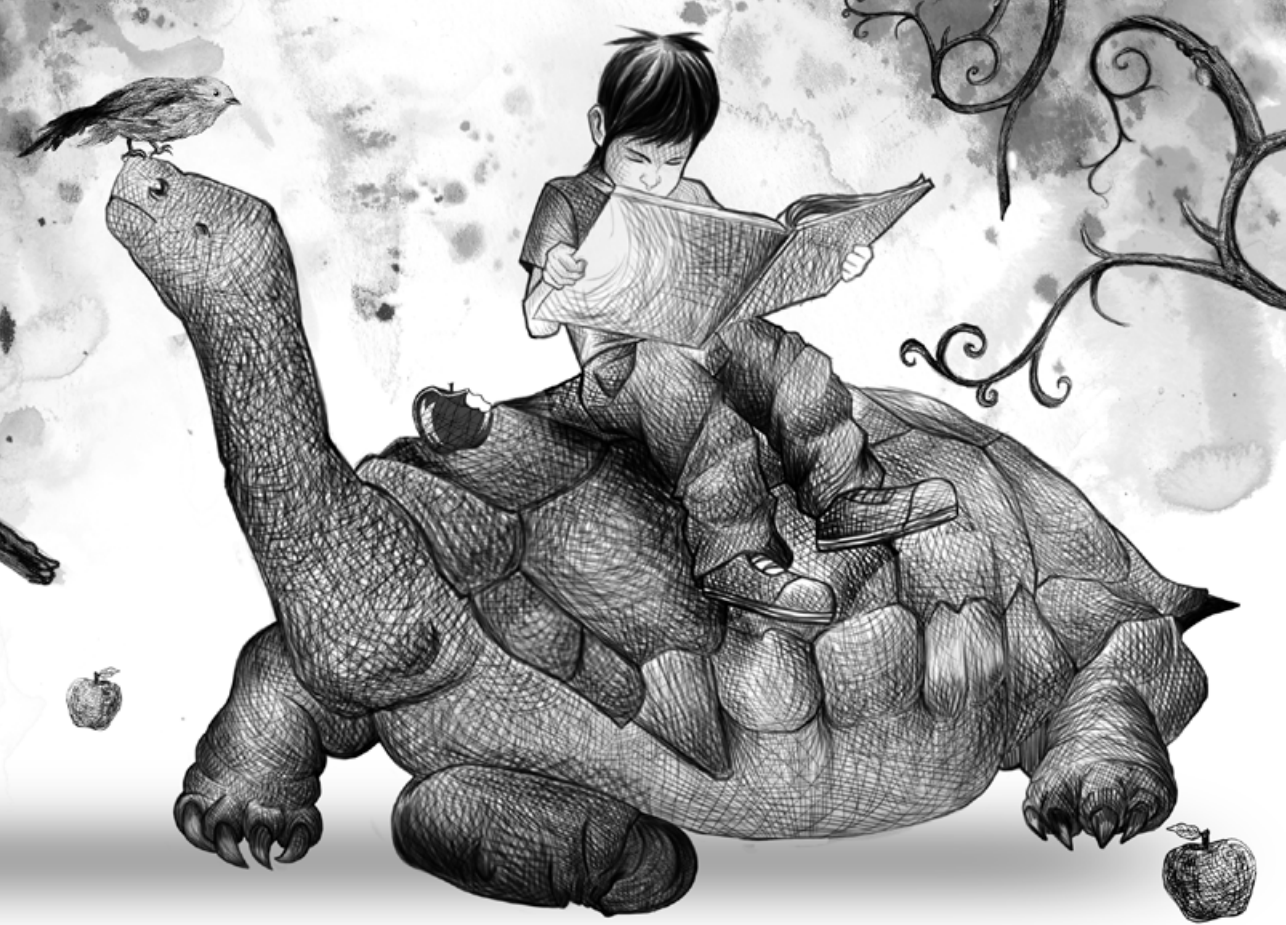
la población, mediante su participación y responsabilidad, a adoptar estilos de vida saludables con el fin de lograr su adecuado desarrollo físico, mental y social (Vargas, 2006).

Algunas intervenciones educativas se han realizado con el fin de desarrollar aptitudes personales y el fomento de entornos saludables. En Argentina, una intervención con el objetivo de promover estilos de vida saludables en una población de 214 niños escolares, mediante el diagnóstico de situación, educación alimentaria nutricional y un kiosko saludable, incrementó post intervención la demanda de cereales panificados y frutas ($p < 0.05$) (Scruzzi, Cebreiro, Pou y Rodríguez, 2014).

La acción realizada en un grupo de intervención con 36 niños y grupo control

de 18 niños, desarrolló seis sesiones. Sin embargo, los resultados no mostraron tener relevancia en la disminución del consumo de dulces (Nabors, Burbage, Woodson y Swoboda, 2015). Otra intervención abordó dos escuelas con una muestra de 817 niños; impartió 9 talleres participativos de 60 minutos cada uno. Con ello se aumentó el conocimiento sobre el aporte de vitaminas y minerales en frutas y verduras solo en una de las escuelas ($p < 0.01$) (Vio, Salinas, Montenegro, González y Lera, 2014).

A escala nacional, se identificaron intervenciones que contribuyeron a una alimentación saludable por medio de pláticas y carteles publicitarios dirigidos a escolares; asimismo, se valieron tam-



bién de premiación por consumo y disponibilidad de alimentos saludables en la tienda escolar.

La disponibilidad de alimentos saludables después de la intervención fue significativa ($p \leq 0.05$) (Quizán, Villareal, Esparza, Bolaños y Díaz, 2014). Un estudio con una población de 1620 escolares duró tres años; los talleres se basaron en el lavado de manos, cepillado de dientes y con dos talleres de una hora se aumentó el conocimiento en nutrición ($p = 0.003$) (Shamah et al., 2017).

De esta manera y con el ímpetu de contribuir en la búsqueda de una mejor alimentación en la población escolar de México, el objetivo de la investigación fue evaluar una intervención educativa

alimentaria en niños de una escuela de educación básica en la ciudad de Zacatecas con el fin de incrementar el conocimiento y la disponibilidad de alimentos saludables.

Material y métodos

La intervención educativa alimentaria se realizó en 170 niños y niñas escolares de 5 a 11 años de edad de la escuela primaria Profesor Salvador Varela Reséndiz de la Ciudad de Zacatecas, como se muestra en la Tabla 1, se realizó un estudio cuasiexperimental, analítico, comparativo y longitudinal, bajo un muestreo probabilístico simple con un intervalo de confianza de 95%.

Tabla 1. Selección de participantes

	Grupo y Grado	Escolares por grupo	Selección de escolares
1	1D	28	17
2	3A	35	17
3	3B	32	17
4	3D	32	17
5	4A	30	17
6	4C	34	17
7	4D	31	17
8	5B	40	17
9	5C	37	17
10	5D	33	17
Total		332	170

Después de recibir el consentimiento informado por parte de los padres de familia y alumnos se aplicó un cuestionario pre-post intervención, en el que se consideraron variables sociodemográficas, culturales y conocimiento en alimentación saludable. El cuestionario constó de 35 preguntas (4 de datos personales, 7 de antropometría, 6 de hábitos de alimentación, 11 de disponibilidad alimentaria y 7 de conocimiento sobre alimentación saludable).

Para el diagnóstico antropométrico se utilizó una báscula Beurer con máxima carga de 150 kg y con un grado de precisión de 100 g; un estadímetro portátil Seca 213 con un rango de 2.05 m y un grado de error de 5 mm; un plicómetro Harpenden con un rango de medición de 0 a 80 mm y una precisión de 10 g/mm²; la cinta de fibra de vidrio Body Flex con una longitud de 0 a 180 cm, esfigmomanómetro y estetoscopio RAMEL.

Los datos obtenidos se valoraron según el patrón de crecimiento del índice de masa corporal (IMC) para la edad, (OMS, 2007). El pliegue tricípital se diagnosticó según el área grasa del brazo (Frisancho, 1990); para la circunferencia de brazo se utilizó la mediana y quinto percentil (OMS, 2000); la circunferencia de cintura se evaluó según la fórmula de Maffei, Banzato y Talamini (2008); la relación perímetro, cintura y talla, según el Manual de fórmulas y tablas para la intervención nutricional (2008).

Se utilizó el sistema de clasificación de alimentos NOVA (Monteiro et al., 2015), para evaluar la disponibilidad de alimentos en el desayuno y el lonche pre-post intervención. De acuerdo con los resultados del diagnóstico, la intervención se planeó y diseñó con base en tres talleres con los temas: plato del buen comer, lonche saludable y consumo de agua natural. Se efectuó el procesamiento de la información mediante estadística descriptiva y con la prueba *t-Student* para muestras relacionadas, así como la prueba de proporciones de X^2 (ji cuadrada) mediante el software SPSS versión 22.


Resultados

El diagnóstico del estado nutricional de los escolares mostró, según el IMC, con posible riesgo de sobrepeso a 27.4%, mientras el sobrepeso y obesidad fue de 17%. La circunferencia de brazo y el pliegue tricípital se utilizaron para obtener el porcentaje de grasa; se encontró por arriba del promedio a solo 0.7% y de acuerdo con la circunferencia de cintura, el 28.9% con riesgo cardiovascular, lo cual resaltó la necesidad de programas de intervención educativa alimentaria.

En cuanto a los hábitos de alimentación, la intervención tuvo impacto en el aumento de escolares que realizaron su desayuno antes de ir a la escuela, de 71% a 81% ($p=0.000$), asimismo se encontraron diferencias significativas en la proporción de quién preparaba su desayuno ($p=0.000$) y su lonche ($p=0.000$), en donde cabe destacar, aumentó la participación del niño mismo en esta, con cinco puntos porcentuales en ambas comidas. Disminuyó para la categoría de “Nadie” en 3.7% en el desayuno y 14.1% para el lonche, igualmente hubo diferencia significativa ($p=0.02$) en la pregunta “¿Consideras que tu desayuno y lonche son saludables?”, que pasó de 87.5% a 86.6%.

En la siguiente tabla se recopiló la información concerniente al consumo que hicieron los escolares el día de la aplicación de la encuesta y se valoró de acuerdo con el sistema de clasificación de alimentos NOVA. Se muestra que la ingesta de alimentos sin procesar aumentó en el desayuno ($p\leq 0.01$) y en el lonche con diferencia significativa ($p\leq 0.02$), como se muestra en la Tabla 2.

Tabla 2. Consumo de alimentos en el desayuno y lonche según clasificación NOVA

	Promedio de porciones (desviación estándar)			
	Desayuno		Lonche	
	Antes	Después	Antes	Después
Alimentos sin procesar	1.1 (0.8)	1.5 (0.9)*	0.9 (1.0)	1.2 (1.3)**
Ingredientes procesados	0.5 (0.9)	0.2 (0.7)*	0.01 (0.1)	0.00 (0.0)
Alimentos procesados	0.3 (0.6)	0.06 (0.4)*	0.9 (0.8)	0.7 (0.8)
Alimentos ultraprocesados	0.7 (0.7)	0.5 (0.8)	1.8 (1.1)	1.5 (1.7)

* $p\leq 0.01$ ** $p\leq 0.02$ para la prueba χ^2

Para la valoración de la disponibilidad alimentaria semanal en el lonche, el cual se realiza dentro de la escuela, se encontró que el sándwich fue la preparación más frecuente, el cual normalmente se llevó desde casa; otras preparaciones populares fueron el coctel de frutas, tamal, frutas con yogurt, galletas, molletes, papitas fritas, tortas, helados y nachos, los cuales se venden en la cooperativa escolar (Tabla 3). De acuerdo con la prueba *t-Student*, las preparaciones que mostraron una disminución significativa después de la intervención fueron los molletes, tortas, helados, nachos, palomitas y cereal de caja ($p\leq 0.05$).

Tabla 3. Disponibilidad de alimentos para el lonche, preparaciones

Preparaciones	Promedio semanal (desviación estándar)		Preparaciones	Promedio semanal (desviación estándar)	
	Antes	Después		Antes	Después
Sándwich	2.5 (2.3)	2.1 (2.0)	Tacos	0.6 (1.4)	0.5 (0.9)
Coctel de frutas	1.5 (2.5)	1.2 (1.7)	Burritos	0.6 (1.3)	0.5 (0.9)
Tamal	1.5 (1.6)	1.5 (1.4)	Palomitas	0.7 (1.0)	0.4 (0.9)*
Frutas con yogurt	1.5 (2.3)	1.2 (1.5)	Arroz	0.9 (1.5)	0.7 (1.3)
Galletas	1.4 (1.8)	1.2 (1.7)	Hotdog	0.8 (1.3)	0.9 (1.3)
Molletes	1.4 (1.6)	0.7 (1.3)*	Pan dulce	0.6 (1.4)	0.6 (1.3)
Papitas fritas	1.4 (1.9)	1.4 (1.7)	Cereal de caja	0.9 (1.5)	0.6 (1.2)*
Tortas	1.3 (2.4)	0.8 (1.1)*	Hamburguesas	0.5 (1.3)	0.5 (1.0)
Helado	1.1 (2.8)	0.5 (1.2)*	Pizza	0.6 (1.3)	0.5 (0.8)
Nachos	1.0 (1.8)	0.7 (1.2)*	Ensalada	0.9 (1.4)	0.9 (1.4)

* $p \leq 0.05$ para la prueba *t-Student*

Continuando con la información de la disponibilidad alimentaria en el lonche, se muestra por grupos de alimentos (Tabla 4). Hubo un incremento en el consumo de agua natural, que pasó de 3.3% a 3.8%; sin embargo, no fue significativo; tampoco disminuyó el consumo de jugo de caja/bolis, ni de dulces. Los alimentos de origen animal de los que disminuyeron su consumo fueron: salchicha, queso y carne de res ($p \leq 0.05$); también disminuyó el consumo de frijoles y papas ($p \leq 0.05$).

Tabla 4. Disponibilidad de alimentos para el lonche, grupos de alimentos

	Promedio Semanal (desviación estándar)			Promedio Semanal (desviación estándar)	
	Antes	Después		Antes	Después
Bebidas			Alimentos de origen animal		
Agua natural	3.3 (3.4)	3.8 (2.9)	Leche	1.7 (2.2)	1.4 (1.6)
Agua de frutas	1.7 (2.4)	1.4 (2.7)	Jamón	1.6 (2.1)	1.4 (1.6)
Jugo de fruta	1.5 (2.2)	1.3 (1.7)	Salchicha	1.4 (2.0)	0.7 (1.3)*
Jugo de caja/bolis	1.4 (1.9)	1.0 (1.5)	Queso	1.0 (2.1)	0.6 (1.3)*

Tabla 4. Disponibilidad de alimentos para el lonche, grupos de alimentos

Refresco	1.1 (1.9)	0.6 (1.4)*	Carne de res	0.8 (1.7)	0.4 (1.7)*
Atole	1.0 (1.6)	0.9 (1.5)	Carne de pollo	0.8 (1.5)	0.7 (1.3)
Dulces	2.0 (2.5)	1.7 (1.8)	Pescado	0.5 (1.0)	0.3 (0.9)
Gelatinas	1.0 (1.8)	0.6 (1.2)*	Huevo	1.5 (2.0)	1.0 (1.5)*
Frutas			Leguminosas		
Fresa	1.8 (2.3)	1.3 (1.5)	Frijoles	1.5(2.3)	1.0 (1.5)*
Sandía	2.1 (0.2)	1.8 (0.1)*	Verduras		
Fresa	1.8 (0.2)	1.2 (0.1)*	Lechuga/repollo	1.2 (0.1)	0.8 (0.1)*
Manzana, mango	2.3 (2.8)	1.9 (1.8)*	Pepino	2.0 (2.1)	1.7 (1.2)
Naranja, guayaba	2.1 (2.6)	1.9 (1.9)	Cebolla	0.5 (1.6)	0.3 (0.9)
Plátano	1.8 (2.2)	1.8 (1.8)*	Zanahoria	1.3 (1.8)	1.1 (1.5)
Aguacate	1.2 (2.3)	0.9 (1.4)	Espinaca	0.5 (1.4)	0.4 (1.1)
Melón, papaya	1.7 (2.7)	1.3 (1.7)	Jitomate	1.0 (1.6)	1.1 (1.5)
Tuna	1.0 (2.0)	0.9 (1.4)*	Nopales	0.6 (1.5)	0.5 (1.1)
Limón	1.5 (2.0)	1.3 (1.7)	Jicama	1.9 (0.2)	1.4 (0.1)*
Oleaginosas			Cereales		
Nueces, cacahuates	1.3 (2.3)	0.7 (1.5)*	Papa	0.9 (1.7)	0.5 (1.1)*
			Elote	0.9 (1.8)	0.7 (1.1)

* $p \leq 0.05$ para la prueba *t-Student*

En cuanto al indicador de conocimientos en alimentación saludable, se evaluó el número de aciertos correctos. Se consideraron siete ítems para este propósito, de tal manera que los promedios pre y post intervención fueron de 5.7 y 6.7 puntos, respectivamente.

De acuerdo con la prueba *t-Student* para muestras relacionadas se encontró diferencia significancia de ($p=0.000$), es decir, que la intervención educativa incrementó el conocimiento sobre alimentación saludable.

Dentro de las preguntas dedicadas al conocimiento en alimentación saludable, se identificó que los escolares presentaron desde la etapa del diagnóstico mayor dominio en lo referente al plato del buen comer. Las preguntas que contribuyeron a obtener un incremento de conocimiento fueron: “¿Qué es una alimentación saludable?” ($p=0.006$) y “¿Cuál es la comida más importante del día?” ($p=0.008$); sin embargo, el conocimiento sobre medición de energía de los alimentos necesita ser reforzado.

Discusión

Como ya se indicó, la intervención educativa efectuada mostró un aumento en el conocimiento sobre alimentación saludable al igual que otras intervenciones realizadas en México, como fue el programa de servicios SaludArte (Shamah et al., 2017) cuyo diagnóstico se basó en el IMC para las tres cohortes; la primera, en 2013, obtuvo 49.5% para sobrepeso y obesidad; en 2014 la cifra disminuyó a 44.4% y en 2015 aumentó 0.9 puntos porcentuales, además se incrementó el conocimiento en nutrición ($p=0.003$). Para esta intervención el diagnóstico de IMC mostró una cifra menor a la media para 2016 que fue de 33.2% (ENSANUT, 2016).

A escala internacional, también se identificaron intervenciones educativas alimentarias que obtuvieron resultados exitosos para el incremento en el conocimiento sobre alimentación saludable ($p<0.01$) (Vio, Salinas, Montenegro, González y Lera, 2014). Al igual que en esta intervención, el promedio para el conocimiento en alimentación saludable aumentó ($p=0.000$). Otra intervención efectiva mejoró el conocimiento ($p=0.05$) (Villiers et al., 2016).

Asimismo, se realizó una intervención con el objetivo de promover estilos de vida saludables en niños escolares; como resultado, 75% de los niños llevaron alimentos como lonche desde su casa. En concordancia con los resultados para esta intervención, disminuyó el porcentaje de niños a quienes nadie prepara el desayuno y el lonche (Scruzzi, Cebreiro, Pou, y Rodríguez, 2014).

En cuanto al consumo de dulces no se logró el resultado deseado al evaluar la intervención educativa, ya que la disponibilidad en la tienda escolar continuó post intervención y no disminuyó su consumo (Nabors, Burbage, Woodson y Swoboda, 2015), pese a ser uno de los alimentos no permitidos de acuerdo con los lineamientos generales para el expendio y distribución de alimentos y bebidas preparados y procesados en las escuelas del sistema educativo nacional (Secretaría de Educación Pública, 2014).

Dentro de las intervenciones realizadas a nivel nacional para modificar la alimentación en las escuelas, se realizaron pláticas educativas para padres y escolares, se usaron folletos y carteles publicitarios dentro del aula para incentivar una mayor disponibilidad de alimentos saludables, la cual aumentó después de la intervención ($p\leq 0.05$) (Quizán, Villareal, Esparza, Bolaños y Díaz, 2014). Para esta intervención, disminuyó ($p\leq 0.05$) el consumo post intervención para el lonche de refresco, gelatinas, salchicha, queso, carne de res, huevo, frijoles, sandía, fresa, manzana, mango, tuna, plátano jícama, lechuga/repollo, cacahuates, nueces.

Conclusión

En México, las cifras de sobrepeso y obesidad van en aumento en niños de 5 a 11 años de edad, lo que se debe a desigualdades sociales, dentro de las que se encuentran la falta de oportunidades de trabajo con sueldos dignos y seguridad social, y la accesibilidad y disponibilidad de alimentos saludables, puesto que por la alta disponibilidad

y el bajo costo de los productos industrializados, estos son frecuentemente consumidos por los escolares y contienen grandes cantidades de sodio, azúcar y grasa.

Dichos productos se venden dentro y fuera de las escuelas, por lo que es imprescindible la aplicación efectiva de los lineamientos generales para la distribución y venta de alimentos y bebidas en las escuelas de nivel básico con el propósito de promover una alimentación saludable. La promoción de la salud es una prueba fehaciente de mejora en la calidad de vida gracias al desarrollo de conductas dirigidas a lograr una alimentación sana, y una estrategia para lograrlo es la implementación de intervenciones educativas; la realizada en la escuela primaria Profesor Salvador Varela Reséndiz resultó exitosa con el incremento de los conocimientos sobre alimentación saludable y disponibilidad alimentaria en el lonche.



Bibliografía

Almeida Perales, C., Ruiz de Chávez Ramírez, D., García Zamora, P., García Zamora, R., y Soto Esquivel, R. (2015). Causas estructurales del sobrepeso y obesidad en escolares de Zacatecas. *Ibn Sina*, [S. I.], 6(1), oct. 2017. Recuperado de: <http://revistas.uaz.edu.mx/index.php/ibnsina/article/view/10>

De Villiers, Steyn, N., Draper, C. E., Hill, J., Gwebushe N., Lambert, E. V., y Lombard, C. (2016). Primary school children 's nutrition knowledge, self-efficacy, and behavior after a three year healthy lifestyle intervention (HealthKick). *Ethnicity & Disease*. DOI:10.18865/ed.26.2.171

Eufic (2006). The Factors that influence our food choices. Recuperado de <https://www.eufic.org/en/healthy-living/article/the-determinants-of-food-choice>

Instituto Nacional de Salud Pública [ENSANUT] (2012). Recuperado de <http://ensanut.insp.mx/>

_____ (2016). Recuperado de <http://www.insp.mx/avisos/4576-resultados-ensanut-mc-2016.html>

Maffei, C., Banzato, C., y Talamini, G. (2008). Waist to height ratio, a useful index to identify high metabolic risk in overweight children. *The Journal of Pediatrics*, 152(2), 207-213. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2007.09.021>

Monteiro, C. A., Cannon, G., Levy, R., Moubarac, J. C., Jaime, P., Martins, A. P., Canella, D., Louzada, M., y Parra, D. (2015). NOVA. The star shines bright. *World Nutrition Journal*. Recuperado de <https://worldnutritionjournal.org/index.php/wn/article/view/5>

Nabors, L., Burbage, M., Woodson, K., y Swoboda, C. (2015). Implementation of an after-school obesity prevention program: helping young children toward improved health.

Issues in comprehensive pediatric nursing, 38(1), 22–38. <https://doi.org/10.3109/01460862.2014.973081>

Organización Mundial de la Salud [OMS] (1981). Development of indicators for monitoring progress towards health for all by the year 2000. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/40672/9241800046.pdf;jsessionid=B39CC-993081DFD428602723A19D3F595?sequence=1>

_____ (2004). 57ª Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra. Recuperado de: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_REC1-sp.pdf

_____ (2007). Patrones de crecimiento infantil, IMC para la edad. Recuperado de https://www.who.int/childgrowth/standards/imc_para_edad/es/

Perea Quesada, R., y Hernando Sanz, M.A. (2009). Alimentación y educación física como factores de salud y calidad de vida. En Perea, R. (Dir.), *Promoción y educación para la salud: Tendencias innovadoras* (pp. 47-62). España: Díaz de Santos.

Quizán-Plata, T., Villareal Meneses, L., Esparza Romero, J., Bolaños Villar, A. V., y Díaz Zavala, R. G. (2014). Programa educativo afecta positivamente el consumo de grasa, frutas, verduras y actividad física en escolares mexicanos. *Nutricion hospitalaria*, 30(3), 552-561. <https://doi.org/10.3305/nh.2014.30.3.7438>

Safdie, M., Lévesque, L., González-Casanova, I. (2013). Promoting healthful diet and physical activity in the Mexican school system for the prevention of obesity in children. México. Recuperado de <http://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5137>

Scruzzi, G., Gebreiro, C., Pou, S., Rodríguez Junyent, C. (2014). Salud escolar: una intervención educativa en nutrición desde un enfoque integral. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-367X2014000200003

Secretaría de Educación Pública (16 de mayo de 2014). Lineamientos generales para el expendio y distribución de alimentos y bebidas preparados y procesados en las escuelas del Sistema Educativo Nacional. Recuperado de <https://alianzasalud.org.mx/wp-content/uploads/2014/03/>

Secretaría de Salud (2013). Estrategia Nacional para la Prevención y el Control de Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes. Recuperado de <http://www.cenaprece.salud.gob.mx/descargas/pdf/EstrategiaNacionalSobrepeso.pdf>

Shamah-Levy, T., Cuevas-Nasu, L., Gómez-Acosta, L. M., Morales-Ruan, M. C., Méndez-Gómez-Humarán, I., Robles-Villaseñor, M. N., y Hernández-Ávila, M. (2017). Efecto del programa de servicios SaludArte en los componentes de alimentación y nutrición en escolares de la Ciudad de México. México. Recuperado de <http://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/8116>

Steyn, N., Villiers, A. d., Nomonde Gwebushw, C. D., Hill, J., Mariana de Waal, L. D., Lombard, C., y Lambert, E. (2015). Did HealthKick, a randomised controlled trial primary school nutrition intervention improve dietary quality of children in low-income settings in South Africa? África. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2282-4>

Torres Torres, F. (2003). La alimentación de los mexicanos al final del milenio: de la diversidad a la homogeneidad regional. Recuperado de <http://bvsper.paho.org/texcom/nutricion/pr27.pdf>

Vargas Ocampo, F. (2006). *Educación para la salud*. México: Limusa.

Vio, F., Salinas, J., Montenegro, E., González, C. G., y Lera, L. (2014). Efecto de una intervención educativa en alimentación saludable en profesores y niños preescolares y escolares de la región de Valparaíso, Chile. *Nutrición Hospitalaria*, 29(6), 1298-1304. <https://dx.doi.org/10.3305/nh.2014.29.6.7409>

Intervención educativa “Hábitos saludables” en adultos mayores de una casa de día

ANA CRISTINA FLORES GRIMALDO
GEORGINA CONTRERAS LANDGRAVE

En el presente trabajo se aborda el tema del envejecimiento saludable o activo. La definición que hace la Organización Mundial de la Salud (OMS) de este tema señala que es un proceso de optimización de oportunidades, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. Cuando las personas llegan a una edad avanzada, las cargas de discapacidad y la tasa de mortalidad se deben a la disminución de capacidades relacionada con la edad y con enfermedades no transmisibles. El objetivo de la intervención educativa fue implementar un programa de hábitos saludables que se llevó a cabo en cinco sesiones en una casa de día del Estado de México. Para ello se aplicó un instrumento que permitió conocer el entorno social. Al final se evaluó el material didáctico y las técnicas implementadas. La conclusión a la que se llegó fue que las técnicas y el material didáctico fueron adecuados para el programa educativo dirigido a adultos mayores.

PALABRAS CLAVE: envejecimiento saludable, adultos mayores, intervención educativa, hábitos saludables, casa de día

“Healthy habits” education intervention for the elderly in a daycare facility

This paper discusses healthy aging. The World Health Organization (WHO) defines it as a process in which opportunities, participation and security are optimized aiming to improve the quality of life in the elderly. When people reach an advanced age the rise in disability and mortality rates is caused by the decrease in skills caused by aging and not transmissible diseases. The aim of the education intervention was to implement a scheme of healthy habits. The intervention consisted in five sessions carried out in a daycare facility located in Estado de México. An instrument was used to explore the social environment. Likewise, the didactic materials and implementation techniques were evaluated. The conclusion was that all the didactic materials and the implementation techniques were adequate for the program for the elderly.

Keywords: Healthy aging, elderly, education intervention, healthy habits, daycare facility



JAVIER
MUÑOZ

Envejecimiento saludable y capacidad funcional

El término *envejecimiento saludable* se emplea con frecuencia en círculos académicos y políticos; sin embargo, y sorprendentemente, no hay consenso sobre lo que ese concepto podría abarcar o cómo se lo podría definir o medir. A menudo se le utiliza para referirse a un estado positivo, libre de enfermedades, que distingue entre individuos saludables y no saludables. Sin embargo, en la vejez, esta distinción es problemática debido a que numerosas personas presentan una o más afecciones a cuyo tratamiento tienen una adecuada adherencia, y el cual tiene poca influencia en su capacidad funcional. Por lo tanto, al plantear como meta una estrategia de salud pública sobre el envejecimiento, conviene notar que la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera el envejecimiento saludable en un sentido amplio, basado en el curso de la vida y en perspectivas funcionales. En su informe se define el envejecimiento saludable como el proceso de fomentar y mantener en la vejez la capacidad funcional que permite el bienestar. La capacidad funcional comprende los atributos relacionados con la salud que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella. Se compone de la capacidad intrínseca de la persona, las características del entorno que afectan esa capacidad y las interacciones entre la persona y esas características (OMS, 2015).

México atraviesa por una fase de acelerada transición demográfica, que inició en 1930 con el descenso de la mortalidad y se acentuó en 1960 con la declinación de la fecundidad. Es por ello que el Consejo Nacional de Población (CONAPO) señala que la esperanza de vida en México se ha

incrementado; en 2017 era de 75.34 años y para 2030 aumentará a 76.97 años, teniendo las mujeres mayor esperanza de vida, con 77.93 años y los hombres, 72.88 años. En 2015 lo que se considera población adulta mayor consistía en un porcentaje de 9.6% de hombres y 10.9 de mujeres, lo que para el 2030 se vislumbra que aumentará a 13.7% para hombres y 15.6% para mujeres. La población total de adultos mayores en 2015 era de 12 millones 236 mil 321 personas y para 2030 se espera que sean 20 millones 14 mil 853 personas del total de población en el país.

Transitamos en la actualidad de una población joven a otra más longeva y una alta expectativa de vida y hoy nos encontramos ante la necesidad de atender sus efectos generando respuestas institucionales y sociales para hacer frente a los desafíos presentes y futuros que representa el envejecimiento demográfico. Este proceso influirá de distintas maneras en la sociedad, la economía, la salud, la política y la cultura, de ahí la necesidad de delinear una cultura del envejecimiento que nos ayude a enfrentar con dignidad esta transición demográfica. Es necesario transformar nuestra manera de ser y de pensar, adaptándonos a los nuevos ritmos de la vida social, a las nuevas normas y expectativas sociales relacionadas con la edad, a fenómenos como las nuevas familias multigeneracionales y el surgimiento de nuevas formas de vivir y ser, que tendrán profundas y múltiples consecuencias para las relaciones sociales y familiares, de género e intergeneracionales; de ahí la gran necesidad de apostarle a una nueva y efectiva cultura del envejecimiento (INAPAM, 2010).

Esta población en específico, por sus características, representa un grupo vulnerable que además no es activo para la sociedad. A él se destinan recursos en sa-

lud para enfermedades no transmisibles tales como la diabetes, demencias, la hipertensión arterial, cáncer, enfermedades cardiovasculares, problemas respiratorios y del sueño. Con el envejecimiento activo se pretende que las personas en esta etapa sean independientes y tengan una calidad alta de vida. No obstante, si bien la importancia de este tema radica en la prevención, es decir, antes de que la enfermedad esté presente. Sin embargo, al presentarse un envejecimiento patológico, también es importante la prevención en cualquier estadio de la historia natural de la enfermedad; cuando ya está presente en el cuerpo de la persona, para prevenir secuelas, así como en la rehabilitación, sin dejar fuera el estadio terminal de la enfermedad, puesto que en el ciclo vital de cualquier persona cada fase es trascendental. Todo lo anterior, haciendo hincapié en que mediante la educación para la salud se generen estrategias en salud que coadyuven a fomentar estilos de vida saludables en las poblaciones. Es fundamental ver a la persona como un ente complejo en su calidad de ser biopsicosocial.

La pregunta de investigación es: ¿Qué resultados obtendremos al implementar un programa dirigido a los adultos mayores de la casa de día en relación con los recursos, objetivos y técnicas didácticas?

Para la investigación se eligió la casa de día “Benito Juárez” en el municipio de Nezahualcóyotl. Al conocer las necesidades de dicha casa de día, en relación con los espacios de consumo de alimentos, deportivos y de ocio y los estilos de vida de la población, es posible diseñar un programa educativo de hábitos saludables dirigido a los adultos mayores de una de casa de día en el municipio de Nezahualcóyotl e implementarlo, para posteriormente evaluar la implementación de dicho programa en

relación con los recursos, objetivos y técnicas didácticas planteadas.

El resultado de la presente investigación beneficiará a esta población, porque se dará a conocer el concepto de envejecimiento saludable a las personas adultas mayores.

Ámbito de aplicación

En la actualidad, el aumento de Enfermedades No Transmisibles (ENT) y demencias en edades avanzadas genera como consecuencia el incremento de gastos en salud para la familia y la necesidad de cuidado especializado para los adultos mayores que padecen alguna enfermedad crónica degenerativa o demencia, puesto que en la etapa final del ciclo vital se presenta mayor discapacidad. Es decir, los hábitos que la persona ha adoptado y llevado a cabo hasta su momento presente en relación con su ambiente y los determinantes sociales que va enfrentando a lo largo de su vida sean estos benéficos o perjudiciales para cada individuo, determinan su calidad de vida en esta etapa.

Por lo anterior, con la implementación de un programa de envejecimiento saludable se busca modificar la concepción que tiene el adulto mayor como persona de derechos fomentando su independencia y su imagen a nivel macrosocial, para que se logre ver como un ser íntegro y mejore su estilo de vida para hacerlo más saludable, mediante elecciones diarias que le ayuden a tener una buena calidad de vida en sí mismo, y en su red familiar y de amigos.

En el ámbito familiar, la percepción de la vejez misma ha sido modificada; el adulto mayor ya no es tomado como la figura de sabiduría, como se hacía en otros tiempos por ser la persona mayor dentro

del núcleo familiar, sino más bien como una carga; considerando que ha cambiado la dinámica familiar, y que ahora es de dependencia con el cuidador primario, que pudiese ser el cónyuge, la nuera o las hijas, se da a la mujer una responsabilidad mayoritaria en el cuidado del adulto mayor, en contraposición con el concepto de envejecimiento saludable que nos dice que la persona debe tener una vida activa, haciendo énfasis en las actividades que aún puede realizar de manera independiente y buscando tener una buena calidad de vida. Ante este panorama, la persona encargada, el cuidador, tiende al desgaste y cuando hay una enfermedad, tiende a caer en la conspiración del silencio, es decir, a no dejar que la persona adulta mayor conozca el estadio de su enfermedad; se generan apegos y se tiende a otras problemáticas que complejizan la enfermedad en sí misma. Con todo esto se condiciona la vida misma de la persona con enfermedad, y se le priva de su independencia y de la toma de decisiones en cuanto a su vida.

Para la sociedad actual, el envejecimiento activo trae como beneficio menos gastos en tratamientos médicos y en atención sanitaria, más personas que participen activamente en los ámbitos sociales, culturales, económicos y políticos de las sociedades, en trabajos remunerados y sin remunerar y en la vida doméstica, familiar y comunitaria. Lo anterior, además de reconocer los derechos humanos de las personas mayores y los principios de las Naciones Unidas como independencia, participación, dignidad, asistencia y realización de los propios deseos. En los países en vías de desarrollo como México, es una gran preocupación que el adulto mayor es dependiente de la población más joven, por lo que la educación sobre el envejecimiento saludable es

un recurso que se puede utilizar en beneficio de las familias y las comunidades, trabajando tanto en los sectores públicos como en los privados. Por ello, los programas de envejecimiento activo deben permitir a las personas seguir trabajando según sus capacidades y preferencias a medida que envejecen, y prevenir o retrasar las enfermedades o discapacidades que son costosas tanto para los individuos, como para sus familias y el sistema sanitario.

En el ámbito de la educación para la salud, nos interesan principalmente los determinantes que generan los riesgos en salud y las condiciones de vida y ambientales que la generan o la condicionan para tener un estilo de vida saludable. Dicho estilo de vida debe fomentar a su vez la salud modificando no coercitivamente los comportamientos individuales y colectivos para entonces mejorar el nivel de salud en el ámbito comunitario por medio de prácticas educativas y de promoción para la salud, sustentadas principalmente en la educación social, que es de corte participativo y comunitario. Se tiene el firme propósito de no solo obtener un cambio cuantitativo en los conocimientos, sino uno cualitativo en las actitudes de la colectividad que permitan no solo disponer de un amplio conocimiento, sino generar habilidades y capacidades para un comportamiento distinto ante una circunstancia dada. Así es como se concretan en niveles óptimos de salud física y social, incluyendo el ambiente y la cultura, puesto que estos elementos son importantes para un cambio de valor, que no solo se pretende realizar en un corto período de tiempo sino a largo plazo, para que se pueda disminuir la carga de discapacidad y se pueda incidir en estadios tempranos de la vida de las personas y las comunidades.

Marco metodológico

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación es un diseño de investigación acción el cual aporta un programa de intervención basado en el diseño de un instrumento para conocer la problemática, luego para analizarla y al final implementar una intervención educativa, cuyo eje principal es la emancipación, al crear conciencia sobre el proceso de envejecimiento saludable y la calidad de vida.

UBICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La intervención se hizo en una “casa de día” ubicada en el municipio de Nezahualcóyotl, Estado de México, donde se implementó un programa de “hábitos saludables”. Dicha casa son instalaciones destinadas a adultos mayores, donde se encuentra un equipo multidisciplinario para la prevención, tratamiento y cuidado de esta población. En ella se promueve el cuidado de la salud física y mental en el adulto mayor, que suele aprender nuevas cosas en ella.

UNIVERSO DE TRABAJO

Adultos mayores de la casa de día “Benito Juárez”, Nezahualcóyotl, Estado de México.

MUESTRA

30 adultos mayores, de los cuales, 95% eran independientes y 5% necesitaban silla de ruedas, bastón o andadera.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Inclusión: Adultos mayores independientes, que pertenezcan al turno matutino y den su consentimiento informado.

Exclusión: Adultos mayores que no sean de la casa de día, no sean independientes, que no pertenezcan al turno matutino y no den su consentimiento informado.

Criterios de eliminación: Quienes manifiesten su deseo de retirarse de la investigación o que no participen en las sesiones programadas.

INSTRUMENTO

En la presente investigación se utilizaron diferentes instrumentos: el primero fue el consentimiento informado por escrito dirigido a los adultos mayores.

El segundo fue un diagnóstico socio-comunitario, en el cual se les hicieron preguntas sobre los siguientes temas: datos generales (profesión, religión, nivel educativo), hábitos alimenticios, integración familiar, datos patológicos y no patológicos, situación económica.

El tercero fue la planificación y las cartas descriptivas de cada tema del programa educativo, que abordan temas sobre hábitos alimenticios.

El cuarto instrumento fueron dos rúbricas: una para evaluar el material didáctico y otra para evaluar las técnicas implementadas.

El quinto instrumento sirvió para hacer la evaluación sumativa de cada sesión, en la cual se aplicó un pre-test de cinco preguntas de acuerdo con la sesión y un post-test al término de la misma.

Sesiones educativas

Para cumplir el objetivo general desde la perspectiva de la educación para la salud, se implementó un programa de hábitos saludables dirigido a los adultos mayores en una casa de día en el municipio de Nezahualcóyotl en relación con los recursos, objetivos y técnicas didácticas; se plantearon cinco objetivos, para cuyo cumplimiento se procedió de la siguiente manera:

Para conocer las necesidades de la casa de día en relación con los estilos de vida preponderantes de las personas adultas mayores, se aplicó un estudio socio comunitario.

Se diseñó un programa sobre hábitos saludables para fomentar un estilo de vida saludable sin limitar la capacidad funcional de la persona, con el objetivo de elevar la calidad de vida de cada individuo, mediante la toma de conciencia y la apertura a generar habilidades y capacidades para tener salud y modificar los comportamientos y condiciones de salud no coercitivamente en personas y colectividades.

Se implementó el programa diseñado; al final de cada sesión se aplicó una rúbrica de evaluación para valorar los recursos y técnicas didácticos en la implementación del programa de hábitos saludables; por último, se aplicó un instrumento de evaluación diagnóstica antes de implementar la intervención, así como se aplicó otro al término de la intervención educativa, para poder contrastar y evaluar el cumplimiento del objetivo educacional. En la gráfica 1 se muestra el desempeño de las intervenciones educativas del diseño del programa “Hábitos saludables”, en la cual se observa que el nivel de asistencia fue de entre 20 y 30 personas, de las cuales al inicio se obtuvo una evaluación acerca de sus conoci-

mientos: 85% regular y 25% malo. Al final de la intervención se obtuvo una evaluación de 95% excelente y 5% regular.

Conclusiones

En el presente trabajo, en cuanto al marco teórico, se toman en cuenta los diferentes aspectos de la educación para la salud, con respecto a los hábitos saludables como la alimentación saludable, el ejercicio físico y el manejo del estrés, ya que muchas de las enfermedades crónico degenerativas son mermadas por el estilo de vida y los determinantes sociales que generan salud o enfermedad. Por lo anterior, es imperativo hacer énfasis en la promoción del derecho a la salud y a la educación, así como programas que fomenten y generen habilidades y capacidades para generar hábitos saludables.

Con respecto a la metodología utilizada en el trabajo, fue significativa para la población de adultos mayores y su implementación tuvo impacto; sin embargo, en el campo de educación para la salud, para medir los cambios se necesitaría un mayor tiempo para valorarlos de manera continua o realizar un estudio basado en frecuencias, con indicadores que nos permitan identificar los cambios logrados en un cierto período de tiempo.

En lo que concierne a los objetivos planteados, se obtuvo una intervención en educación para la salud significativa, ya que el programa logró mediante las intervenciones educativas el objetivo educacional de las cinco sesiones planteadas (como se muestra en la gráfica 1) en el programa de “Hábitos saludables”. Se fomentó en el adulto mayor una toma de conciencia, mediante la identificación de factores de riesgo que lo llevan a perjudicar su salud

en las áreas de sueño, alimentación, consumo de tabaco y alcohol, ejercicio. Asimismo, se fomentaron hábitos saludables mediante la adopción de rutinas de ejercicio, la implementación de técnicas de meditación y la generación de dietas sanas en su vida diaria. Durante la evaluación inicial de cada sesión se realizaba una lluvia de ideas y se les pedía que dijeran si habían aplicado alguna actividad en su casa; algunos mencionaban que sí y la forma en la que lo habían hecho, describiéndolo en la evaluación de la sesión y contestando las preguntas de la sesión del día anterior y después de su ejecución (como nos muestra la gráfica 2 en la cual hacen la evaluación de los materiales y de las didácticas utilizadas en cada sesión).

En cuanto a las limitaciones del estudio, es preciso mencionar que, si bien, la metodología permite alcanzar los objetivos principales, posibilitando una intervención educativa completa y eficaz, ya que las técnicas y la metodología implementada fueron las adecuadas para los adultos mayores de la casa de día, hizo falta una valoración más profunda de su aspecto social, emocional, biológico y de sus determinantes sociales para la identificación de factores de riesgo y protectores. Esto, para coadyuvar con las instituciones del INAPAM, en específico de la casa de día en la que se implementó el programa educativo “Hábitos saludables”, para generar intervenciones que permitan fortalecer estos factores y analizar desde una perspectiva que nos ayude a robustecer las capacidades del adulto mayor desde una perspectiva de salud colectiva, así como sus determinantes sociales, mediante un trabajo transdisciplinario que permita generar programas y políticas en salud de acuerdo a la población que se atiende.

Esquemas

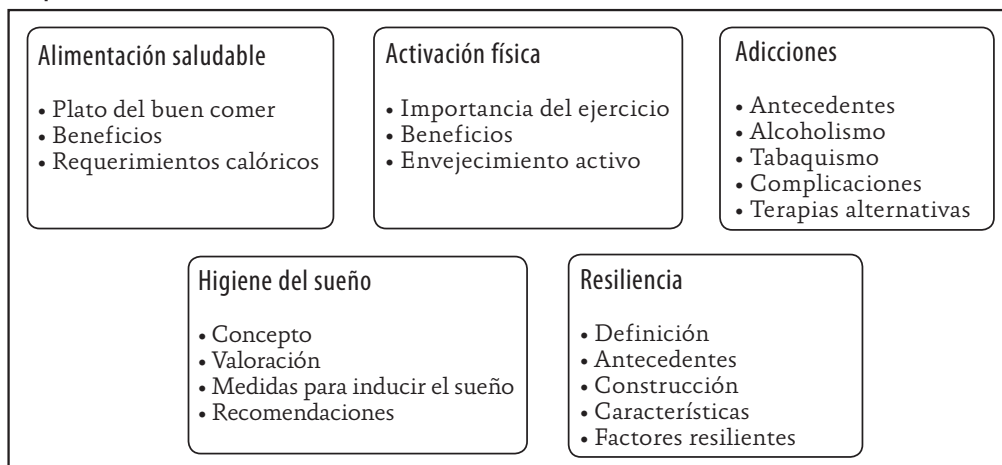
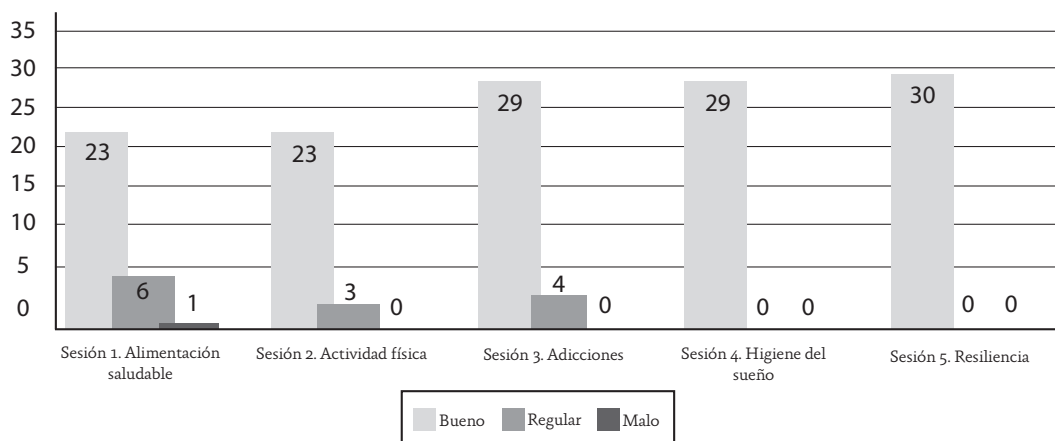


Ilustración 1. Sesiones educativas.

Fuente: Propia.



Gráfica 1. Evaluación de las intervenciones educativas. Fuente: Propia.



Bibliografía

Almeida, I., Rojas, A., y González, L. (2014). *Formación de hábitos alimentarios y estilos de vida saludables*. España: UNICEF. Recuperado de <https://www.unicef.org/venezuela/spanish/educinic9.pdf>

Blasco Romera, C. (2012). Descripción y análisis de los factores protectores de adolescentes en la prevención del delito: El perfil del adolescente resistente y las competencias emocionales asociadas. Recuperado de http://www.recercat.cat/bitstream/handle/2072/200095/factors_proteccio_adolescents_casrt.pdf?sequence=1

Consejo Nacional de Población (diciembre de 2012). CONAPO. Obtenido de http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/1529/2/images/Documento-MethodologicoProyecciones2010_2050.pdf

Correa Bautista, J. E., Gámez Martínez, E. R., Ibáñez Pinilla, M., Rodríguez Daza, K. D. (2011). Aptitud física en mujeres adultas mayores vinculadas a un programa de envejecimiento activo. *Revista de la Universidad Industrial de Santander*, 43(3), 262-270.

Carriazo, A., Alonso-Trujillo, F., Farrell, J., Ruiz-Fernández, J., Gálvez-Daza, P., Martínez-Domene, M., EIP-AHA, Grupo (2015). Aportaciones de la red europea para la definición operativa del envejecimiento activo y saludable, 9^{as} *Jornadas de Salud Pública*, 1-30.

Delors, J. (1996). La educación encierra un tesoro, Informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la Educación para el Siglo XXI (compendio). Ediciones UNESCO. Obtenido de https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000109590_spa

- Díaz-Ramos, J. A., Gaxiola-Jurado, N., Fraga-Ávila, F., Zúñiga-Barba, A. C., y Leal-Mora, D. (2008). Educación para la salud: Envejecimiento exitoso a través del aprendizaje. *Revista de educación y desarrollo*, 38, 25-32.
- Fernández García, T., y Ponce-de-León-Romero, L. (2013). Envejecimiento activo: recomendaciones para la intervención social desde el modelo de gestión de casos. *Portuaria*, 13(1) 87-97.
- Flores Villavicencio, M. E., Decenas Hernández, K., y Avalos Latorre, M. L., Colunga Rodríguez, C., Vega López, M. G. y Meza Flores, I. J. (2016). Apoyo social percibido y envejecimiento activo en hombre y mujeres de una comunidad rural. *Rev Elec Psic Izt*, 19(4), 1-18. Recuperado de: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/57952/51299#>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] (2009). *La familia: Concepto, tipos y evolución*. España: Enciclopedia Británica en Español.
- García-Roco Pérez, O., Castañeda González, N., Pérez González, Z. y Labrada Iribarren, H. (2002). La Salud Pública en América Latina y El Caribe. *Rev Hum Med* 2(2). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202002000200003&lng=es&tlng=es
- González, M. (2014). Definición y clasificación de los factores de riesgo. Abordaje inicial al paciente con dislipidemia. Evaluación y clasificación de las dislipidemias. Estimación del riesgo cardiovascular global. Biomarcadores. Recuperado de http://svcardiologia.org/es/images/documents/Avance_Cardiologico/2014/Suplemento-2_2014/02_Capitulo_2_17-35.pdf
- González Tovar, J., Hernández Montaña, A., Garza Sánchez, R. I. y Regino Rico, D. (2016). Calidad de vida en adultos mayores: Modelo de regresión lineal para el envejecimiento activo. En Díaz Loving, R., Reyes Lagunes, I., Rivera Aragón, S., Hernández Sánchez J. E. y García Falconi, R. (eds.), *La psicología social en México*. Vol. xvi. México: Asociación Mexicana de Psicología Social, 1-9.
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores [INAPAM] (2010). *Por una cultura del envejecimiento*. Ciudad de México.
- Lucena Ferrerira, O. G., Carneiro Maciel, S., Gusmão Costa, S. M., Oliveira Silva, A. y Silva P. Moreira, M. A. (2010). El envejecimiento activo bajo la visión de ancianos funcionalmente independientes. *Rev. esc. enferm. USP*, 44(4), 1060-1080.
- Maldonado Biegas, J. J., Fajardo Caldera, M. I., y González Ballester, S. (2016). Adulto mayor y envejecimiento activo. Caso de éxito de una iniciativa emprendedora. *Revista INFAD de Psicología*, 1(2) 57-62.
- Meneses, G. (2007). El proceso de enseñanza-aprendizaje: el acto didáctico. Obtenido de <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/8929/Elprocesodeensenanza.pdf>
- Montoya Arce, J. y Montes de Oca Vargas, H. (2006). Envejecimiento poblacional en el Estado de México: Situación actual y perspectivas futuras. *Pap. Poblac* 12(50), 117-146.
- Navarro Botella, J. (2015). *Factores de riesgo y de protección de carácter social relacionados con el consumo de drogas*. Madrid: Ayuntamiento de Madrid. Recuperado de: <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/factores.pdf>

Ramos Monteagudo, A. M., Yordi García, M., y Miranda Ramos, M. Á. (2016). El envejecimiento activo: importancia de su promoción para sociedades envejecidas. *Archivo médico de Camagüey*, 20(3), 330-337.

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura [FAO]. (2010). Hábitos y estilos de vida saludable. México: FAO. Recuperado de <http://www.fao.org/docrep/019/i3261s/i3261s10.pdf>

_____ (2002). E Organización Mundial de la Salud. *Revista Española Geriátrica de Gerontología*, 74-105. Obtenido de https://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/oms_envejecimiento_activo.pdf

_____ (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. 1-282. Recuperado de: <https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>

Otero Puime, A. y Zunzunegui Pastor, M. V. (2011). *Determinantes sociales de la salud y su influencia en la atención sanitaria*. En Zurro, A. M. (dir.) y Jodar i Solà, G. (dir.) *Atención familiar y salud comunitaria: conceptos y materias para docentes y estudiantes*. Madrid: Elsevier.

Padilla, Gámez, N. y Díaz-Loving, R. (2012). El impacto de la cultura y la familia en la elección de pareja: diferencias entre hombres y mujeres. *Psicología Iberoamericana*, 20(1), 9-17. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1339/133924623002.pdf>

Páramo, M. Á. (2011). Factores de riesgo y factores de protección en la adolescencia: Análisis de contenido a través de grupos de discusión. *Terapia Psicológica*, 29(1), 85-95. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v29n1/art09.pdf>

Pérez-Fuentes, M. C, Gázquez, J. J., Molero, M. M. y Mercader, I. (2012). Un estudio de campo sobre el envejecimiento activo en función de la actividad física y ejercicio físico. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 3(1), 19-37. doi:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=245122736002>

Saldívar Pérez, D. F. (2015). Funcionamiento familiar saludable. Recuperado de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/funcionamiento_familiar.pdf

Secretaría de Salud (2001). Programa de acción: Adicciones. Tabaquismo. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/taquismo.pdf>

_____ (2016). Plan de acción de promoción de la salud en enfermedades crónico-degenerativas. Recuperado de: <http://salud.michoacan.gob.mx/wp-content/uploads/2015/10/degenerativos.pdf>

_____ (20 de agosto de 2015). Normas Oficiales Mexicanas. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/en/documentos/normas-oficiales-mexicanas-9705>

Sumba Hidalgo, M. R. (2014). *El alcoholismo en la adolescencia*. Recuperado de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/19993/1/TESIS.pdf>

Universidad de Valencia (2015). *Funcionamiento familiar: Evaluación de los potenciadores y obstrutores*. Recuperado de <https://www.uv.es/lisis/instrumentos/Funcionamiento-FamiliaR.pdf>



Aprendizaje significativo: Un aporte de las estrategias lúdico pedagógicas centradas en el juego

LUZ ELINA CAICEDO QUIROZ

El presente artículo refiere cómo el juego, siendo estrategia pedagógica, motiva al estudiante en tanto genera la participación activa con los pares y la comunidad, en un ambiente de familiaridad, y permite despertar su creatividad en el proceso de enseñanza-aprendizaje. Es una investigación-acción, ejecutada bajo el paradigma cualitativo, con un enfoque hermenéutico en el que se buscó el significado, el sentido, la intencionalidad. En la investigación se planteó la manera en la que el juego llega a los sentidos para producir alegría, calidez, felicidad, pero también orden y tensión, como elementos fundamentales en la interacción entre el docente y el estudiante y posteriormente del estudiante con la comunidad que interviene, porque el estudiante se abstrae del mundo exterior al jugar y resignifica su conocimiento al adquirir un nuevo aprendizaje.

PALABRAS CLAVE: Juego, aprendizaje significativo, estrategias pedagógicas

Meaningful learning: A contribution of the ludic pedagogical strategies centered in ludic activity

This article refers how playing as a pedagogical strategy, motivates the student in a way that generates their active participation with their pairs and the community, in an environment of familiarity and enables their creativity to awaken in the process of teaching and learning. It is an action-research, executed with the qualitative paradigm, with a hermeneutic approach, seeking meaning, significance, and intentionality. In the research the way seeking playing arrives to the senses in order to produce joy, happiness, warmth and also order and tension was suggested, elements that are very important that are in the interaction between the teacher and the student and then between the student and the community where he takes action, because the student can withdraw himself from the external world when he plays and he gives a new meaning to his knowledge by acquiring new knowledge.

Keywords: Game, meaningful learning, pedagogical strategies

Introducción

La investigación a la que hace alusión el presente artículo se enfocó en la reflexión de las estrategias lúdico-pedagógicas centradas en el juego en el aula del programa de Tecnología de Promoción de la Salud de la Universidad Nariño. Para realizar la investigación se tomó como sujeto de estudio a los estudiantes de 5° semestre del programa mencionado, con una aproximación que consistió en una entrevista para determinar las estrategias pedagógicas que los docentes aplican en el proceso de enseñanza, para de esta manera analizar los sentimientos que las mismas generan en el aprendizaje de los educandos, así como cuál era la percepción de estos; con esto se determina si al aprender hay motivación, innovación y participación, factores considerados indispensables en los procesos de enseñanza y aprendizaje.

El siguiente interrogante invitó a la reflexión dentro de la investigación: ¿Cuál es el aporte de las estrategias pedagógicas centradas en el juego en el aprendizaje significativo de los estudiantes de Tecnología de Promoción de la Salud de 5° semestre de la Universidad Nariño?

La investigación se dividió en cinco capítulos. Partiendo del análisis del problema, se planteó como objetivo general analizar el aporte en el aprendizaje significativo de las estrategias lúdico-pedagógicas centradas en el juego. Sus objetivos específicos se tomaron desde las acciones de caracterizar, implementar y valorar las estrategias y se categorizaron. Como marco de referencia se partió de los antecedentes que aportaron a la investigación, también se construyó un marco teórico para profundizar y sustentar la investigación, y la misma fue respaldada por un marco legal, ético y contextual.

Para ejecutar la investigación se elaboró una planeación estratégica con el fin de hacer posible su aplicabilidad en el aula, y se plantearon las estrategias pedagógicas lúdicas presentando cada sesión organizada en los cinco momentos de la metodología del aprender a enseñar: partiendo desde una reflexión, hacia la conceptualización, debate, compromiso y evaluación (Solano, 1992). Este último momento fue llevado a la práctica, espacio propicio para que el sujeto de estudio aplicara lo aprendido de modo que evidenciara la apropiación del conocimiento, y reflejara el aporte de las estrategias pedagógicas que fue posible observar en las apreciaciones dadas en los anecdotarios, fichas de evaluación de los estudiantes sujetos de estudio y guías de observación del docente investigador, recopiladas en el vaciado de la información de la investigación.

El vaciado de la información fue un segundo capítulo: en este se muestra el análisis e interpretación de resultados obtenidos por medio de la triangulación presentando el objetivo y la categoría; se llevó a cabo por preguntas guiadoras, lo que dio curso a las proposiciones y de ellas a las categorías que se agruparon en subcategorías por las palabras recurrentes y relevantes para la investigación que permitieron describir la información. En el tercer capítulo se presenta la discusión de la reflexión pedagógica sobre lo encontrado en la aplicación de la investigación con la confrontación de los autores que la respaldan. En el cuarto capítulo se hallan las conclusiones, que dejan ver las estrategias lúdico pedagógicas centradas en el juego, las cuales deben aplicarse de acuerdo con el contexto, dentro de un proceso de planificación determinando: gustos, preferencias, habilidades, destrezas de los participantes, permitiendo la participación activa y la in-

teracción con los pares. Ello genera en el estudiante nuevas posibilidades de acercamiento a la comunidad, en medio de la diversión, al llevar a la práctica lo aprendido, en tanto que la verdadera captación de un saber teórico se presenta cuando el estudiante lo refleja en su cotidianidad y lo aplica sobre sí, sobre su familia y sobre su comunidad; dicho momento genera un aprendizaje significativo. Y más aún, cuando se aplica en el proceso de evaluación, el juego entonces se convierte en una experiencia para hallar el sentido de interpretar los contenidos, lo cual permite profundizar con exactitud el tema propuesto; esto al gestarse como una vivencia placentera para los estudiantes. Para terminar, en el último capítulo se emiten recomendaciones que surgen de la investigación.

Diseño metodológico

Comprende los aspectos metodológicos de la investigación acción desde el paradigma cualitativo con un enfoque hermenéutico y un tipo de investigación acción descrita por Kurt Lewin. Se ejecutó como la espiral de fases, a partir de los procesos de planeación, implementación-acción, observación, reflexión, y evaluación (1946), encaminada a mejorar las prácticas de enseñanza-aprendizaje al permitir evaluar y analizar por medio de una reflexión las estrategias centradas en el juego y su influencia en el proceso enseñanza-aprendizaje.

Se determinó la línea de investigación, su área, con criterios de inclusión y exclusión de los sujetos de estudio. El rigor metodológico fue dado mediante criterios de coherencia o credibilidad, aplicabilidad y auditabilidad.

Dinámicas por medio de talleres y actividades lúdicas vs. las clases magistrales

Es importante, antes de comenzar a abordar las estrategias centradas en el juego, entender el concepto que propone Díaz, sobre una estrategia pedagógica: “Una estrategia de aprendizaje es un procedimiento (conjunto de pasos o habilidades) que un alumno adquiere y emplea de forma intencional como instrumento flexible para aprender significativamente y solucionar problemas y demandas” (1999, p. 12), lo cual concuerda con los objetivos y resultados de la investigación.

Las estrategias lúdico pedagógicas centradas en el juego se presentaron a los estudiantes de Tecnología de Promoción de la Salud como formas alternativas de vivencia y aprendizaje para generar en ellos un procesos de desautomatización —concepto sugerido por Shlovsky (1991)—. Se piensa en ellas con el fin de que el aula deje de ser lo habitual y estar en ella se convierta en una experiencia enriquecedora para el estudiante, donde pueda compartir emociones y sentimientos con el docente y sus pares, en medio de un aprendizaje centrado en el juego. Asimismo, que cambie la mirada en un acontecimiento único e irrepetible pero a la vez cíclico, que por su configuración autónoma en sus reglas y modo de ser lúdico invita a cada estudiante a volver a vivir tal experiencia, jugar nuevamente, en pro de realizar un nuevo acercamiento donde reaparecerá el asombro y extrañamiento de ese mundo propio, para posteriormente interiorizar el conocimiento, lo que permita lograr un encuentro consigo mismo, ampliando su horizonte de comprensión (Gadamer, 1993). El estudiante siente la disposición de compartir el conocimiento adquirido a

su comunidad en su quehacer como tecnólogo tratando de hacer vivir experiencias, lo que se ve reflejado cuando este es capaz de usar las estrategias pedagógicas lúdicas centradas en el juego en sus acciones de réplica del conocimiento. Según Gadamer (1993) “el verdadero sujeto del juego no es el jugador sino el juego mismo”, razón por la cual el jugador se mantiene atento al movimiento que representa el juego. “El juego tiene la capacidad de atracción por su carácter que atrae y envuelve superando en su movimiento continuo como una experiencia de un jugar que siempre se renueva” (p. 45).

Las actividades en el aula que asombren al estudiante hacen que su atención se centre en lo propuesto, no dependiendo de la complejidad temática sino de la dinámica propuesta, en tanto sea de interés, y con la condición de que esta le permita interactuar con sus pares y sentirse en un ambiente de confianza en donde pueda plasmar su creatividad sin prejuicios o juicios sobre el otro. Es por eso que la lúdica hace del estudiante un ser creativo, que puede expresar sentimientos espontáneos por el ambiente de confianza y cercanía que propician los espacios de abstracción respecto a la rutina, la monotonía y la vida cotidiana del estudiante y la sensación de ser transportado hacia una dimensión desconocida pero placentera a los sentidos —el mundo propio del juego— de tal modo que se olvida de que está en un proceso de aprendizaje. Así, los contenidos teóricos son más fáciles de comprender, porque el estudiante no es juzgado por sus pares al expresarse libre y espontáneamente, además de que siente que sus opiniones son valoradas, en tanto que la práctica del jugar les permite a todos hacer parte del rol de jugadores, aún sin estar en lo correcto; es entonces cuan-

do el estudiante puede captar y apropiarse del conocimiento con alegría.

Se evidenció el proceso de aprendizaje significativo desde los tres momentos planteados por Ausubel; los saberes previos, el material significativo y posteriormente el aprendizaje captado (1983). Se considera entonces las estrategias lúdico-pedagógicas como ese material significativo que en el acontecimiento del jugar generan una interrelación entre su mundo de saber y los afectos generados. De ahí que se puede hablar de una fusión de horizontes desde Ricoeur (2001) en el cruce de dos horizontes de significación, concepto desarrollado por Gadamer (1993). Esto le da sentido al contenido expuesto y se pasa de la explicación a la comprensión; por eso el alumno es capaz de apropiarse del conocimiento y replicarlo en su comunidad, haciendo uso de las mismas estrategias aprendidas, con un previo reconocimiento del contexto donde las va a aplicar. Siente satisfacción al ver la aceptación por parte de la comunidad a quien va dirigida la actividad y al ver reflejada en esta nuevamente la felicidad que sintió en su momento en el aula. El fin, de todo esto, entre juegos, réplicas y prácticas pedagógicas, se extiende a una austeridad y trasciende desde la educación en salud para mejorar la calidad de vida de la población y la suya propia.

La actividad participante. Estudiantes con compromiso y satisfacción

El juego se presenta como una estrategia pedagógica que permite al sujeto que se involucra en él participar activamente. Tal dinamismo en las clases hace del estudiante un ser creativo, cuando es escuchado y propone su perspectiva en la reflexión

frente a un contenido. Es el estudiante cuando juega que entra a aprender y se apropia del conocimiento en medio de un movimiento de vaivén al comparar y descubrir la novedad lúdica, como refiere Huizinga (2007) que le proporciona cada juego. El estudiante asume compromisos desde sí mismo al encontrarse inmerso en las reglas que proporciona el juego. Teniendo en cuenta que este le plantea la resolución de un misterio, la búsqueda de algo o cualquier actividad que lo desafíe o lo rete y así pueda asumir un rol de jugador, puesto que todo ser humano siente naturalmente el deseo de jugar en medio de la tensión o desafío y recibir la recompensa que trae consigo el resolverlo.

El juego permite una construcción social desarrollada en un ambiente de familiaridad, porque el estudiante no está solo, sino que depende de un contexto exterior conformado por los compañeros y participantes; cada uno de estos trae consigo un panorama, un mundo propio significativo; por tanto, el docente debe propiciar un clima motivacional en pro de generar interés (Tapia 1997).

El educador es entonces poeta, artista y un creativo que sepa desenvolverse en cada contexto y situación y genere un interés continuo por el aprendizaje (Acaso, 2013), quien con el conocimiento del contexto del educando, centrándose en los intereses, habilidades y potencialidades de los estudiantes, realiza una mezcla que rompa barreras de la realidad automatizada para extrañar y despertar la curiosidad, asombrando desde lo múltiple y no desde estructuras lineales. La autora (Acaso, 2013) menciona que se requiere una educación más rizomática y variable en donde el docente realiza *crossover*¹ por reconocer en los

estudiantes sus predilecciones para hacer del aula un espacio donde se promueva la creatividad y la participación en un entorno de goce y disfrute pero de continua evaluación y retroalimentación que parten de pensar en despertar la pasión por el conocimiento (Acaso, 2013). Esta experiencia inspiradora que surge del aplicar estrategias pedagógicas lúdicas es lo que en el estudiante despierta y lo alienta a replicar el conocimiento que ha interiorizado de forma placentera y realizarlo de manera que quienes vayan a participar de esta réplica puedan también ser partícipes de espacios fructivos en torno al conocimiento que tienen respecto a sus vivencias y el nuevo presentado, de forma que deleiten los sentidos, despierten sensaciones y quieran poner en práctica lo aprendido. A esto se refiere la autora Acaso (2013), que expone un aprendizaje donde se involucre lo emotivo en un ambiente de fraternidad en el habitar para hacer del proceso de enseñanza un espacio de reflexión que paso a paso se puede transformar buscando estrategias que permitan una educación contemporánea más abierta y productiva (p.18).

Formas en las que se presentó el juego como estrategia pedagógica de aprendizaje

Desde la planeación estratégica se puede decir que esta práctica se gestó en cinco momentos, planteados por Solano (1992), como anteriormente se había descrito: reflexión, conceptualización, debate, compromiso, evaluación. A continuación se mostrará algunas de las estrategias desarrolladas en este proceso, para determinar los alcances que tuvo la investigación, manifestando de una manera más concreta un amalgamamiento entre teoría y praxis.

¹ Combinación de estilos o fusión de dos categorías que no suelen ir juntas.

Ambientes creativos

Esta actividad consistió en una decoración por medio de imágenes alusivas y significativas dispuestas en el aula. En el momento de la reflexión se incita a los estudiantes al asombro y a la exploración de este lugar que se recrea y se presenta a través de sus sentidos. Para el momento de conceptualización se invitó a los estudiantes a realizar una asociación entre imágenes y palabras y construir conceptos. Esto con el fin de encontrar ese mundo propio del estudiante, los pre-saberes u horizontes significativos de experiencia que lo acompañarán durante toda la actividad. En el momento del debate se invita a los estudiantes a tomar decisiones grupales en un proceso de interpretación que se da a través del diálogo en el compartir de sus ideas. Finalmente en el modelo evaluativo, se da lo que se ha denominado réplica, en tanto que son los estudiantes quienes proponen una nueva estrategia pedagógica para exponer sus propias experiencias y para indagar sobre cómo podrían llegar a una comunidad de forma creativa, pasando de ser jugadores a propietarios de un espacio de juego.

Armando reconozco mi entorno y el de mi comunidad

En este juego, como estrategia pedagógica, se invita a los estudiantes al reconocimiento de su espacio universitario para posteriormente trazar un mapa que permite ubicar de manera gráfica los factores protectores o de riesgo que puede haber en cada zona. Se trata pues de una actividad que se identifica como un juego asociativo que da paso a la reflexión. Posteriormente, en la conceptualización, se pretende que los estudiantes lleguen a

consensos por medio del trabajo en equipo; desde aquí se pretende que mediante imágenes o conceptos se extraiga toda la información brindada en los mapas. Para el debate se plantea una socialización de lo encontrado, para que con ayuda de todos los compañeros se construya una balanza en la cual se sopesa la importancia de los diferentes factores identificados. En el compromiso-evaluación se propone a los estudiantes trazar un gráfico aplicado a los problemas de su comunidad, esto con ayuda de los miembros de la misma, con el propósito de mejorar hábitos de vida e incentivar maneras saludables; desde este punto será el estudiante-tecnólogo el que asumirá el liderazgo y replicará para intervenir a su comunidad.

Analizando, pensando y construyendo

Se trae y ejemplifica una situación de otro contexto mediante una matriz, en el proceso de reflexión. En la conceptualización los estudiantes diseñan un rompecabezas con material de apoyo como revistas, para promover sus capacidades creativas. Para extender su imaginación, los estudiantes comparten y arman los rompecabezas de los otros compañeros. Finalmente, los estudiantes se comprometerán a desarrollar estrategias similares para la comunidad.

La búsqueda del plan oculto

Los estudiantes aprenderán a realizar un plan de sesión, pero el contenido del mismo y la manera de elaboración se encuentran ocultos en el aula. Para encontrarlo deben indagar y poner en práctica su habilidad de rastreo y engranaje de información. El objetivo es llegar, literalmente al saber.

Imaginando, creando e ideando la solución

Se propone a los estudiantes la creación de un juego interactivo que les permita abrir un mundo de apertura y relaciones múltiples con su entorno. Se propone la construcción de productos educomunicativos que permitan abarcar un entorno comunitario de manera creativa. Son ellos los que gestan y procesan tras todo este aprendizaje significativos maneras plausibles, sencillas, agradables y familiares que sirvan en el manejo y la interacción con entornos comunitarios.

Despertando los sentidos

Se permite a los estudiantes la experimentación con juegos de sonido y equilibrio con el fin de despertar en ellos su creatividad y teniendo en cuenta que estas actividades se pueden realizar desde su cotidianidad. Sin embargo, en la intención lúdica de las mismas, se construye un nuevo marco para la experiencia significativa desde la apertura del horizonte perceptivo. Para el debate se promueve la interrogación por parte de los estudiantes con el fin de compartir lo que se pudo resaltar de la experiencia. Los estudiantes adquieren un sentido de compromiso para replicar la experiencia. Y concretamente el proceso de evaluación se dio cuando aplicaron lo aprendido en las salas de espera de la institución de salud Proinsalud S.A., con la que se realizó la articulación intersectorial por medio de un convenio institucional que permitió un aprendizaje colectivo entre estudiantes y usuarios de la institución.

Circuito de aprendizaje y diversión

Dentro de la reflexión y la conceptualización se presentan las reglas del juego para

participar en el circuito o carrera de observación, teniendo en cuenta que los estudiantes asumen el rol de jugadores con energía y felicidad para cumplir con éxito los distintos retos del circuito. El debate se da en esa misma instigación en el ánimo de descubrir desde sus habilidades la forma de resolver cada prueba. El compromiso lo asumen desde la actitud que toman para presentar posteriormente un producto educomunicativo que se concretará en la evaluación al momento de ellos mismos construir un circuito que tenga diferentes stands y retos pero que serán aplicados a la comunidad que van a intervenir. La experiencia una vez más se va a transmitir y revivir en la reciprocidad del juego.

Estas fueron algunas de las formas en las que se hizo uso del juego como estrategia pedagógica y los resultados de las mismas se presentaron también en los cuatro momentos desde las guías de observación. Así se constata la manera en que el juego puede abarcar distintas dimensiones de lo humano, como lo es el campo de la salud y la prevención.

Conclusiones

Las estrategias lúdico pedagógicas centradas en el juego brindan al aula un clima motivacional que permite que el estudiante adquiera nuevas herramientas que faciliten el acercamiento a su comunidad, lo que se refleja en la aceptación y beneplácito que la misma manifiesta. Es necesario tomar en cuenta que dentro de su perfil como tecnólogo en Promoción para la Salud, necesita instruirse en nuevas posibilidades que faciliten su labor de enseñanza y la toma de decisiones que influyan en comportamientos o actitudes en la vida cotidiana de sí mismo, su familia y su comunidad.

El juego como estrategia pedagógica permite al educador realizar un proceso de evaluación placentero para el estudiante para modificar el sentido de interpretar los contenidos, además de que confronta la evolución del conocimiento anterior con el impartido en el aula y atiende a la fusión que genera el nuevo conocimiento.

Los espacios de familiaridad que proporciona el utilizar estrategias pedagógicas centradas en el juego hacen que los estudiantes sientan alegría y disfrute; en este sentido es más fácil que capten los contenidos en una experiencia de lectura simbólica estructural contemplativa que logra la atención desde la motivación.



Bibliografía

Acaso, M. (2013). *rEDUvolution. Hacer la revolución en la educación*. Barcelona: Paidós.

Ausubel, D. (1983). *Teoría del aprendizaje significativo*. Disponible en <http://delegacion233.bligo.com.mx/media/users/>

Díaz Barriga, F. (1999). *Estrategias docentes para un aprendizaje significativo. Una interpretación constructiva*. México: Mc Graw Hill.

Gadamer, H. G. (1993). *Verdad y método*. Salamanca: Ediciones Sígueme.

Huizinga, J. (2007). *Homo ludens*. Barcelona: Alianza.

Lewin, K. (1946). Action Research and Minority Problems. *Journal of Social Issues*, 34-35.

Nussbaum, M. (2010). *Sin fines de Lucro. Por qué la democracia necesita de las humanidades*. Buenos Aires: Katz.

Piaget, J. (2005). *Inteligencia y afectividad*. Buenos Aires: AIQUE.

Pozo Muncio, I. (1996). *La nueva cultura del aprendizaje*. Madrid: Alianza Editorial.

Ricoeur, P. (2001). *Del texto a la acción. Ensayos de hermenéutica II*. Bogotá: Fondo de Cultura Económica.

Shklovsky, V. (1991). El arte como artificio. En T. Todorov, *Teoría de la literatura de los formalistas rusos* (pp. 55-70). México: Siglo XXI.

Solano, G. M. (1992). *Aprender a enseñar*. Bogotá: Arte y Folio.

Tapia, J. A. (1997). *Motivar para el aprendizaje. Teorías y estrategias*. España: EDEBÉ.

Intervenciones educativas. Prevención del dengue, zika y chikunguña en la comunidad Quilombola en Brasil

PEDRO VENICIUS SANTOS LIMA
DENISE FREITAS RESENDE
DANIEL BATISTA CONCIEÇÃO DOS SANTOS
WILLIAM ALVES DE OLIVEIRA
REGINA ARRIAGA GONZÁLES
CRISTIANE COSTA DA CUNHA OLIVEIRA

Este trabajo se propone informar sobre las experiencias de la comunidad en cuanto a actividades educativas con énfasis en la prevención de dengue, zika y chikunguña en la comunidad quilombola de Pontal da Barra, Sergipe, Brasil. Los participantes fueron 35 personas, de 18 años o más, de ambos sexos, con quienes se trabajó los siguientes temas en una ronda de diálogo de tres horas: rutas de transmisión, signos y síntomas y medidas de control de vectores. Los temas fueron trabajados con base en el conocimiento previo de la comunidad. Posteriormente, se discutieron con especialistas y finalmente se entregaron carpetas explicativas. Los resultados permitieron identificar problemas relacionados con la transmisión de estas enfermedades, como la falta de saneamiento básico adecuado, la acumulación de desechos en terrenos baldíos, la acumulación de agua en los patios y la falta de cuidado con los contenedores que acumulan agua. La experiencia educativa permitió conocer las peculiaridades de la comunidad con respecto a la transmisión del mosquito vector, así como enumerar soluciones colectivas para el combate del mismo.

PALABRAS CLAVE: Salud comunitaria, poblaciones afro-descendientes, intervención

Educational interventions. Dengue, Zika and chikungunya prevention in a Quilombola community in Brazil

The purpose of this paper is to report community experiences on educational activities with emphasis on the prevention of dengue, Zika and chikungunya in the Quilombola community of Pontal da Barra, Sergipe, Brazil. The participants were 35 individuals, aged 18 and over, of both sexes, with whom the following topics were covered on in a three-hour round of dialogue: transmission routes, signs and symptoms, and vector control measures. This work was based upon prior knowledge of the community. Afterwards, the topics were discussed with specialists and finally explanatory folders were delivered. The results made it possible to identify problems related to the transmission of these diseases, such as a lack of adequate basic sanitation, the accumulation of waste on barren fields, the accumulation of water in courtyards and a lack of care for the containers that accumulate water. The educational experience allowed us to learn about the community's peculiarities regarding the the mosquito vector and its transmission, as well as to list collective solutions for fighting it.

Keywords: Community health, Afrodescendant populations, intervention

Introducción

Los quilombolas son descendientes de mujeres y hombres esclavizados y también de negros libres que viven en comunidades rurales o urbanas. Los quilombos, lugar donde residen los quilombolas, surgieron como refugios de negros que lucharon contra la represión durante todo el período de esclavitud en Brasil, entre los siglos XVI y XIX (Furtado, Sucupira, y Alves, 2014). De esta forma, los quilombolas vivieron y sobrevivieron luchando en la mayor parte de la historia, resistiendo a las desigualdades cotidianas, y contribuyeron así la construcción de la cultura diversificada en Brasil.

En 2010, la Secretaría Especial de Promoción de la Igualdad Racial (SEPPPIR) estimó la existencia de 3,900 comunidades quilombolas en Brasil; sin embargo, el número de comunidades registradas en las actuales políticas públicas establecidas a través del proceso de certificación de la Fundación Cultural Palmares son 1,739. El estado de Sergipe, Brasil, tiene 25 comunidades quilombolas registradas por la Fundación Culto Palmares (2013).

Estas comunidades tienen una fuerte relación con su territorio, ya que representa su identidad cultural y la preservación de su cultura ancestral. Las quilombolas enfrentan numerosas dificultades para la realización de los derechos que garantizan el mantenimiento de su territorio, pero también el acceso a los servicios de salud, educación y salud básica (Miranda, 2013).

Se considera que la percepción de salud es distinta para cada comunidad o individuo. Por ello, el concepto de salud refleja la coyuntura social, económica, política, cultural y espiritual. Al tratarse de salud, es importante establecer un recorte étnico y social en la asistencia a la salud de la población negra relativizando las enfermedades

y condiciones de vida de esta población, lo que permite identificar las molestias que se reflejan en la salud de los quilombolas (Calheiros y Stadler, 2010).

Entre las enfermedades, las arbovirosis constituyen un conjunto de molestias compuesto por diversos virus que tienen como característica común ser transmitidos por artrópodos, generalmente mosquitos hematófagos, aunque no tienen necesariamente relación filogenética. Teniendo en cuenta los virus de mayor importancia para la salud humana, se puede decir que son aquellos transmitidos por culicídeos, sobre todo los géneros *Culex* y *Aedes* (Donalisio, Freitas, y Von Zuben, 2017). Los arbovirus de mayor circulación en el actual contexto epidemiológico de Brasil son los virus del dengue (DENV), chikunguña (CHIKV) y zika (ZIKV), además de otros arbovirus con potencial de diseminación en el país (Lopes, Nozawa y Linhares, 2014).

La literatura ha señalado que la participación comunitaria puede ser efectiva para mejorar el control de la enfermedad y las estrategias de afrontamiento mediante la incorporación de conocimiento sobre vectores, su control y medidas de prevención, para formar actitudes que corroboren prácticas efectivas, no solo por parte de la población en general, sino por los diversos sectores de la sociedad y los servicios de salud (Silva et al., 2015).

Una de las soluciones para incluir a la comunidad en este proceso es utilizar la educación en salud involucrando a los individuos en un proceso educativo de construcción de conocimientos en salud que apunta a la asimilación de la temática abordada por la población y contribuye para el aumento de la autonomía de las personas en su cuidado (Janini, Bessler, y Vargas, 2015). Según el *Glosario temático: gestión del trabajo y educación sanitaria* (2008) pu-

blicado por el Ministerio de Salud de Brasil, las intervenciones educativas desempeñan un papel fundamental en el proceso de cambio de comportamiento de los individuos en relación con el proceso salud-enfermedad.

La realización de este estudio se basó en el argumento de que la priorización de estrategias educativas en la prevención de enfermedades transmitidas por arbovirus como dengue, Zika y chikunguña puede aumentar el conocimiento de los usuarios a través de la difusión de nuevos conocimientos, y posibilitar la transformación de las acciones de salud en la búsqueda de mejoría de la calidad de vida de las personas. Considerando la vulnerabilidad de la población quilombola, resalta la necesidad de un enfoque educativo asertivo y de calidad.

El presente estudio tuvo por objeto relatar las experiencias comunitarias acerca de las actividades educativas con foco en la prevención del dengue, zika y chikunguña en la comunidad quilombola de Pontal da Barra, Sergipe, Brasil.

Metodología de la intervención educativa

Se trata de un estudio de caso sobre una intervención educativa realizada en una comunidad quilombola del estado de Sergipe, Brasil, en los meses de septiembre a octubre de 2017. La experiencia correspondía a los alumnos de la licenciatura en enfermería, discentes y docentes del programa de posgrado, maestría y doctorado en Salud y Ambiente de la Universidad Tiradentes, en Brasil.

El lugar seleccionado para las acciones educativas fue la comunidad quilombola de Pontal da Barra, ubicada en el municipio de Barra dos Coqueiros, región Metropolitana de Aracaju, Sergipe, Brasil. El quilombo alberga a más de 150 familias, que conforman un pequeño grupo de pescadores descendientes de indígenas y de negros esclavizados que tenían en la actividad pesquera su principal forma de sobrevivencia y que dependen de los manglares y del Río Japarutaba, de los cuales toman su sustento.

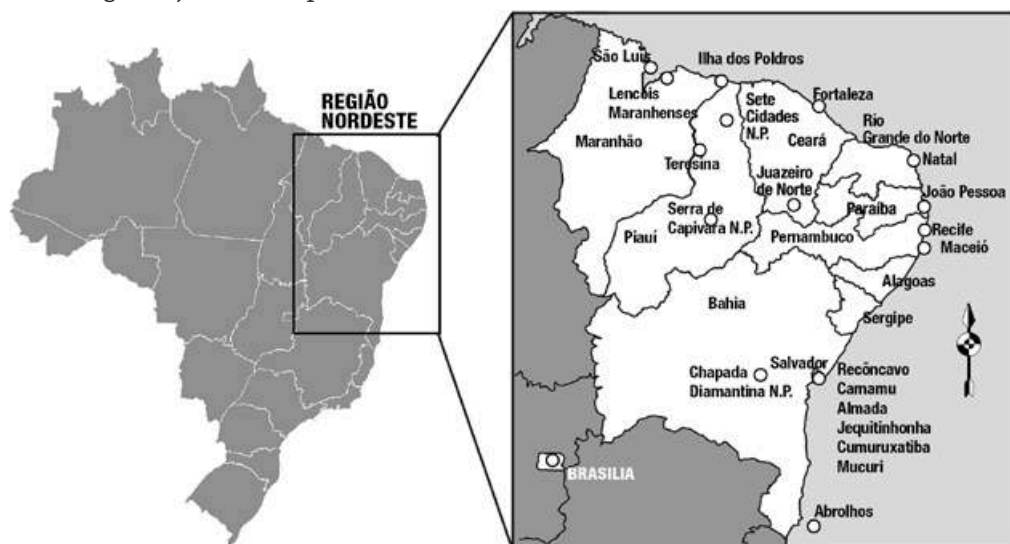


Figura 1. Ubicación de Brasil y región nordeste.

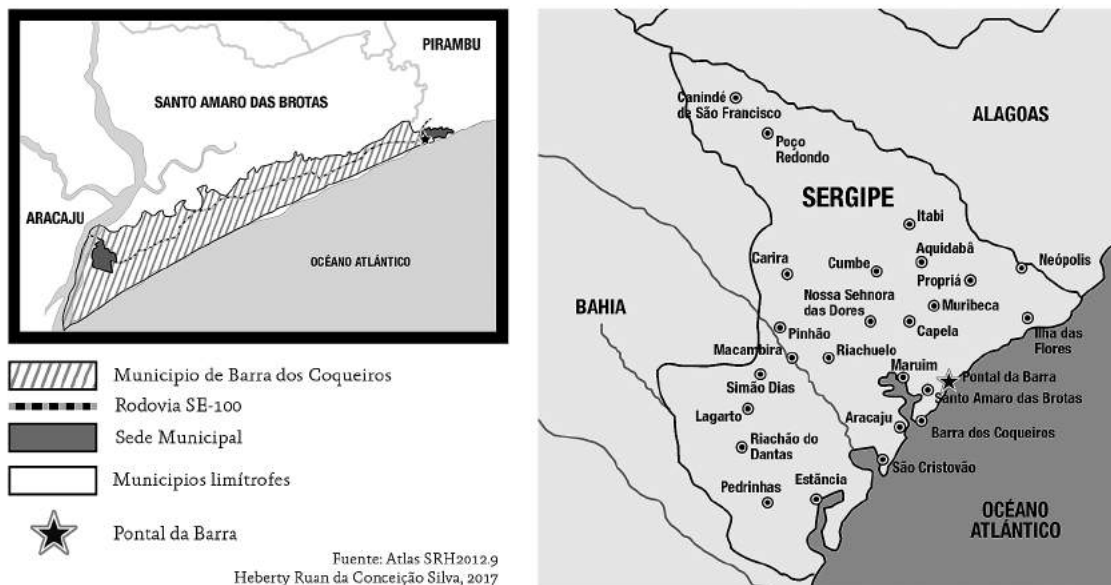


Figura 2. Ubicación de la comunidad Pontal da Barra, Sergipe.
 Fuente: Atlas SRH 2012.9 organizado por Conceição Silva, 2017.

Este estudio forma parte de un proyecto mayor que engloba comunidades quilombolas en el estado de Sergipe. Para esta acción educativa se seleccionó una muestra probabilística en la comunidad de Pontal da Barra compuesta por 35 individuos mayores de 18 años, de ambos sexos, residentes en la comunidad. Las acciones fueron planificadas y desarrolladas en conjunto con el líder de la comunidad y con el apoyo del agente de salud responsable del área. Se realizó la programación de las visitas para la ejecución de las actividades respetando el orden cronológico de la solicitud del líder de la comunidad.

Las siguientes técnicas fueron usadas para construir la percepción de los investigadores sobre las condiciones de vulnerabilidad relacionadas con el dengue, el zika y el chikunguña: 1) observación participante, diario de campo, instrumento utilizado por el equipo de investigación para registrar datos recopilados que podrían ser interpretados; 2) entrevista a los sujetos quilombolas por medio de un cuestionario no estructurado que contenía preguntas sobre las actitudes y conocimientos ante la prevención del dengue, zika y chikunguña. La metodología utilizada fue la rueda de diálogo, que tuvo lugar en el centro cultural de la comunidad, con la misma, y tuvo una duración de 3 horas.

De acuerdo con las necesidades de salud identificadas de los quilombolas se seleccionaron los temas de las reuniones: vías de transmisión, señales y síntomas; y medidas de control del vector. Se distribuyeron folletos informativos, con el fin de difundir y fijar los temas abordados. Las etapas para el desarrollo de las estrategias educativas junto a los sujetos quilombolas de la comunidad Pontal da Barra se puede observar en la Figura 3.

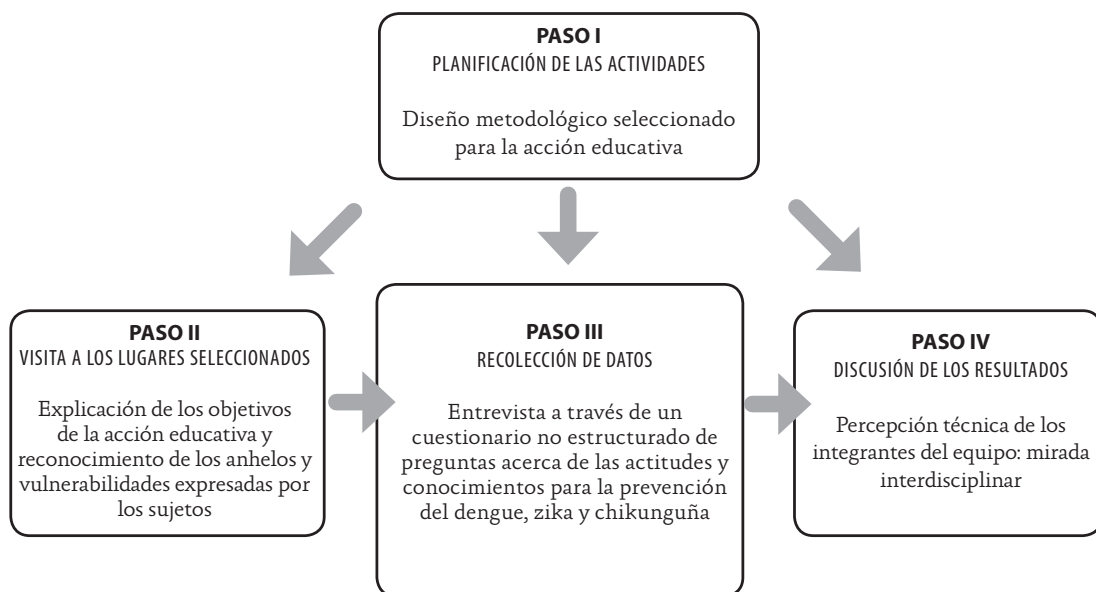


Figura 3. Desarrollo de las etapas de la investigación.

Esta vivencia forma parte de la actividad educativa que engloba un macroproyecto de investigación titulado “Perfil epidemiológico de las enfermedades y agravios de comunidades quilombolas en el estado de Sergipe”, que fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Tiradentes, con el dictamen núm. 1,646,975.

Resultados de la intervención educativa en la comunidad quilombola

El evento se inició a las nueve de la mañana, donde 35 individuos considerados quilombolas participaron en las actividades. La rueda de diálogo se inició por medio de preguntas problemáticas relacionadas con los temas predefinidos. El equipo alentó a los participantes a que le contaran sobre su estilo de vida y prácticas diarias en la comunidad. A partir de esto, comenzó un momento de reflexión sobre el impacto de estas prácticas en la transmisión del dengue, el zika y el chikunguña.

En este sentido, el equipo de investigadores utilizó la técnica de observación de la realidad e identificó algunos problemas relacionados con la transmisión de estas enfermedades, tales como la falta de saneamiento adecuado, además de la acumulación de residuos en terrenos baldíos, y la falta de cuidado con los recipientes que acumulan agua. Después de este tiempo, se celebraron reuniones de planificación con el equipo de investigación para estructurar las acciones a desarrollar y la forma en que se implementarían las intervenciones.

Las soluciones a los problemas identificados surgieron a partir dos relatos escuchados durante la problematización entre los participantes y se basaron en las recomendaciones del Ministerio de Salud de Brasil para combatir el dengue, el zika y el chikunguña (Brasil, 2018). Cada problema identificado fue trabajado junto a la comunidad para la toma de conciencia sobre las debilidades existentes, al mismo tiempo que fue posible responder a los cuestionamientos de los participantes.

Sobre la base de las preguntas problemáticas, se destacaron los principales problemas, así como la síntesis de soluciones para combatir la transmisión del dengue, el zika y el chikunguña, que se sistematizaron en el Cuadro 1.

Cuadro 1. Problemas y soluciones identificados para la prevención del dengue, zika y chikunguña en la comunidad Pontal da Barra, Sergipe, Brasil

Problemas	Soluciones
La falta de saneamiento adecuado, que contribuía para el acúmulo en el alcantarillado a cielo abierto de las calles.	Exigir a los gestores una mayor estructuración del sistema de alcantarillado sanitario.
Acumulación de residuos en terrenos baldíos.	No tirar basura en terrenos baldíos; identificar, en la comunidad, la existencia de casas desocupadas y terrenos vacíos, y localizar a los dueños para comprobar si existen criaderos.
Acumulación de agua estancada en patios.	Mantener la basura tapada y seca hasta su recogida, tapar las botellas antes de colocarlas en la basura, separar vasos desechables, tapas de botellas, latas, embalajes plásticos, en fin, todo lo que pueda acumular agua, guardar bien en bolsas de plástico y colocar en la basura.
Falta de cuidado con los recipientes que acumulan agua.	Tapar las cajas de agua, perforar los neumáticos o cubrirlos con arena gruesa y convertirlos en floreros; voltear boca abajo las botellas vacías.

Por último, los docentes y los discentes del equipo aclararon algunos puntos, a fin de fortalecer los temas trabajados. Además, entregaron carpetas explicativas que contenían las principales estrategias para el combate del vector que posibilitaba a los participantes rescatar algunas informaciones cuando resultara necesario.

Discusión

Las comunidades quilombolas están en una condición de extrema vulnerabilidad, pues no hay una efectividad del ejercicio del derecho a la salud más allá de las bajas condiciones socioambientales en las desigualdades reveladas por las prevalencias de diversas enfermedades (Freitas, 2011; Bezerra, 2015).

Al considerar la situación de vulnerabilidad social y económica enfrentada por las poblaciones quilombolas, es imprescindible evaluar la importancia y la eficiencia de acciones de educación en salud. La educación para la salud permite la transformación social por medio del desarrollo de la conciencia crítica de las personas sobre sus problemas de salud, centrándose en la búsqueda de respuestas colectivas para su resolución. Lopes et al. (2010), enfatizan que, aunque la educación en salud tenga un carácter más amplio, es considerada uno de los principales dispositivos para la viabilización de la promoción de la salud, al ayudar en el desarrollo de la responsabilidad individual y en la prevención de enfermedades.

Los temas tratados en este estudio de caso sobre la experiencia educativa en cuestión se basan en los problemas identificados en la comunidad quilombola de Pontal da Barra. Se puede evidenciar que los problemas planteados pueden conducir a la proliferación de mosquitos vectores de enfermedades. El dengue, el zika y chikunguña, enfermedades transmitidas por mosquitos *Aedes aegypti*, se han mostrado cada vez más prevalentes en Brasil en los últimos años, lo que constituye uno de los principales problemas de salud pública por su elevado grado de morbilidad y mortalidad (Donalísio et al., 2017).

Fue posible resaltar la falta de saneamiento básico que provoca la acumulación de aguas residuales en las calles de las comunidades (Cuadro 1). Estos datos están de acuerdo con un estudio que muestra que las malas condiciones de vivienda, el suministro irregular de extracción de agua, la política ineficiente de gestión de residuos sólidos y el tratamiento de aguas residuales pueden conducir a la proliferación de vectores, entre ellos *Aedes aegypti* (Silva; Machado, 2018). Ante esto, es necesaria una movilización mayor de la población en la lucha contra los gerentes, la implementación de políticas públicas de calidad centradas en la estructuración de los servicios básicos de saneamiento.

Aedes aegypti es un vector que se adapta fácilmente a la vida urbana de las grandes ciudades, así como a las zonas rurales. Por lo tanto, es importante tener una visión más amplia de su relación con las condiciones de vida de las poblaciones (Reais, Andrade, y Cunha, 2013). Se podría cuestionar si comprender el proceso de salud y acciones basado en conceptos fundamentados a su vez en los determinantes sociales de la salud (DSS) ayudaría a los gerentes y profesionales de la salud a crear políticas públicas intersectoriales más efectivas para combatir este problema. Además, los niveles más bajos de educación pueden causar dificultades en la comprensión por parte de la población de las medidas preventivas contra estos arbovirus, lo que puede favorecer el aumento del número de casos (Silva et al., 2015).

Otros puntos destacados en las acciones educativas fueron la acumulación de residuos en terrenos baldíos y la falta de cuidado con los contenedores que acumulan agua dentro de sus hogares (Cuadro 1). La falta de buenas prácticas relacionadas con la prevención del dengue, zika y chikun-

guña puede estar asociada con la ausencia de conocimiento de la comunidad con respecto a la implementación de intervenciones básicas de prevención (Souza, Santos, y Guimaraes, 2018).

Azis et al. (2014) evidencian que la educación en salud es una estrategia esencial para el control de este vector. La información difundida entre la población es de extrema importancia para promover condiciones saludables y auxiliar en la erradicación de los sitios proliferación del mosquito vector. Ante esto, es necesario que los equipos de salud prioricen las estrategias educativas dirigidas a esta población con un enfoque en el cambio de actitudes.

En relación con el cuidado en cuanto a la acumulación de agua marrón en los patios, se notó que había fallas en la implementación de estas prácticas (Cuadro 1). Silva, Mallmann y Vasconcelos (2015) señalan que las acciones involucran prácticas adecuadas de salud como la remoción del agua estancada, y los cuidados específicos de objetos que pueden acumular agua son extremadamente efectivas para combatir la proliferación del mosquito vector. Sin embargo, estas acciones pierden efectividad cuando se ejecutan de manera aislada de las acciones educativas.

El estudio de Rodrigues et al. (2011), realizado con poblaciones quilombolas del norte de Brasil, enfatiza la eficiencia de las acciones educativas favoreciendo la prevención y la promoción de la salud. Además, recomienda la utilización de múltiples estrategias conjugadas con las educativas considerando la realidad local de cada región para alcanzar el nivel de efectividad necesario.

Es de extrema importancia que la promoción de la salud esté fundamentada en los servicios de salud por medio de la

educación en salud. Esta estrategia no se limita solamente a la construcción del conocimiento para la comunidad, sino que establece vínculos, cambios de prácticas y estimula la participación activa de estos individuos en su proceso de salud (Janino et al., 2015).

Conclusiones

En esta acción educativa en la comunidad quilombola, todo el debate y la distribución de carpetas sirvieron de motivación, lo que posibilitó la toma de conciencia y reflexión sobre hábitos saludables entre los participantes.

Fue posible identificar diversos problemas en la comunidad que pueden conducir a la proliferación de enfermedades transmitidas por el mosquito vector del dengue, chikunguña y zika: a falta de saneamiento adecuado, que contribuía para el acúmulo en el alcantarillado a cielo abierto en las calles; la acumulación de residuos en terrenos baldíos, así como la acumulación de agua estancada en patios; falta de cuidado con los recipientes que reúnen agua. Ante esto, se han trabajado soluciones con el fin de combatir los problemas existentes como exigir a los gestores una mayor estructuración del sistema de alcantarillado sanitario y mantener la basura tapada y seca hasta su recolección.

Se considera que las acciones educativas deben ser trabajadas continuamente para que se inserten en el cotidiano de estos individuos con la expectativa de asumir el carácter transformador del proceso educativo, y con ello favorecer la prevención, la promoción de la salud y, principalmente, el ejercicio de la construcción de la ciudadanía.

La educación en salud generó posibilidades para que la comunidad quilombola se conciente y mejore su calidad de vida por medio de la prevención de las arbovirosis. Además, contribuyó como forma de orientación a la comunidad para la reducción del número de casos, así como también en el perfeccionamiento de los conocimientos de los profesionales y académicos involucrados acerca de las estrategias de intervención utilizadas.



Referencias

Aziz, A. T., Al-Shami, S. A., Mahyoub, J. A., Hatabbi, M., Ahmad, A. H, y Rawi, C. S. M. R. (2014). Promoting health education and public awareness about dengue and its mosquito vector in Saudi Arabia. *Parasites & Vectors*, 7, 487. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4241221/> doi: 10.1186/s13071-014-0487-5

Bezerra, V. M., y Cesar, C. C. (2015). Desconhecimento da hipertensão arterial e seus determinantes em quilombolas do sudoeste da Bahia, Brasil. *Ciência & saúde coletiva*, 20(3). Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n3/1413-8123-csc-20-03-00797.pdf>. doi: 10.1590/1413-81232015203.14342014

Ministério da Saúde (2008). *Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, p. 56. Recuperado de http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_sgtes.pdf.

Brasil. Ministério da Cultura. Fundação Cultural dos Palmares (FCP). (2013). *Certidões expedidas às comunidades remanescentes de quilombos (CRQs)*. Recuperado el 18 de junio de 2013 desde: <http://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/2013/06/1-crqs-certificadas-ate-10-06-2013.pdf>

gov.br/wp-content/uploads/2013/06/1-crqs-certificadas-ate-10-06-2013.pdf

Donalísio, M., Freitas, A. R. R. y Von Zuben, A. P. B. (2017). Arboviroses emergentes no Brasil: desafios para a clínica e implicações para a saúde pública. *Revista de Saúde Pública*, 51(30), 1-6. http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051006889.pdf. doi: 10.1590/s1518-8787.2017051006889.

Freitas, D. A., Caballero, A. D., Marques, A. S., Hernández, C. I. V. & Antunes, S. L. N. O. (2011). Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. *Revista CEFAC*, 13(5), 937-943. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151618462011000500019&script=sci_abstract&tlng=pt <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462011005000033>

Furtado, M. B., Sucupira, R. L., y Alves, C. B. (2014). Cultura, identidade e subjetividade quilombola: uma leitura a partir da psicologia cultural. *Psicologia & Sociedade, Brasília-DF* 26(1), pp. 106-115. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v26n1/12.pdf>

Janini, J. P., Bessler, D. y Vargas, A. B. (abr-jun 2015). Educação em saúde e promoção da saúde: impacto na qualidade de vida do idoso. *Saúde Debate* | rio de Janeiro, 39(105), 480-490. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00480.pdf> doi: 10.1590/0103-110420151050002015

Lopes, M. S. V., Saraiva, K. R. O., Fernandes, A. F. C. y Ximenes, L. B. (2010) Análise do conceito de promoção da saúde. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, 19(3), 461-468. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n3/a07v19n3.pdf>

- Lopes, N., Nozawa, C. y Linhares, R. E. C. (2014). Características gerais e epidemiologia dos arbovírus emergentes no Brasil. *Revista Pan-Americana de Saúde*, 5(3), 55-64. Recuperado de <http://scielo.iec.gov.br/pdf/rpas/v5n3/v5n3a07.pdf> doi:10.5123/S2176-62232014000300007
- Silva, G. M., Santos, G. A. M., Oliveira, C. C. C., y Vargas, M. A. (2015). Percepções e atitudes sobre a Dengue dos usuários do Sistema Único de Saúde no Município de Aracaju, Sergipe, Brasil. *Revista Atenção Primária à Saúde*, 18(3), 341-53. Recuperado de <https://pesquisa.bvsalud.org/porta/ resource/pt/lil-784467>
- Miranda, C. A. S. (2013). Comunidades Quilombolas do Brasil: desafios e perspectivas. *Cordis. Revoluções, cultura e política na América Latina*, São Paulo Jul-Dez, 11, 253-279. Recuperado de <https://revistas.pucsp.br/index.php/cordis/article/viewFile/19805/14713>
- Reis, C. B., Andrade, S. R., y Cunha, R. V. Aliados do A. (2013). Aegypti: fatores contribuintes para a ocorrência do dengue segundo as representações sociais dos profissionais das equipes de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(2)517-526. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n2/23.pdf>
- Rodrigues, S. A., Lucas, M. G., Cerqueira, S. T. S., Braga, A. S., y Vaz, L. G. (2011). Educação em saúde em comunidades quilombolas. *Revista Gaúcha Odontologia*, Porto Alegre, 59(3),445-451. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/9db5/47e-be6934d16foa45231b95d79d750565c1e.pdf>
- Silva, I. B., Mallmann, D. G., y Vasconcelos, E, M. R. (2015). Estratégias de combate à dengue através da educação em saúde: uma revisão integrativa. *Saúde (Santa Maria)*, Santa Maria, 41(2), 27-34. Recuperado de https://periodicos.ufsm.br/revistasau/ article/view/10955/pdf_1
- Silva, J. C. B. y Machado, J. S. (2018). Associações entre dengue e variáveis socioambientais capitais do Nordeste brasileiro por Análise de Agrupamentos. *Ambiente & Sociedade*. São Paulo, 21(4). Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/asoc/v21/pt_1809-4422-asoc-21-e01332.pdf
- Souza, K. R., Santos, M. L. R., Guimarães, I. C. S., Ribeiro, G. S., y Silva, L. K. (2018). Saberes e práticas sobre controle do *Aedes aegypti* por diferentes sujeitos na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(5), 1-13. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n5/1678-4464-csp-34-05-e00078017.pdf>
- Stadtler, H. H. C., y Calheiros, F. P. (2010). Identidade étnica e poder: os quilombos nas políticas públicas brasileiras. *Revista Katálysis, Florianópolis, Jan-Jun*, 13(1). Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141449802010000100016&script=sci_abstract&tlng=pt. doi.org/10.1590/S141449802010000100016.

Compartiendo experiencias: mujeres que viven con diabetes *mellitus* tipo 2 de la Clínica Hospital ISSSTE Zitácuaro, Michoacán*

SAMMARA YALE SUÁREZ GARCÍA

La presente investigación estudia el género y su relación con la salud de las mujeres que viven con diabetes mellitus tipo 2 de la Clínica Hospital ISSSTE Zitácuaro. Se aborda el tema del servicio de salud que ofrece dicha institución y se profundiza en los conocimientos y sentimientos de estas mujeres.

PALABRAS CLAVE: Diabetes, mujer, Michoacán, ISSSTE, Zitácuaro, género

Abstract

Sharing experiences: women with diabetes mellitus type 2 from the ISSSTE hospital-clinic located in Zitácuaro, Michoacán

The present research studies gender and its relationship with the health of women living with type 2 diabetes mellitus at the Issste Zitácuaro Hospital Clinic. The issue of the health service offered by said institution is addressed and the knowledge and feelings of these women are explored.

Keywords: Diabetes, woman, ISSSTE, Michoacán, gender

Aspectos principales

En este trabajo se profundiza en el tema del género y su relación con la diabetes, considerando la perspectiva, los roles, la identidad y la desigualdad de género. Por otra parte, se abordan aspectos referentes a la atención proporcionada por la Clínica Hospital ISSSTE Zitácuaro, tales como calidad y eficiencia en el servicio e información otorgada sobre dicha enfermedad. Otro tema que se consideró fue conocer los sentimientos y las ideas que tienen sobre su condición las mujeres que viven con diabetes.



Importancia de la investigación

Esta investigación se llevó a cabo por el interés de comprender la realidad de las mujeres que viven con diabetes desde la mirada de la promoción de la salud y de una forma respetuosa e incluyente, que no sólo considera estadísticas o datos cuantitativos, sino que valora el sentir, pensar y creer de las personas.

La importancia de estudiar esto tiene que ver con el hecho de que la diabetes se ha vuelto un problema de salud pública serio, especialmente para las mujeres, pues el número de casos ha incrementado de manera considerable. Trabajar con mujeres que viven con diabetes —en este caso, de la Clínica Hospital ISSSTE Zitácuaro— fue relevante porque no se había realizado ninguna investigación cualitativa como ésta.

Metodología

La metodología empleada fue cualitativa y, como instrumento de indagación, se utilizó el estudio de caso. Ello permitió profundizar en las emociones, los sentimientos y las ideas de las mujeres con quienes se trabajó. Se implementó la entrevista dirigida para que las participantes se expresaran libremente respecto a todos los temas por indagar.

Constó de cinco partes: la primera se relacionó con aspectos personales; la segunda tuvo como objetivo indagar en las representaciones sociales que ellas tenían sobre la enfermedad; la tercera comprendió el tema de género y su relación con la diabetes; la cuarta hizo alusión a los servicios de salud prestados por la clínica; y la quinta permitió conocer cómo se visualizan a futuro.

Resultados

Los resultados obtenidos mediante las entrevistas se analizaron exponiendo y argumentando teóricamente sus respuestas, a fin de entender un poco más la realidad de las mujeres de la Clínica Hospital ISSSTE Zitácuaro que hacen frente a la diabetes.

Tomando en cuenta la categoría de género, tenemos que la forma de enfrentar la noticia y la enfermedad desde la condición de mujer en muchas ocasiones es con normalidad, asumiendo que la vida sigue y que han aprendido a vivir con diabetes *mellitus* tipo 2, lo cual manifiesta una actitud estereotipada de una mujer tradicional: pasiva, obediente y rutinaria; sin embargo, esto puede comenzar a responder por qué las mujeres diabéticas son quienes mueren más a consecuencia de sus complicaciones. Su respuesta es más una actitud de resignación que se adopta ante este evento que no se comprende.

Pues mira, yo, como ama de casa, la veo bien porque me deja hacer mis labores y todo, pero como esposa sí he fallado en el tema sexual, porque ora sí que en lo sexual éramos muy activos él y yo, y a raíz de que me llegó esta enfermedad, como que ya bajó y ni me llama la atención, para acabar pronto; no me llama la atención y pues como él también se enfermó de la próstata y también a él pus también yo creo... Pus quién sabe qué sienta, pero no me pide ni me exige nada. En ese aspecto sí he fallado (entrevistada).

Conclusiones

Los temas en esta investigación muestran la importancia de ver a las mujeres en un contexto más allá que sólo el es-

tadístico. Todos los seres humanos somos una construcción de aspectos históricos, sociales y culturales; por ende, la forma en que las mujeres viven su enfermedad y su salud tiene mucho que ver con éstos.

Alrededor de ellas hay una serie de discursos tales como culpabilización social por sus estilos de vida (la diabetes es un castigo), culpabilización y represión hacia su cuerpo (es descalificado por no poder cumplir con la función de atender a los demás) y construcción social de acercamiento a la muerte al padecer diabetes. Estos discursos generan emociones y conductas en ellas que influyen de manera seria en su forma de afrontar la diabetes; en diversas ocasiones conlleva descuido y complicaciones severas.

Considero que este trabajo será un gran aporte para futuras investigaciones en la Clínica Hospital ISSSTE Zitácuaro y fue una gran satisfacción llevar a cabo la primera investigación desde la postura de la promoción de la salud.



Bibliografía

Frenk, J. (2001). Programa de Acción: diabetes *mellitus*, (pp. 35-37). Ciudad de México: Secretaría de Salud.

Juan, M. (2013). Estrategia nacional para la prevención y el control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes (pp. 55,57). Ciudad de México: IPESA

Laguna J., Martínez M. F., Piña G. E., Pardo V. J., & Riveros R. H. (2013). *Bioquímica de Laguna* (pp. 643-657). Ciudad de México: El Manual Moderno.

INEGI (2016). Dinámica. Michoacán de Ocampo. Recuperado el 9 de febrero de 2018, desde <http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/mich/poblacion/dinamica.aspx?tema=me&e=6>

ISSSTE (2016). “El MIDE se amplía a los consultorios de medicina familiar en 11 delegaciones estatales”. Recuperado en 17 de febrero de 2018, desde: <https://www.gob.mx/issste/prensa/el-mide-se-amplia-a-los-consultorios-de-medicina-familiar-en-11-delegaciones-estatales>

La economía social y solidaria en un contexto de crisis de la civilización occidental. Alternativas ante la migración y la desigualdad de género en México, San Francisco y Granada

Leila Oulhaj (coord.), Andrea Margarita Núñez Chaim, Eduardo Juárez Mejía, Fátima Álvarez, Luis Miguel López Rodríguez, Kathleen M. Coll, María Pilar Tudela-Vázquez, Nayra García-González, Juan Rodríguez Medela, Mariana Guadalupe Zaragoza González
Universidad Iberoamericana, 2019

LIDIA IVÓN BORJA ALDAVE

Esta obra atrapa los sentidos con su portada y contraportada, ilustradas con imágenes del catálogo iconográfico de Flor de Mayo. En el libro se desarrollan en sus diferentes artículos las consecuencias sociales, económicas, políticas y culturales generadas por la crisis del sistema capitalista, en particular, las contradicciones generadas en casi cuatro décadas de la implementada política neoliberal. Seis investigaciones de caso relacionadas con la economía social y solidaria (ESS) de México, Estados Unidos y España, hacen una aportación a la creación de alternativas que pudieran ser implementadas y llevar a buen puerto las demandas sociales y económicas de las poblaciones marginadas. En este tenor, dichos estudios tratan temas transversales de América Latina como son la pobreza y pobreza extrema, la migración, las remesas, los problemas de género y el poderío del crimen organizado.

1. La primera investigación, de Andrea Margarita Nuño Chaim, titulada “Contradicciones del sistema patriarcal, nuevas formas de violencia de género y economía social y solidaria. El caso de las migrantes encarceladas de Tapachula” relaciona los procesos de

criminalización que padecieron las mujeres hondureñas, salvadoreñas y guatemaltecas acusadas injustamente por el delito de trata de personas en la frontera sur de México, y quienes fueron privadas de su libertad en el Centro Estatal de Reinserción Social para Sentenciadas 4 (CERSS) Femenil de Tapachula.

Nuño (2019) aborda, en su artículo, el papel que juega el Estado en estas detenciones así como la movilización de las mujeres que tuvo lugar para lograr su liberación con el acompañamiento del Programa de Asuntos Migratorios de la Universidad Iberoamericana (PRAMI). La autora sostiene que dichas retenciones son producto de las contradicciones económicas y sociales y de nuevas formas de violencia de género del sistema neoliberal patriarcal, lo que muestra la urgencia de construir alternativas para una vida digna de las poblaciones que han sido históricamente marginadas. Asimismo, expone que la migración mundial, como sabemos, es resultado de la pobreza y pobreza extrema generada por la concentración del ingreso que ha llevado a una crisis de la civilización occidental que en el caso particular del éxodo de América Latina, comenta la autora, se debe también a la violencia del crimen organizado, sea por los grandes cárteles o por las maras, que siguen creciendo y fortaleciéndose en Honduras, El Salvador, Guatemala y la frontera sur de México. La autora hace énfasis en la imposibilidad de las poblaciones de vivir en sus lugares de origen, “por el deterioro ambiental causado por la privatización y concesión de territorios y recursos naturales a empresas privadas transnacionales”. [Pone como ejemplos las] “amenazas directas a la vida; el reclutamiento forzado de niños y niñas para integrarse a las maras; la desaparición, homicidio o feminicidio de algún familiar; la imposibilidad de ganarse



Oulhaj Leila (Coord). *La economía social y solidaria en un contexto de crisis de la civilización occidental: alternativas ante la migración y la desigualdad de género en México, San Francisco y Granada.* Universidad Iberoamericana, 2019, 231 pp. Edición: 1a.

la vida por el cobro de cuotas del crimen organizado; la violencia militar para despojar de territorios.” [...] “La crisis sistémica se evidencia” [...] “desde el Estado hasta la familia patriarcal,” [desde] “el capitalismo, hasta las democracias representativas entre muchas otras” [...] “que se encuentran en descomposición y otras en abierta transformación, pero en todo caso” [afirma que] “ninguna permanece inmutable.” (p. 45). El Estado, en este contexto, está conformado por la “alianza patriarcal, entre autoridades corruptas y grupos criminales” [...] a lo que “Rita Salgado (2014) y Celia Amorós (2008) nombran Estado Paralelo.” [El que] [...] “opera y se beneficia de las contradicciones generadas por el sistema capitalista global” (p. 46) y produce nuevas formas de

violencia de género extremas con la criminalización de las mujeres migrantes.

Esta migración al sur de México, en la región denominada Soconusco, afirma Nuño (2019), corresponde a la feminización de la migración que tiene lugar desde la década del año 2000, que principalmente se da para tener acceso a un empleo. Encuentra que los ámbitos laborales en los que las mujeres pueden insertarse son: el agrícola, el doméstico, los bares y el trabajo sexual, en los que se legitiman “tratos racistas y sexistas” (p. 48), principalmente en los dos últimos; no obstante, el pago en estos dos ámbitos suele ser mayor que en los otros y son considerados como una opción, al ser ellas inmigrantes sin documentación.

La red que reproduce esta industria mafiosa de trata de personas es lo que reconoce Nuño (2019) como “segunda realidad”. La primera es a lo que llama “Estado de derecho” (en el caso de México se contravienen los derechos fundamentales y sus garantías constitucionales) [que permite y funciona conjuntamente con la segunda realidad: un Estado] “conformado por autoridades corruptas y grupos criminales. Así, el mismo crimen organizado que promueve la violencia y pone en riesgo la vida, promueve las redes de trata con las mujeres migrantes” (p. 53). Al respecto, el proceso viciado de la detención de mujeres migrantes “aparece como resultado del cumplimiento de la Ley para combatir, prevenir y sancionar ese delito” [sic, no obstante, esta forma que contraviene a la ley, da como) [...] “resultado la criminalización de las mujeres migrantes”, [e implementa procesos que] [...] “buscan reforzar las jerarquías de género” [y pueden entenderse] [...] “como una forma de violencia extrema”. [Este panorama se anuda] [...] “con las desigualdades raciales, de clase, de

estatus migratorio, con ideas y concepción sobre la sexualidad de las mujeres migrantes y con el involucramiento del crimen organizado” [...] “que controla las redes de trata en la región”. [En este contexto,] “el primer Estado” y el proceso legislativo viciado, actúan para mantener la supuesta imagen de “Estado de derecho” (p. 60).

La población de mujeres acusadas de trata de personas se incrementó en 35% entre 2009 y 2013. De ellas, 65% eran centroamericanas. No obstante, la movilización de las mujeres en contra de la criminalización de las víctimas logró que para 2017 ninguna mujer se encontrara detenida y también que ninguna más fuera acusada por este delito en el Centro de Rehabilitación. Cabe aclarar que su “libertad” fue condicionada bajo fianza, pagando sobornos y casi una tercera parte logró el beneficio de libertad anticipada concedida por la Mesa de Reconciliación, que es un organismo integrado por los tres órdenes de gobierno y la Comisión Estatal de Derechos Humanos, que tiene la facultad de revisar los casos y otorgar dicho beneficio sin declarar la absolución. En teoría, a los y las extranjeras se les expulsa del país y se les prohíbe el ingreso hasta el término de su sentencia. Resalta en este contexto que las primeras en salir fueron tres mujeres hondureñas, quienes se concientizaron y se organizaron para comprobar que los dueños de los negocios que ellas conocían, son los principales criminales en trata de personas. Posteriormente fueron saliendo el resto de las mujeres; 60% derivado de huelgas de hambre y de la presión que ejercieron desde dentro del centro.

Para finalizar la investigación, muestra que la mayor parte de las entrevistadas en “libertad”, tienen miedo y sentimiento de culpa adquiridos cuando estuvieron dete-

nidas por estar lejos de sus hijos y de sus hogares. Estos sentimientos las llevaron a que varias de ellas regresaran a sus lugares de origen, aún en condiciones precarias, e incluso, algunas, sienten temor de salir solas a la calle. Con lo anteriormente descrito, la autora dice “que la cárcel reafirma esas jerarquías de género que se habían desestabilizado”: [ser] “la buena madre” y “la buena esposa” en el hogar (Nuño, 2019, p. 67).

Las mujeres migrantes, con apoyo de PRAMI, quienes acompañaron sus procesos de liberación, identificaron como alternativa la economía social y solidaria con un proyecto para la preparación de comida y la confección de ropa que consistía en inaugurar una cafetería que, adicionalmente, fuera un lugar de apoyo para mujeres migrantes y así continuar con la consolidación de su organización política. No obstante, PRAMI no logró conseguir el financiamiento que se requería para poner en marcha este proyecto y abandonó sus compromisos, por lo que algunas mujeres iniciaron negocios individuales de bajos ingresos y otras, con temores y sentimientos de culpa, como se mencionó anteriormente, optaron por regresar, en situaciones precarias, a sus lugares de origen.

Nuño (2019) concluye que “el reto es imaginar maneras de hacer justicia que no reproduzcan las jerarquías ni la violencia” (p. 75). “Es pensar y construir alternativas de vida para miles de personas migrantes que ante la crisis del sistema neoliberal patriarcal, se ven forzadas a salir de sus países” (p. 76). Al final del artículo se presenta una pregunta sin respuesta: ¿puede la economía social y solidaria ser una alternativa?, lo que seguramente nos lleva a reafirmar nuestro interés por el impulso, desde nuestras diversas trincheras, a los proyectos de

educación, económicos y culturales de la economía social y solidaria.

2. Todo empezó por un sueño en San Pablo Güila, Oaxaca. Cuando los migrantes se convierten en actores de la economía social y solidaria en su comunidad de origen. Por Leila Oulhaj y Eduardo Juárez Mejía.

Oulhaj y Juárez (2019) presentan una exitosa experiencia de economía social y solidaria y afirman que “la migración y la igualdad de género confluyen para impactar positivamente y lograr una vida mejor para las personas excluidas del modelo hegemónico” (p. 81). En Güila, la población en general vive en pobreza y pobreza extrema. Como en otros lugares marginados de la región, la crisis del modelo occidental ha generado exclusión social, política y económica y en las décadas de 1990 y 2000, altos índices de migración. Los entrevistados, oriundos de Güila, dan testimonio, al regresar de Estados Unidos, tanto de la explotación y discriminación sufrida en ese país, como de lo difícil e inhumano que es cruzar la frontera de México. Mas el entusiasmo de regresar a su lugar de origen y poder invertir sus remesas en una actividad económica en invernaderos de jitomate, los hace ser resilientes, y fincar un patrimonio para vivir mejor con su familia.

En este tenor, el testimonio del señor José Melchor narra que trabajó en el 2005 en la producción agrícola en Estados Unidos y aprendió algunas técnicas productivas que a su regreso pudo reproducir en Güila, con lo que logró construir el primer invernadero de jitomate como proyecto familiar, invirtiendo sus remesas. Consiguió detonar esta actividad económica en la comunidad, que para 2015, eran ya 45 hectáreas de viveros de jitomate que generaban 900 empleos, además de un centro de acopio, un centro de empaque en vía

de certificación por la SENASICA (Servicio Nacional de Sanidad Inocuidad y Calidad Agroalimentaria), una tienda de insumos y un vehículo para fletes; comercializan a nivel nacional y exportan a Filadelfia, Estados Unidos.

Esta empresa agrícola se rige en el marco del respeto a los derechos colectivos y todos los familiares o miembros de la misma tienen voz y voto en las decisiones de las políticas a seguir de la misma. Asimismo, el éxito obtenido por este grupo motiva a otros miembros a que inviertan con éxito en la misma actividad agrícola, además de contar con el apoyo de instancias sociales y gubernamentales como la Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural Pesca y Alimentación (SAGARPA) y Financiando el Desarrollo del Campo (FINDECA)¹ para el inicio o crecimiento de los proyectos de invernaderos.

Este desarrollo en Güila ha logrado apoyar a toda la población, al grado de reducir la migración de la misma, principalmente de jóvenes, porque tienen acceso a educación formal, además de que los habitantes de la zona se han apoyado tanto en diferentes actividades, como también cuando sufren algún siniestro natural. Asimismo, están siendo respetuosos de la biodiversidad de la zona; como ejemplo, han obtenido agua a través de “ollas de captación o pozos que escarban y les dan mantenimiento constante”. También reforestan, utilizan paneles solares o bombas de luz

para captar agua de lluvia; de igual forma, utilizan abono orgánico.

3. El éxito del proyecto textil artesanal Flor de Mayo, fundado en 2011 y presentado por Álvarez (2019), persigue varios objetivos; uno de los más importantes es lograr el respeto a la identidad colectiva de los pueblos originarios de Naupan, Puebla, por medio de la preservación de la actividad textil artesanal, reconocida por la UNESCO porque fomenta “la reconstrucción de comunidades que han sido desmembradas, pues establece su identidad y crea vínculo entre pasado, el presente y el futuro” (p. 131). El siguiente objetivo es patentar los diseños del proyecto textil artesanal Flor de Mayo, etiquetando con el nombre de la creadora de las prendas, con la finalidad del reconocimiento de su arte popular, así como evitar que los diseños sean plagiados. Estos diseños se integran a productos confeccionados en pequeños talleres y fábricas especializadas de la Ciudad de México, para alcanzar los más altos estándares de calidad.

Esta industrialización de sus artesanías generó alianzas con otras comunidades y favoreció que “la organización desde la Ciudad de México, se enfocara a la actividad económica y se aliara con otras fundaciones, asociaciones civiles, cooperativas y organizaciones no gubernamentales que hacían esfuerzos paralelos en otros estados” (Álvarez, 2019, p. 137). Seis años después, este proyecto ha impactado al menos a 150 artesanas de Puebla, Oaxaca y Chiapas y sus prendas se comercializan en México, y en algunas ciudades de Estados Unidos bajo la marca Someone Somewhere.

Cabe señalar que la mayor parte de estas mujeres artesanas de Naupan, Puebla, han modificado el rol de género definido socialmente, al participar en una actividad

¹ Destaca el impulso de FINDECA en esta región, que es una institución financiera de origen social con sede en Oaxaca y una oficina en Chiapas. Su misión es “proveer financiamiento para apoyar el desarrollo de la economía social y solidaria en el sur y sureste del país”. Es la confianza el factor clave que vincula a los créditos que son respaldados con talleres de educación financiera y asesoría técnica de Fideicomisos Instituidos en Relación con la Agricultura (FIRA).

económica y “mostrarse y participar en la esfera pública de la comunidad” (Álvarez, 2019, p. 131), “como votaciones, reuniones escolares, grupos de auxilio para desastres naturales, entre otros” (Álvarez, 2019, p. 136), “reunirse o asociarse con más mujeres” [creando lazos comunitarios y que en general, desafían] [...] “la obligación de permanecer en casa para el cumplimiento de tareas del hogar” (Álvarez, 2019, p. 127). Este proyecto está acompañado con educación financiera y temas de desarrollo humano, trabajo en equipo, nutrición, diseño e incubación para los integrantes.

4. En el caso del artículo de Luis Miguel López Rodríguez, “Las socias, remesas y migración: las cooperativas de ahorro y préstamo como impulsoras de la inclusión financiera en una nación de migrantes. El caso Caja Popular Mexicana” hace una revisión histórica, crítica y constructiva del servicio de pago de remesas que la cooperativa de ahorro y préstamo, Caja Popular Mexicana (CPM) ofrece a sus socios desde el 2003 que en su misión establece: [...] “contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de sus socios al impulsar la inclusión social a través de la incorporación al sistema financiero formal” (López, 2019, p. 155).

López (2019) destaca que la CPM es “una propuesta para integrar inmigración y desarrollo de forma que ambos países, el del envío y el de acogida, puedan beneficiarse de los flujos migratorios”. [Inserta en este esquema, la] “CPM fue reforzada en 2002 por la Agencia para el Desarrollo Internacional de Estados Unidos (USAID), quien implementó un programa piloto para estimular la economía mexicana a través de las remesas, y realizó una donación a la CPM, a través del Consejo Mundial de Cooperativas de Ahorro y Crédito”. [La CPM se ubica en las zonas rurales] “con una red confor-

mada por 146 instituciones y 1883 sucursales con una presencia importante en los municipios rurales, en transición y semiurbanos” (p. 160). En este contexto, la CPM es la más grande cooperativa de este tipo en México y América Latina, con 2,236 socios en total en 2017, con presencia en 26 de los 31 estados de la República Mexicana, con 462 sucursales y una red de 205 cajeros. La CPM tiene un directorio de capacitación para sus socios que significó que en 2016 “más de 460 socios participaran en este programa formativo”; [la capacitación tiene como principal objetivo el desarrollo de una visión de planificación de las remesas que genere alternativas con] “impacto en sus condiciones de vida” (López, 2019, p. 169).

A su vez, el registro del ingreso de remesas de los socios les permite ser sujetos de crédito de la CPM. En referencia a los “Productos de crédito solicitados por los socios usuarios de remesas (2016 y el primer semestre 2017)” (López, 2019, p. 174), se observa que las solicitudes con impacto económico se encuentran en el número 8, 9 y 17 de la lista, que son: semilla cooperativa, línea de crédito productiva y solicitudes de liquidez, que en parte son utilizadas para capital de trabajo.

Entre las finalidades que manifiestan “los socios usuarios para solicitar un préstamo del servicio de remesas (2016 y primer semestre 2017)” (López, 2019, p. 18) destaca en el número 3, adquirir producto terminado para comercio, en el 8, mantenimiento de otros cultivos, en el 10, establecimiento de granos alimenticios y en el 12 y 18, compra y mantenimiento de ganado bovino y porcino respectivamente, y en el 14, la compra de materia prima.

López (2019) hace énfasis en el concepto de “codesarrollo”, donde se considera que la migración tenga impacto benéfico en los países de origen y los de destino y

que los recursos enviados puedan no solo servir para la subsistencia, sino que parte de estas remesas detonen actividades económicas que beneficien la calidad de vida y, con ello, la redistribución del ingreso entre países pobres y países ricos. López (2019) da ejemplos de cooperativas de ahorro y préstamo de Estados Unidos, México y España que, en su práctica, se vinculan con el fenómeno migratorio y promueven programas de educación para con ello lograr en menor o mayor medida que las remesas sean “un factor diferenciador” que impulsen actividades económicas. Afirma que el reto que se presenta actualmente es modificar los patrones del uso de remesas para propiciar la redistribución de la riqueza entre los países.

5. El trabajo que hace posible todos los demás trabajos. Mujeres migrantes en Estados Unidos promoviendo una ciudadanía de los cuidados a través de la economía social y solidaria. María Pilar Tudela-Vázquez y Kathleen M. Coll.

Este artículo presenta los esfuerzos de “los colectivos y cooperativas de migrantes latinas dedicadas al trabajo del hogar [asociaciones sin fines de lucro²] y de los centros de trabajadores jornaleros de la Bahía de San Francisco” en Estados Unidos. Estos colectivos de poblaciones migrantes han demandado desde principios del siglo pasado el reconocimiento social y económico de su trabajo como columna vertebral del desarrollo de todas las actividades económicas humanas. Estos colectivos “no utilizan el discurso de *BSS*” [no obstante buscan] “promover la estabilidad económica del grupo” [...], “construir relaciones de solidaridad y confianza entre los

trabajadores...”. [En general son iniciativas] [...] “que apuestan por un modelo económico justo, democrático e igualitario, que sitúa a los seres humanos y a la naturaleza y, en definitiva, a la vida en el centro de su acción: y también, centros de trabajadores jornaleros, ubicados en la Bahía de San Francisco” (Tudela, 2019, pp. 208-209).

Los grupos de mujeres migrantes afirman que el trabajo del hogar está inscrito “en un mercado laboral” [que funciona] “por debajo del agua” [y que] “es accesible para mujeres migrantes” sin permiso de trabajo. Condiciones que se derivan de la precariedad de su trabajo y de la nula existencia de derechos. Por ello, estas mujeres afirman que [...] “su labor es promover el conocimiento acerca de que este trabajo reproductivo, aquel que se encuentra en la base” [...] “es el que sostiene el sistema capitalista” (Tudela, 2019, p. 209). Fue a principios del siglo que surgieron las dos Alianzas que reivindican el derecho de los trabajadores y trabajadoras y que dan forma a su movimiento: National Day Laborer Organizing Network (NDLON) y National Workers Alliance (NDWA, 2007) con el fin de proteger sus derechos y acceso a un trabajo justo.

6. Otras economías, otros desarrollos. Investigación en el área metropolitana de Granada (Andalucía, España), desde una perspectiva de género y migración. María Pilar Tudela-Vázquez, Juan Rodríguez Medela y Nayra García-González. Grupo de Formación e Investigación Social Tejiendo Redes.

En este artículo, Tudela, Medela y García (2019) presentan parte de los resultados de su investigación titulada “Fomento de experiencias alternativas de la economía y desarrollo local” en Granada, España. En su práctica investigativa, los autores afir-

² Su desarrollo es a través de organismos *non profit* y, en menor medida, financiamiento público.

man que “promueven la participación, la transformación social y a su vez, desarrollan materiales didácticos, diseñan y dinamizan cursos y talleres” (p. 228).

Tudela et al. (2019) critican la aplicación de las políticas de ajuste y el recorte del gasto social como única vía de diversos Estados para enfrentar la crisis económica actual, la que ha significado el “desmantelamiento de un Estado de Bienestar” [...] [que en España] [...] “nunca se terminó de construir” (p. 232). También señalan que en España, entre los años 2009 y 2015, se incrementó la pobreza, al mismo tiempo que la concentración de la riqueza, lo que corresponde a una reestructuración del sistema económico. De igual forma identifican la importancia de las respuestas organizativas del descontento social actual en el mundo, como el movimiento de los indignados o movimiento 15M, de mayo de 2011, que se vincula con la primavera árabe del 2010.

Mencionan que Andalucía, región al sur, a la que pertenece la ciudad de Granada, tiene “la tasa de personas en pobreza y exclusión social más alta de España y que desde 2012, mantiene una tasa de emigración mayor que la inmigración nacional y que en 2014, la tasa de desempleo ascendió a 35.64%. Tudela et al. (2019) señalan que en este contexto, las mujeres y la población migrante son los sectores más afectados: “las desigualdades entre hombres y mujeres, en especial, en el acceso a recursos, derecho y poder”, (p. 223) debido a “el ideario que asocia al hombre como el sostén económico de las familias”. Respecto a la población migrante, [...] “la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE)” [...] señala que es la que se ha visto mayormente afectada en sus niveles educativos, desempleo y pobreza, por lo que [...] “40 % de los migrantes vive en

pobreza relativa,” [...] “porcentaje que dobla al de la población española” (p. 234).

Tudela et al. (2019) identificaron 100 iniciativas y organizaciones de economía social y solidaria en Granada, de las que lograron tener respuesta de 31, y con la información vertida, elaboraron la “Guía de experiencias y alternativas de economía social y desarrollo local en Granada y área metropolitana”. Las propuestas investigadas tienen un esquema de “autogestión bajo parámetros democráticos y participativos” [...], “una fuerte apuesta por la reciprocidad y la solidaridad” [y también tienen] “en cuenta el medio ambiente”, [la] [...] “necesidad de un cambio en el modelo de consumo” [...] [y] “la primacía de las personas por encima del capital” (p. 245). En particular, afirman que “son propuestas que buscan un cambio en la forma actual de hacer las cosas, tanto en el sistema productivo y de relaciones, como en la forma de tomar decisiones. En otras palabras,” [...] [sostienen que] [...] “buscan una transformación social” (p. 250).

7. Un paso más hacia la búsqueda de caminos hacia otros mundos. Leila Oulhaj, Andrea Margarita Núñez Chaim y Mariana Guadalupe Zaragoza González.

Leila Oulhaj, al coordinar las diversas temáticas de los artículos en este libro, narra las experiencias y avatares que han tenido que pasar las poblaciones en su búsqueda para organizarse colectivamente. En lo referente a las experiencias vividas, Leila manifiesta que al organizarse por medio de la BSS, las personas han podido obtener un bienestar social y económico. No obstante, también podemos decir que ha habido organizaciones que no han podido lograr el éxito deseado, pero que continúan haciendo un esfuerzo para lograrlo, debido a que conocen casos que han sido exitosos

en este campo. Como ejemplo están los casos que han logrado un bienestar social y económico, como son las experiencias de Granada, España, San Pablo Güila, Oaxaca, en México con los invernaderos de jitomate y en Naupan, Puebla, con el proyecto textil Flor de Mayo, así como el caso de las cooperativas y colectivos de las trabajadoras del hogar y los jornaleros de la Bahía de San Francisco, ambos en Estados Unidos.

Asimismo, también comenta las circunstancias que han sorteado en este caminar; por ello, Leila hace hincapié en que estamos en una crisis de la civilización occidental del sistema capitalista que opera a través de una cultura patriarcal que discrimina todo lo que es diferente a los intereses de este sistema. Esto se debe a que este sistema está regido por relaciones sociales de producción basadas en la explotación de la mano de obra y la destrucción de los recursos naturales, lo que propicia la desigualdad económica, social, jurídica, política y cultural, y de esta forma despoja a las poblaciones nacionales de sus derechos humanos. Porque este sistema concentra la riqueza en manos de unos cuantos y expulsa a la marginalidad a millones de personas, y con ello propicia el fenómeno de la migración, producido por los desplazamientos forzados; además de violentar el derecho a la dignidad de estas personas, genera por medio de la cultura patriarcal “el sistema sexo-género.”

Paradójicamente, el sistema económico imperante prometía el advenimiento del bienestar social de todas las poblaciones; sin embargo, lo único que ha producido es sumir en la pobreza y la desigualdad a las poblaciones nacionales. Al respecto, podemos contemplar otros avatares que han tenido que sufrir las mujeres centroamericanas, como muchas otras niñas y mujeres de otros territorios que son expulsadas de sus lugares de origen o atrapadas por el crimen organizado, que puede ser por medio del fenómeno de la trata de personas con todas sus características.

Por eso los autores de los artículos de este libro invitan y exponen sus proyectos como muestra de que realmente puede ser una alternativa contra el sistema capitalista, y así se diferencian estas formas de organización de la ESS en tanto que buscan satisfacer las demandas sociales y económicas de las personas, no persiguen la acumulación de la riqueza, en ellas no tiene lugar la explotación y funcionan en un marco de valores y principios, ya que estas organizaciones “no [son] un fin, sino un medio para responder a las necesidades de las personas y sus familias” (Oulhaj, Núñez y Zaragoza, 2019, p. 337).

En todos los casos tratados, la organización colectiva implicó el fortalecimiento social y el desarrollo de capacidades de los involucrados y en el caso de Flor de Mayo, con su proyecto de artesanías, también ha favorecido el vínculo comunitario y su identidad-territorio. Se observa que estas prácticas de la ESS cuidan del entorno, los recursos naturales y son solidarias en tanto que los implicados desean compartir con otros sus experiencias o su lucha y muestran avances colectivos en la igualdad de género; cuando las mujeres se convierten en agentes económicos y toman parte de las decisiones de las iniciativas empresariales colectivas, o bien, con el papel fundamental que tienen en la administración de las remesas. Por lo anterior, estas experiencias están transformando las condiciones de vida: “ni la explotación, ni la precarización encuentran razón de ser; y [existe] el reconocimiento de los sesgos de género presentes en las iniciativas de la ESS para transformar de manera colectiva los roles de género” (Oulhaj, et al., 2019, p. 347-348).

Las autoras destacan las iniciativas financieras solidarias, como el Fideicomiso de Desarrollo (FINDECA) en San Pablo Güila, Oaxaca y la Caja Popular Mexicana, que no buscan endeudar a las personas, sino impulsar diversas iniciativas. FINDECA tiene presencia en el sur y sureste del país y proporciona créditos con bajas tasas de interés que acompaña con capacitación financiera y apoyo técnico que gestiona con instituciones públicas para asegurar en mayor medida la correcta puesta en marcha o consolidación de las iniciativas de la economía social solidaria. En el capítulo 4, López (2019) describe cómo la Caja Popular Mexicana es otra experiencia de finanzas solidarias que nace con el objetivo de llegar a lugares donde la banca comercial no tiene presencia, otorga créditos con bajos intereses y mejores condiciones de servicio sin pretender endeudar a las personas.

Por último, se hace evidente que estas prácticas son una fortaleza para detener el capitalismo extremista y se invita a las poblaciones a organizarse en este campo económico con la finalidad de crear un proceso de sensibilización sobre el conocimiento de sus derechos humanos y del respeto a la dignidad humana. La obra abona en este contexto de crisis de la civilización occidental, para que se conozcan las experiencias existentes y se fomenten y así contribuir a la transformación social, política, económica y cultural y que “nuestras sociedades sean solidarias, sostenibles, e igualitarias entre hombres y mujeres” (Oulhaj, et al., 2019, p. 349).



GABINETE DE CURIOSIDADES

Algunas de las siguientes obras han sido recreadas, plagiadas o francamente robadas con fines puramente especulativos. Se basan en la siguiente premisa: una pieza no necesita ocurrir para que exista. Son ideas que el lector puede ampliar o reformular a partir de sus propias referencias. Quien suscribe renuncia a todo beneficio económico/simbólico que resulte de la apropiación de este compendio de dispositivos.

DAVID CAMARGO
(Querétaro, México, 1985)

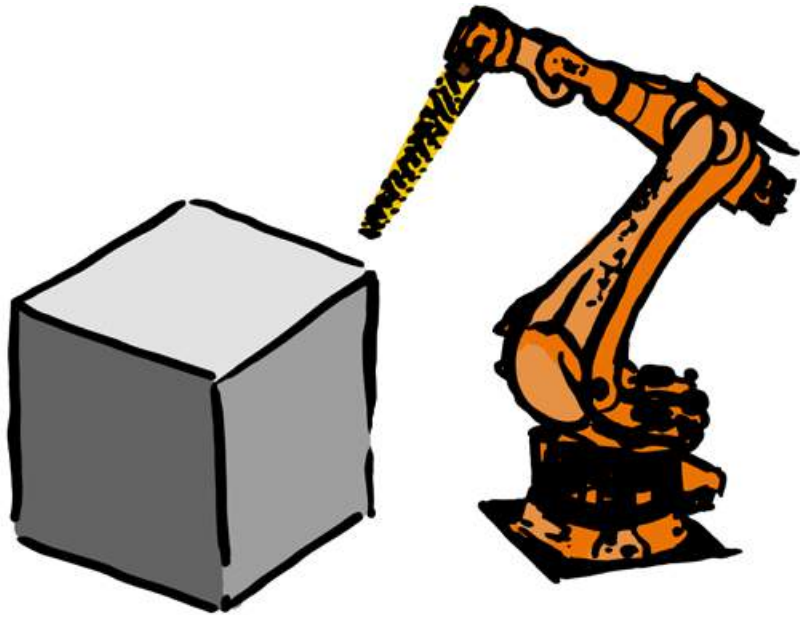
Artista visual por la UNAM, cursó el Seminario Medios Múltiples 3 y La Colmena (Taller Interdisciplinario de Arte). Trabaja con las nociones de simulacro y realidad en medios audiovisuales. Ha exhibido en foros nacionales y extranjeros, como: La Polis Imaginada, El Quinto Piso, CDMX (2015); Caja Negra MM+TAB, 11a Bial de La Habana (2012); #Nuevas Realidades Video-Políticas, Valencia, España (2012); AGN (Archivo General de Negación), CCUT, CDMX (2011); Arte Emergente Bienal Nacional Monterrey, Nuevo León (2010) y Transitio_mx 03, CDMX (2009), entre otros. Ha publicado su obra en Medios Múltiples 03 (2011) y MART (2008). Actualmente es integrante del colectivo TLC (Tráfico Libre de Conocimientos) y coordina el Laboratorio Imágenes en Movimiento del Centro Multimedia, CENART.

DAVID CAMARGO



1. 36 de 36

Rollo de 36 exposiciones sin revelarse. Se trata de fotos tomadas hace aproximadamente 20 años. Desconocer su contenido preciso convierte este objeto insignificante en una especie de nostalgia encapsulada. Si el rollo es revelado de manera inadecuada, se perderá para siempre y será imposible conocer sus recuerdos guardados celosamente. Las 36 exposiciones no pueden ser develadas ante la probabilidad de ser arruinadas.



2. Oro puro

Un brazo robótico adaptado con una lima de oro puro intenta redondear un cubo de tungsteno, uno de los metales más duros y resistentes en el mundo. La idea es que el brazo realice una operación imposible y su trabajo resulte frustrado e inútil.



3. Bitcoin

Un hombre inventa una moneda virtual que elude a los intermediarios de confianza a través del *blockchain*, una herramienta descentralizada de gestión financiera. El autor permanece anónimo y se torna cada vez más difícil conocer su identidad.



4. Christo/MX

Inundar las islas de Ciudad Universitaria. El Museo Universitario de Arte Contemporáneo (MUAC) podría invitar a Christo y a Jeanne-Claude para que realizaran esta visión a cambio de millones de dólares y con apoyo gratuito de un masivo voluntariado estudiantil.



5. El bien siempre triunfa

Epitafios elaborados con luz de neón. Esta pieza hace honor a la costumbre de usar neón para iluminar las cruces que rematan algunos templos católicos. También rinde homenaje a una técnica recurrente en el arte contemporáneo.

Epitafios a elegir:

Una actitud sensible sería no hacer escándalo al respecto.

Hay un mundo mejor pero más caro.

Ganando como siempre.

Lo intentó y falló.



6. Lábaro patrio

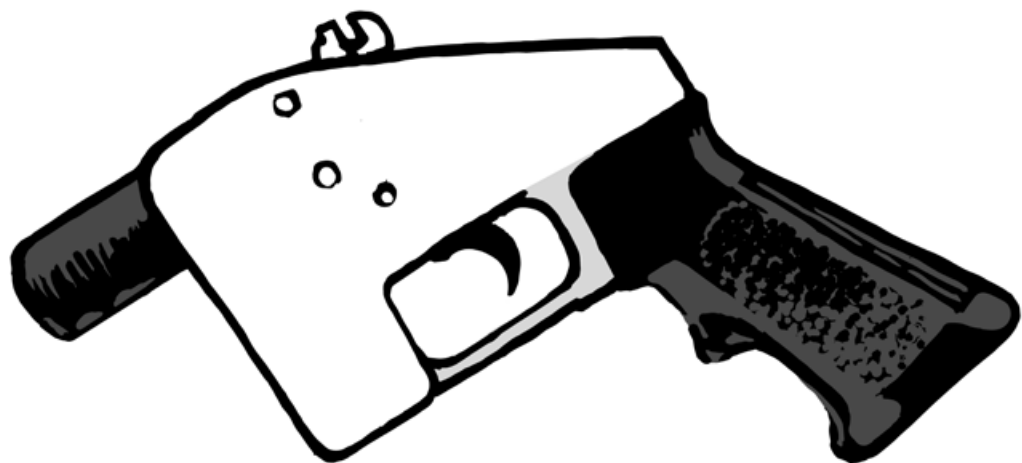
Escudo de la bandera mexicana dibujado con cocaína. La pieza será esnifada por artistas y curadores anónimos. Es requisito indispensable cumplir con las siguientes condiciones para crearla:

- La cocaína debe ser lo más pura posible, comprada en la *Deep Web*.
- El diámetro del escudo requiere medir mínimo 20 centímetros, para que el dibujo sea legible y mantenga su forma distintiva.
- La pieza puede ser ejecutada por mínimo tres y máximo 10 personas.
- El anonimato será garantizado legalmente por medio de un contrato firmado y validado ante notario público certificado.



7. Triturar

Un par de trituradoras industriales destruyen autos de lujo en una plaza pública. Un decomiso masivo de autos, propiedad de ricos potentados, es el pretexto perfecto para exorcizar la rabia generalizada de un pueblo pobre y vengativo. Los días arderán hasta el fin.



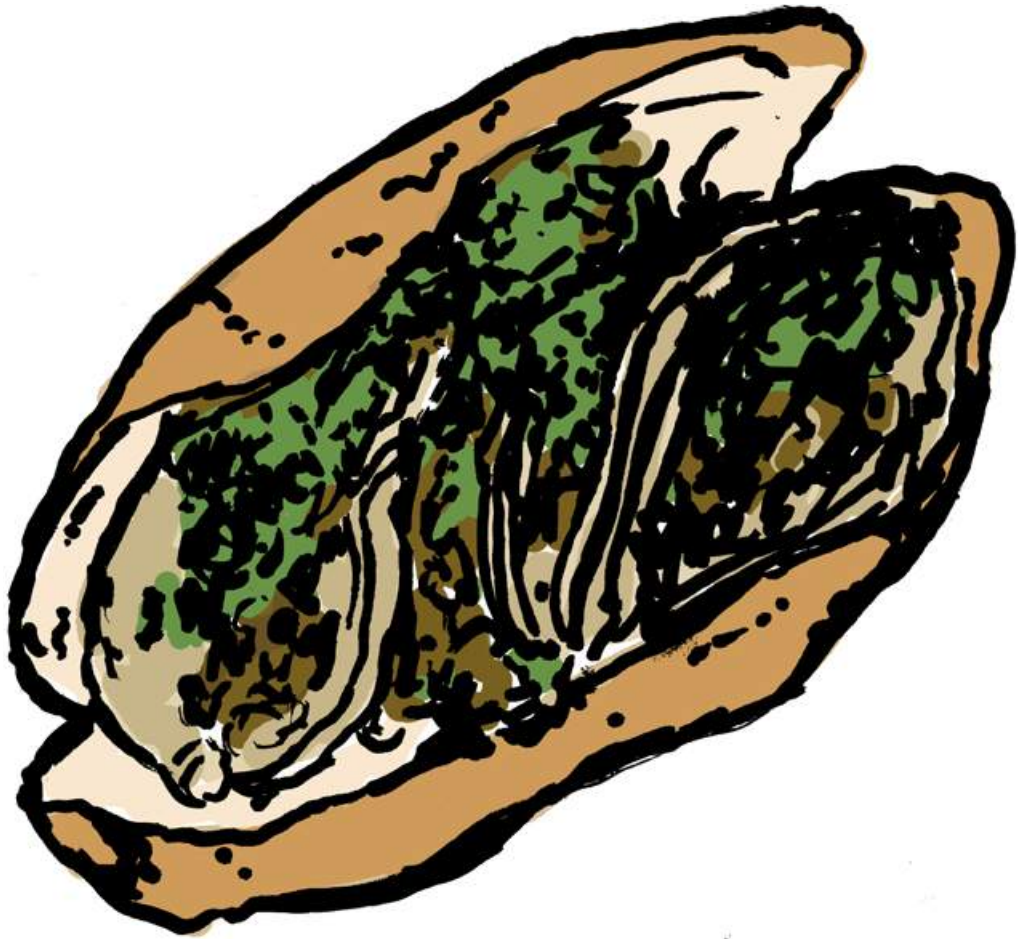
8. Muerte descargable

En puntos estratégicos del territorio nacional, enterrar tres cápsulas del tiempo repletas de armas impresas en 3D perfectamente funcionales.



9. El paso

Un artista de la frontera que no puede hacer piezas acerca de la frontera.



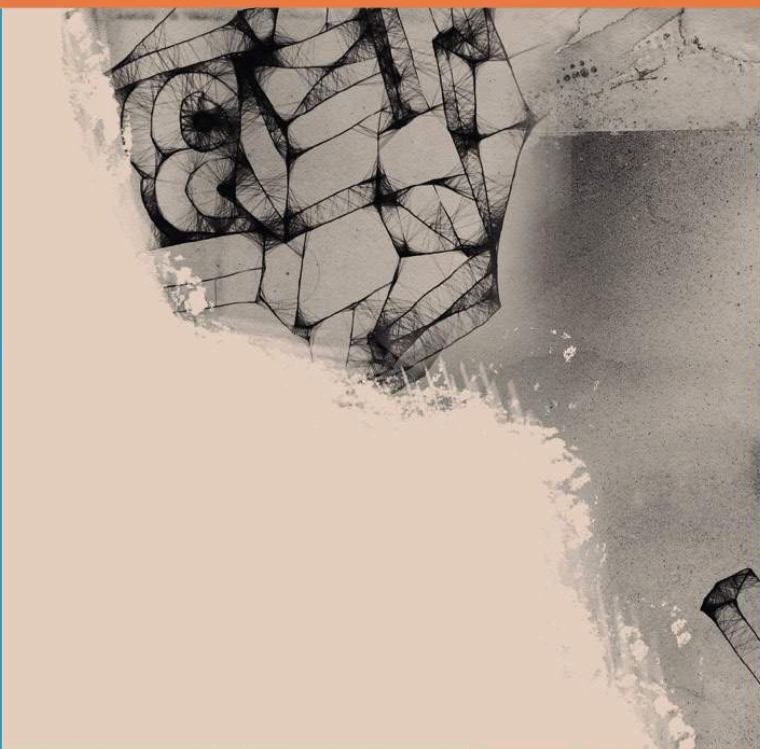
10. Torta de tacos

Esta extravagancia gastronómica ha generado todo un debate social y cultural, algunos la tildan de ser una asquerosa abominación, mientras otros defienden su existencia como una forma de experimentación culinaria permanente. La pieza, repleta de grasa fétida, puede presentarse a modo de banquete en museos, galerías o foros escénicos.

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

Nada humano me es ajeno



ASTRÆLABIO

REVISTA DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

vol. 1, núm. 6

OTOÑO, 2020

UACM