



Manizales (Colombia)	Vol. 23	No. 1	158 p.	enero - junio	2018	ISSN 0121-7577 (Impreso)	ISSN 2462-8425 (En línea)
----------------------	---------	-------	--------	---------------	------	-----------------------------	------------------------------

REVISTA**HACIA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD**

ISSN 0121-7577 (Impreso)

ISSN 2462-8425 (En línea)

- Fundada en 1993 -

- Periodicidad semestral

Tiraje 150 ejemplares

Vol. 23, No. 1, 158 p.

Enero-Junio, 2018

Manizales – Colombia

Universidad de Caldas**Felipe César Londoño López**

Rector

Orlando Londoño Betancourt

Vicerrector Académico

Luisa Fernanda Giraldo Zuluaga

Vicerrectora de Investigaciones y Postgrados

Patricia Salazar

Vicerrectora Administrativa

Andrés Felipe Betancourth López

Vicerrector de Proyección

Claudia Patricia Jaramillo Ángel

Decana Facultad de Ciencias para la Salud

La Revista **Hacia la Promoción de la Salud** es una publicación de carácter científico, tiene como finalidad socializar las experiencias investigativas, académicas y de proyección de docentes, estudiantes y profesionales de las áreas de la salud, ciencias sociales y afines.

Indexada por

Literatura Latino Americana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS).

Índice Nacional de Publicaciones Seriadas Científicas y Tecnológicas Colombianas (Publindex – Categoría B).

LATINDEX.

Scientific Electronic Library Online (SciELO).

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (REDALYC).

EBSCO Host Fuente Académica Premier.

SciELO Citation Index de ISI.

Directora**Diana Paola Betancurth Loaiza**

Enfermera, Mg. en Enfermería y Máster en Atención Primaria en Salud. Ph.D. en Salud Pública

Directora Emérita**Consuelo García Ospina**Enfermera, Mg. en Educación
Jubilada Universidad de Caldas**Comité Editorial****Edgardo Cristian Molina Sotomayor**

Licenciado en Educación Física, Ph.D. en Ciencias de la Actividad Física y la Salud

Docente Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación, Chile

Gladys Eugenia Canaval Erazo

Enfermera, Ph.D. en Salud de la Mujer

María Eugenia Pico MerchánEnfermera, Mg. en Educación y Desarrollo Humano
Docente Universidad de Caldas**Zoila Rosa Franco Peláez**Enfermera, Mg. en Filosofía y Ciencias Jurídicas
Docente Universidad de Caldas**Silvina Berra**

Nutricionista, Ph.D. en Salud Pública

Docente Universidad Nacional de Córdoba, Argentina

Fred Manrique Abril

Enfermero, Ph.D. en Salud Pública

Docente Universidad Nacional de Colombia

Asesora Académica**Sonia Inés Betancur López**

Enfermera, Mg. en Desarrollo Educativo y Social

Docente Universidad de Caldas

María del Pilar Escobar Potes

Enfermera, Mg. en Investigación y Tecnología Educativa

Docente Universidad de Caldas

Comité Científico**Patricia Arbeláez Montoya**

Médica, Ph.D. en Epidemiología

Docente Universidad de Antioquia

María Victoria Zunzunegui Pastor

Física, Ph.D. en Epidemiología

Docente University of Montreal, Quebec, Canadá

Francisco Javier León Correa

Filósofo, Ph.D. en Filosofía y Letras

Docente Pontificia Universidad Católica de Chile

María Cecilia González Robledo

Odontóloga, Ph.D. en Ciencias de Salud Pública

Instituto Nacional de Salud Pública de México

Subdirectora de Proyectos Especiales de Desarrollo Institucional

Equipo de Apoyo a la Edición**Natalia Sánchez Palacio**

Estudiante, Becaria de la Revista

Comité Técnico de la Edición**Juan David Giraldo Márquez**

Coordinador Comité Técnico

Raúl Andrés Jaramillo Echavarría

Corrección de estilo

Silvia L. Spaggiari

Traductora al Inglés

Élida Duque Flórez

Traductora al Portugués

Melissa María Zuluaga Hernández

Diagramación

Carlos Fernando Nieto Betancur

Implementación Metodología SciELO

Carlos Eduardo Tavera Pinzón

Soporte Tecnológico

Acceso en Línea<http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/>**Ventas, Suscripciones y Canjes**

Vicerrectoría de Investigaciones y Posgrados

Universidad de Caldas – Sede Central

Calle 65 No. 26-10

Apartado Aéreo: 275

Teléfono: (+6) 8781500 ext. 11222

E-mail: reprosa@ucaldas.edu.corevistascientificas@ucaldas.edu.co

Manizales – Colombia

Edición

Universidad de Caldas

Vicerrectoría de Investigaciones y Postgrados

La responsabilidad de lo expresado en cada artículo es exclusiva del autor y no expresa ni compromete la posición de la Revista. El contenido de esta publicación puede reproducirse citando la fuente.

CONTENIDO

EDITORIAL

Hacia la promoción de la salud

Mario Hernández Álvarez

9

INVESTIGACIONES

**Estigma y discriminación ante la tuberculosis por profesionales de la salud de la Costa
Pacífica colombiana** 13

Rocio Carvajal Barona

Paula Andrea Hoyos Hernández

Maria Teresa Varela Arévalo

Eliana Sofía Angulo Valencia

Carolina Duarte Alarcón

**Método para la categorización de posturas en el aula de clase, utilizando matriz
gráfica** 26

Martha Lucía Bernal Castro

Ovidio Rincón Becerra

Christian Ricardo Zea Forero

Laura Vanesa Durán Cortés

**Estrategia de promoción de las lecturas con adultos en un contexto de internación
hospitalaria** 41

Diego Brosio

Mayra Alomo

Claudio Basanisi

Agostina Gieco

Julieta Insaurralde

Adán Joskowicz

María Florencia Rosso

**Percepción de educadores sobre consumo de sustancias psicoactivas y bullying en un
colegio de Bogotá** 56

Yenny Barreto-Z

Carolina Enríquez-Guerrero

Julián Pardo García

María Alejandra Valero

Manizales (Colombia)	Vol. 23	No. 1	158 p.	enero - junio	2018	ISSN 0121-7577 (Impreso)	ISSN 2462-8425 (En línea)
----------------------	---------	-------	--------	---------------	------	-----------------------------	------------------------------

Desarrollo y validación de Escala Multimodal para resultados de tratamiento en trastornos por uso sustancias	71
<i>Luis Fernando Giraldo Ferrer</i>	
<i>Juan David Velásquez Tirado</i>	
<i>Lucelly López López</i>	
<i>Andrés Felipe Tirado Otálvaro</i>	
<i>Juan Carlos Restrepo Medrano</i>	
En búsqueda de la atención: necesidades en salud, itinerarios y experiencias	88
<i>Carlos Enrique Yepes Delgado</i>	
<i>Álvaro de Jesús Giraldo Pineda</i>	
<i>Natalia Botero Jaramillo</i>	
<i>Jairo Camilo Guevara Farías</i>	
Motivación y logros en procesos de educación para la sexualidad con docentes	106
<i>Lucila Niño Bautista</i>	
<i>María del Pilar Oviedo Cáceres</i>	
<i>Fabio Alberto Camargo Figuera</i>	
<i>Claudia Milena Velasco Rangel</i>	
<i>María Constanza Hakspiel Plata</i>	
<i>Liliana Patricia Pineda Rodríguez</i>	
REVISIONES	
Evolución histórico-política de la salud indígena en Caldas: aproximación a la determinación social en salud	125
<i>Eduardo Lozano Ordoñez</i>	
<i>Miriam Salazar Henao</i>	
AUTORES	140
EVALUADORES	144
INDICACIONES PARA LOS AUTORES	146

CONTENTS

EDITORIAL

Towards health promotion

9

Mario Hernández Álvarez

RESEARCHES

Stigma and discrimination facing tuberculosis in health workers in the colombian Pacific Coast

13

Rocio Carvajal Barona

Paula Andrea Hoyos Hernández

Maria Teresa Varela Arévalo

Eliana Sofía Angulo Valencia

Carolina Duarte Alarcón

Method to categorize postures in the classroom using a graphic matrix

26

Martha Lucía Bernal Castro

Ovidio Rincón Becerra

Christian Ricardo Zea Forero

Laura Vanesa Durán Cortés

Strategies for the promotion of reading with adults in a hospital admission context

41

Diego Brosio

Mayra Alomo

Claudio Basanisi

Agostina Gieco

Julieta Insaurrealde

Adán Joskowicz

María Florencia Rosso

Perception of educators on psychoactive substance use and bullying in a school in Bogotá

56

Yenny Barreto-Z

Carolina Enríquez-Guerrero

Julián Pardo García

María Alejandra Valero

Manizales (Colombia)	Vol. 23	No. 1	158 p.	January - June	2018	ISSN 0121-7577 (Printed)	ISSN 2462-8425 (Online)
----------------------	---------	-------	--------	----------------	------	-----------------------------	----------------------------

Development and validation of Multimodal Scale for results of treatment in disorders caused by substance use	71
<i>Luis Fernando Giraldo Ferrer</i>	
<i>Juan David Velásquez Tirado</i>	
<i>Lucelly López López</i>	
<i>Andrés Felipe Tirado Otálvaro</i>	
<i>Juan Carlos Restrepo Medrano</i>	
In search for health care: needs in health, itineraries and experiences	88
<i>Carlos Enrique Yepes Delgado</i>	
<i>Álvaro de Jesús Giraldo Pineda</i>	
<i>Natalia Botero Jaramillo</i>	
<i>Jairo Camilo Guevara Farías</i>	
Motivation and achievement in education processes for teaching sexuality	106
<i>Lucila Niño Bautista</i>	
<i>María del Pilar Oviedo Cáceres</i>	
<i>Fabio Alberto Camargo Figuera</i>	
<i>Claudia Milena Velasco Rangel</i>	
<i>María Constanza Hakspiel Plata</i>	
<i>Liliana Patricia Pineda Rodríguez</i>	
REVIEWS	
Historical-political evolution of indigenous health policy in Caldas: an approach to social determination in health	125
<i>Eduardo Lozano Ordoñez</i>	
<i>Miriam Salazar Henao</i>	
AUTHORS	141
EVALUATORS	144
AUTHOR GUIDELINES	149

CONTEÚDO

EDITORIAL

Rumo à promoção da saúde

Mario Hernández Álvarez

9

INVESTIGAÇÕES

Estigma e discriminação ante a tuberculose por profissionais da saúde do Litoral Pacífico colombiano

Rocio Carvajal Barona

Paula Andrea Hoyos Hernández

Maria Teresa Varela Arévalo

Eliana Sofía Angulo Valencia

Carolina Duarte Alarcón

13

Método para a categorização de posturas na sala de aula, utilizando matriz gráfica

Martha Lucía Bernal Castro

Ovidio Rincón Becerra

Christian Ricardo Zea Forero

Laura Vanesa Durán Cortés

26

Estratégia de promoção das leituras com adultos em um contexto de internação hospitalaria

Diego Brosio

Mayra Alomo

Claudio Basanisi

Agostina Gieco

Julieta Insaurralde

Adán Joskowicz

María Florencia Rosso

41

Percepção de professores sobre consumo de substâncias psicoativas e bullying em um colegio de Bogotá

Yenny Barreto-Z

Carolina Enríquez-Guerrero

Julián Pardo García

María Alejandra Valero

56

Manizales (Colombia)	Vol. 23	No. 1	158 p.	Janeiro - Junho	2018	ISSN 0121-7577 (Impresso)	ISSN 2462-8425 (on-line)
----------------------	---------	-------	--------	-----------------	------	------------------------------	-----------------------------

Desenvolvimento e validação de Escada Multimodal para resultados de tratamento em transtornos por uso de substâncias	71
<i>Luis Fernando Giraldo Ferrer</i>	
<i>Juan David Velásquez Tirado</i>	
<i>Lucelly López López</i>	
<i>Andrés Felipe Tirado Otálvaro</i>	
<i>Juan Carlos Restrepo Medrano</i>	
Em busca da atenção: necessidades em saúde, itinerários e experiências	88
<i>Carlos Enrique Yepes Delgado</i>	
<i>Álvaro de Jesús Giraldo Pineda</i>	
<i>Natalia Botero Jaramillo</i>	
<i>Jairo Camilo Guevara Farías</i>	
Motivação e logros em processos de educação para a sexualidade com docentes	106
<i>Lucila Niño Bautista</i>	
<i>María del Pilar Oviedo Cáceres</i>	
<i>Fabio Alberto Camargo Figuera</i>	
<i>Claudia Milena Velasco Rangel</i>	
<i>María Constanza Hakspiel Plata</i>	
<i>Liliana Patricia Pineda Rodríguez</i>	
REVISÕES	
Evolução histórica- política da saúde indígena em Caldas: aproximação à determinação social em saúde	125
<i>Eduardo Lozano Ordoñez</i>	
<i>Miriam Salazar Henao</i>	
AUTORES	141
AVALIADORES	144
INSTRUÇÕES PARA OS AUTORES	152

EDITORIAL

Citar este artículo así:

Hernández, M. Editorial. Hacia la promoción de la salud. *Hacia Promoc. Salud.* 2018; 23 (1): 9-10.
DOI: 10.17151/hpsal.2018.23.1.1

Hacia la promoción de la salud

La promoción de la salud ha tenido en su corta historia varias acepciones. Henry Sigerist la mencionó en 1944 como la primera tarea de la medicina, en términos de la preservación de la salud de las comunidades. Posteriormente, Leavell y Clark, en 1953, en el marco de la “medicina preventiva”, la asimilaron a las actividades educativas para modificar los factores de riesgo relacionados con el comportamiento de las personas y que podrían generar enfermedad.

La formulación política del campo de la salud, por parte de Marc Lalonde en Canadá, en 1974, orientó la promoción de la salud hacia la modificación de los “estilos de vida” que constituían riesgo para la salud; aunque poco después se les denominó “estilos de vida saludables” y desde allí se centró la acción. A pesar del adjetivo sigue asimilándose, aún hoy, lo ‘saludable’ como aquello que evita enfermedad; es decir actividad física, bajo consumo de ciertos alimentos, no fumar, no beber alcohol entre otros.

En 1986, en medio de un gran movimiento social —especialmente canadiense— en contra del exceso de la manipulación médica de la vida de las personas, y en diálogo con la crítica a la ‘iatrogenia’ planteada por Iván Illich —en *Némesis médica: la expropiación de la salud*— y de la medicalización y la biopolítica presentada por Foucault, surgió la emblemática Conferencia de Ottawa. El énfasis de esta declaración, que dio comienzo a una nueva concepción de la promoción de la salud, estaba en la ‘autonomía’ de las personas. Esto es el control sobre su vida como un acto de independencia respecto del poder médico, pero con condiciones y medios suficientes para llevar una vida saludable. Lo anterior, implicaba ir más allá de los “estilos de vida” y generar condiciones materiales para una vida sana.

A pesar del mensaje libertario de ese movimiento social, poco a poco, la promoción de la salud ha quedado reducida a un conjunto de medidas preventivas que pretenden afectar los comportamientos “no saludables” de los individuos y la formulación de políticas públicas que controlen ciertos factores de riesgo del ambiente o de la alimentación tales como el cigarrillo, el alcohol y la contaminación ambiental de todo tipo.

Tal vez por esto, la corriente de la medicina social y salud colectiva latinoamericana no ha abrazado la propuesta de la promoción de la salud. Desde esta perspectiva, promover la salud implicaría afectar las relaciones de poder de la sociedad contemporánea para superar la profunda desigualdad en las condiciones de vida y salud que impone enfermedad y muerte a unos a expensas de la vida saludable de otros.



Promover la salud, pasaría por transformar las estructuras injustas del capitalismo de hoy. Las ciudades amables construidas en el Norte han surgido de la expoliación del Sur global. El agua contaminada, la deforestación, la concentración de basuras, el aire oscuro de las ciudades y la comida ‘chatarra’ no dependen del estilo de vida de las personas sino de las fuerzas que dividen el trabajo y las ganancias en el ámbito global. Mientras esto no cambie, haremos esfuerzos anodinos desde la visión prevalente de la promoción de la salud.

Mario Hernández Álvarez

Médico, Bioeticista

Magíster y Doctor en Historia

Profesor Asociado al Departamento de Salud Pública

Coordinador del Doctorado Interfacultades en Salud Pública

Universidad Nacional de Colombia

<http://orcid.org/0000-0002-3996-7337>



Investigaciones

ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN ANTE LA TUBERCULOSIS POR PROFESIONALES DE LA SALUD DE LA COSTA PACÍFICA COLOMBIANA*

*Rocio Carvajal Barona**
Paula Andrea Hoyos Hernández***
Maria Teresa Varela Arévalo****
Eliana Sofía Angulo Valencia*****
Carolina Duarte Alarcón******

Recibido en agosto 03 de 2016, aceptado en abril 10 de 2017

Citar este artículo así:

Carvajal R, Hoyos PA, Varela MT, Angulo ES, Duarte C. Estigma y discriminación ante la tuberculosis por profesionales de la salud de la Costa Pacífica colombiana. *Hacia Promoc. Salud.* 2018; 23 (1): 13-25. DOI: 10.17151/hpsal.2018.23.1.2

Resumen

Objetivo: Caracterizar los conocimientos, las actitudes y las prácticas de profesionales de la salud que reflejan estigma y discriminación frente a la tuberculosis (TB) en municipios prioritarios de la Costa Pacífica colombiana. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio cualitativo descriptivo con 13 profesionales de la salud, vinculados a los programas de TB de 4 municipios prioritarios en la Costa Pacífica nariñense de Colombia. Se realizaron entrevistas en profundidad y grupos focales. **Resultados:** Los profesionales de la salud tienen adecuados conocimientos sobre la enfermedad y el tratamiento, pero sus creencias sobre las causas de la enfermedad y algunas actitudes frente a las personas con TB reflejan estigma. Sus prácticas fueron poco discriminatorias hacia los pacientes y sus familias, incluso tienen prácticas de riesgo para su salud como no usar las medidas de bioseguridad para evitar hacer sentir discriminados a los pacientes. La mayoría de los profesionales reportaron ser discriminados por su labor,

* Investigación realizada en el marco del proyecto: “Fortalecer la estrategia alto TB en 46 municipios prioritarios del Litoral Pacífico colombiano”, financiado por el Fondo Mundial y la Organización Internacional para las Migraciones —OIM— Colombia, durante el 2013.

** Enfermera. Magíster en Salud Pública. Docente Departamento de Salud Pública y Epidemiología. Pontificia Universidad Javeriana. Cali, Colombia. Autor para correspondencia. Correo electrónico: rcarvajal@javerianacali.edu.co.  orcid.org/0000-0001-8525-3995.

*** Psicóloga. Magíster en Familia. Docente e investigadora del Departamento de Ciencias Sociales. Pontificia Universidad Javeriana. Cali, Colombia. Correo electrónico: paulahoyos@javerianacali.edu.co.  orcid.org/0000-0001-7948-6338.

**** Psicóloga. Magíster en Epidemiología. Docente Departamento de Ciencias Sociales. Pontificia Universidad Javeriana. Cali, Colombia. Correo electrónico: mtvarela@javerianacali.edu.co.  orcid.org/0000-0002-7702-2457.

***** Socióloga. Magíster en Salud Pública. Docente Sociología. Universidad del Pacífico. Buenaventura, Colombia. Correo electrónico: eliana.sofia.angulo@gmail.com.  orcid.org/0000-0001-6034-7127.

***** Psicóloga. Magíster Salud Ocupacional. Grupo Salud y Calidad de Vida. Pontificia Universidad Javeriana. Cali, Colombia. Correo electrónico: carolinamb@gmail.com.  orcid.org/0000-0003-3739-0260.



la cual implica un contacto diario y un alto riesgo de infección, proviniendo estas actitudes por parte de sus familiares y de otros profesionales del sector salud. **Conclusiones:** Los resultados de este estudio señalan focos importantes de atención en las acciones de prevención del estigma y la discriminación frente a las personas con TB, que no han sido visibilizados por estudios cuantitativos en el país.

Palabras clave

Tuberculosis, estigma, discriminación, personal de salud, servicios de salud (*fuentes: DeCS, BIREME*).

STIGMA AND DISCRIMINATION FACING TUBERCULOSIS IN HEALTH WORKERS IN THE COLOMBIAN PACIFIC COAST

Abstract

Objective: To characterize the knowledge, attitudes and practices of health professionals that reflect stigma and discrimination facing tuberculosis (TB) in critical municipalities of the Colombian Pacific Coast. **Materials and Methods:** A qualitative descriptive study was conducted with 13 health professionals, linked to TB programs in 4 critical municipalities in the Colombian Pacific Coast in the Department of Nariño. In-depth interviews and focus groups were conducted. **Results:** Health professionals have adequate knowledge about the disease and its treatment, but their beliefs about some TB causes and some attitudes towards patients with the disease reflect stigma. Their practices were not very discriminatory towards TB patients and their families, and they even have risk practices for their health such as not using biosecurity measures in order to avoid making patients feel discriminated. The majority of the professionals reported being discriminated against for their work which implies daily contact with patients and high risk of infection, attitudes that arise from their relatives and other professionals in the health sector. **Conclusions:** The results of this study point out important attention focus to be attended in the actions of prevention of stigma and discrimination against people with TB which have not been reported by quantitative studies in the country.

Key words

Tuberculosis, stigma, discrimination, health professionals, health services (*source: DeCS, BIREME*).

ESTIGMA E DISCRIMINAÇÃO ANTE A TUBERCULOSE POR PROFISSIONAIS DA SAÚDE DO LITORAL PACÍFICO COLOMBIANO

Resumo

Objetivo: Caracterizar os conhecimentos, as atitudes e as práticas de profissionais da saúde que refletem estigma e discriminação frente à tuberculose (TB) em municípios prioritários do Litoral Pacífico colombiano. **Materiais e Métodos:** Realizou-se um estudo qualitativo descritivo com 13 profissionais da saúde, vinculados aos programas de TB de 4 municípios prioritários no Litoral Pacífico nariñense “Nariño cidade da Colômbia”. Realizou-se entrevistas em profundidade e grupos focais. **Resultados:** Os profissionais da saúde têm adequados conhecimentos sobre a doença e o tratamento, mas suas crenças sobre as causas da doença e algumas atitudes frente às pessoas com TB refletem estigma. Suas práticas foram pouco discriminatórias para os pacientes e suas famílias, incluso tem práticas de risco para sua

saúde como não usar as medidas de biossegurança para evitar fazer sentir discriminados os pacientes. A maioria dos profissionais reportou ser discriminada por seu labor, a qual implica um contato diário e um alto risco de infecção, provindo estas atitudes por parte de seus familiares e de outros profissionais do sector saúde. **Conclusões:** Os resultados de este estudo apontam focos importantes de atenção nas ações de prevenção do estigma e a discriminação frente às pessoas com TB, que não tem sido visibilizados por estudos quantitativos no país.

Palavras-chave

Tuberculose, estigma, discriminação, pessoal de saúde, serviços de saúde (*fonte: DeCS, BIREME*).

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial se considera que la tuberculosis (TB) sigue siendo un importante problema de salud pública en las poblaciones a pesar de las declaraciones y abordajes realizados desde hace muchos años, incluso lo reafirmado en 1993 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1). Para la OMS la TB es una enfermedad considerada como uno de los mayores problemas de salud, al ser la segunda causa de muerte a nivel mundial con 9,6 millones de personas diagnosticadas y 1,5 millones de muertes (2). En Colombia la Región del Pacífico, sitio en el cual se enmarca el desarrollo de esta investigación, representa el 15 % de la carga total de TB a nivel nacional y se caracteriza por presentar población de diferentes grupos étnicos entre los que sobresalen comunidades indígenas como los awá y población afrocolombiana en alta proporción (3).

La TB es una enfermedad frecuentemente asociada con creencias y actitudes negativas por sus altas prevalencias en poblaciones específicas como los grupos en situación de vulnerabilidad (por ejemplo, en situación de pobreza y/o con malnutrición, sin hogar, privados de la libertad), consumidores de sustancias psicoactivas o personas con VIH/SIDA (4). Algunas investigaciones dan cuenta de actitudes de discriminación por parte de los profesionales de la salud hacia personas con TB señalando que prefieren abstenerse de atender personas con esta enfermedad (5-8), ser muy precavidos a la hora de

utilizar los implementos de bioseguridad, realizar una mala atención, negar el acceso a esta (9) y/o aislarlos.

De esta manera en la problemática de la TB, resulta necesario hablar de estigma y discriminación. Se entiende al estigma como una evaluación negativa de un individuo basado en características del mismo; es una desacreditación social a un individuo o grupo con base en un atributo, pero lo fundamental no es el atributo en sí sino la connotación negativa que este tiene en determinado contexto social. La discriminación sería entonces un conjunto de acciones de rechazo hacia un grupo estigmatizado (10). Por su parte el estigma frente a la TB está dado por las creencias que desacreditan la enfermedad y quiénes la tienen, por lo que la discriminación comprende comportamientos o prácticas que se desprenden de dichas actitudes o creencias.

En el campo de la TB, la mayor parte de los estudios se han enfocado en investigar sobre el estigma percibido por los pacientes. Un estudio desarrollado en la Red Pública de Salud (11), en 2002, en Cali, encontró un nivel de estigma del 30 %; sobresaliendo aspectos tales como ocultar información a otros, problemas para sus niños, alejarse de grupos o del trabajo y presuntos problemas de salud; en el caso específico de las mujeres se halló una percepción de vergüenza e incomodidad.

Otras investigaciones (7-9) dan cuenta de cómo las consecuencias del estigma y la discriminación se relacionan con barreras para acceder y mantener el tratamiento frente a la TB. Un estudio de Kiefer et al. (12), realizado en Lima (Perú), resalta la fuerza que tienen los factores culturales y sociales en el acceso de estas personas a los servicios de salud.

Con relación al estigma efectivo o discriminación, aquel que se da por parte de otras personas e instituciones frente al enfermo de TB, algunos estudios como el de Carvajal (13) en el Valle del Cauca encuentran que el 79,21 % de los profesionales de la salud participantes consideran muy probable que puedan contagiarse con TB y a la vez el 70 % piensan que en caso de adquirirla podrían ser rechazados.

El estudio de Coreil et al. (4) en población haitiana-americana describió que el estigma presente en profesionales de la salud, aunque es bajo al igual que el de los pacientes, presentó mayores puntuaciones medias de estigma; sobresaliendo de forma especial las percepciones internas (pensar menos en uno mismo, sentirse avergonzado, el que otros tengan menos respeto) y la revelación del diagnóstico. Otros factores descritos por la literatura que influyen en el estigma efectivo son las ideas y miedos frecuentemente encontrados en profesionales de la salud relacionados con la posibilidad de adquirir TB e incluso un posible VIH, considerando la correlación existente entre estas dos situaciones de salud (14- 15).

Es preciso reconocer que el estigma alrededor de la tuberculosis responde a una serie de factores, incluso históricos, presentes en diferentes contextos, que se han construido producto de las prácticas de aislamiento y de exclusión: las actitudes de los profesionales de la salud hacia los pacientes con TB; los diferentes planteamientos epistemológicos, ideológicos y teóricos alrededor de los procesos de salud-enfermedad, la seguridad alimentaria y las prácticas de higiene (9-14).

Por lo general los estudios abordan temas relacionados directamente con el estigma sentido de los pacientes con TB y dejan de lado las experiencias de estigma social por parte de los profesionales de la salud (3). Recientemente la OPS (16) y la OMS (17) han planteado la importancia de la lucha contra el estigma y la discriminación, señalando a los profesionales de la salud como actores clave a tener en cuenta.

Los presentes resultados de investigación sobre conocimientos, actitudes y prácticas de profesionales de la salud que generan estigma y discriminación frente a las personas con TB hacen parte de un estudio macro realizado con estos y la comunidad en los diez municipios prioritarios para la TB de la Región del Pacífico.

MATERIALES Y MÉTODOS

Modalidad y diseño de la investigación: estudio cualitativo exploratorio y descriptivo (18-19).

Participantes: la investigación contó con la participación de 13 funcionarios de la salud de cuatro municipios de la Costa Pacífica nariñense a través de 6 entrevistas individuales y un grupo focal compuesto por 7 funcionarios asistenciales del programa de control de TB.

Los criterios de inclusión fueron: la aceptación voluntaria de participar en la entrevista; tener características que favorecieran el mayor nivel de heterogeneidad y comparabilidad posible entre los casos estudiados; ser mayores de 18 años; ser profesional de la salud en las localidades seleccionadas de esta costa. Por su parte, los criterios de exclusión fueron: tener menos de 6 meses en el programa de control de TB; dificultades cognitivas u otro signo que impidiera la comprensión del estudio y las preguntas que se realizaron.

Muestreo: se llevó a cabo un muestro teórico hasta lograr un punto de saturación en la información obtenida.

Categorías del estudio: de forma *a priori* se establecieron las siguientes categorías: conocimientos y creencias de los profesionales de la salud sobre TB; las actitudes de los profesionales de la salud frente a las personas con TB que reflejan estigma y prácticas del personal de salud que reflejan discriminación.

En la categoría de conocimientos y creencias se buscó comprender lo que pensaban los profesionales de la salud sobre la naturaleza de la enfermedad, las causas, síntomas y consecuencias, los tratamientos y sus posibles resultados, la posibilidad de curación de la enfermedad, los criterios para considerar un fracaso y un abandono del tratamiento, las medidas de bioseguridad al manejar pacientes con TB, las estrategias para promover la adherencia al tratamiento anti TB, las fuentes de información sobre el tema, si han recibido capacitaciones en su lugar de trabajo y las creencias sobre dónde creía que debía ser tratado un enfermo de TB entre otros. En las preguntas sobre estos temas se buscó explorar si sus creencias y sus conocimientos reflejaban la presencia de estigma.

En la categoría de actitudes de los profesionales de la salud frente a las personas con TB se profundizó en si el trabajador consideraba probable que pudiera infectarse al realizar su trabajo, si la institución de salud en la que laboraba garantizaba las normas de bioseguridad para la atención de pacientes TB, si consideraba que tenía los conocimientos y habilidades para educar al paciente y su familia, si se sentía cómodo en acciones de educación a pacientes y familias. Además se profundizó en qué sentiría, qué pensaría y qué haría si llegara a tener TB, cuáles serían las implicaciones en su vida actual, si sería rechazado o apoyado por tener TB, si le informaría a sus familiares, amigos, jefes y compañeros de trabajo. Al igual que en las demás categorías se exploraron aquellas actitudes mencionadas que pudieran reflejar estigma.

Por último, en la categoría de prácticas de los profesionales de la salud que reflejan

discriminación frente a las personas con TB se indagaron comportamientos tales como si realizaba visitas domiciliarias a los pacientes o las evitaba, si realizaba acciones de educación a pacientes y familias, si dejaba de usar las normas de bioseguridad para no incomodar a los pacientes, si había evitado hablarles a los pacientes para no infectarse entre otras. A su vez, se permitió la emergencia de nuevas categorías en las entrevistas.

Técnicas de recolección de información: la información fue recolectada a través de entrevistas en profundidad y grupos focales. Se realizó una entrevista abierta a partir de una guía general que orientó la conversación con los participantes. Se realizó grabación en audio, para su posterior transcripción y análisis (garantizando fidelidad de las narraciones), previa autorización de cada una de las personas y garantía del mantenimiento de la confidencialidad.

Los grupos focales permitieron la construcción del conocimiento a través de miradas múltiples para interpretaciones variadas. Una vez realizados los grupos focales y antes de las siguientes 24 horas se registraron las impresiones y comentarios de estas actividades, lo cual se utilizó como insumo para el análisis.

Tratamiento y análisis de la información: a partir del registro de la información en formato de audio se realizó su transcripción (se veló por la transcripción exacta de lo verbal), la cual estuvo a cargo de un joven investigador con experiencia y externo al presente estudio. La información recogida fue sistematizada a través del software ATLAS.ti. Una vez las narraciones fueron transcritas se realizó un análisis de contenido de tipo descriptivo.

Validez: se realizó el seguimiento de un protocolo para la recolección de los datos (*ad hoc*), el análisis y la síntesis de la información; lo cual permitió cuidar la investigación de posibles errores o sesgos. Igualmente se verificó la representatividad,

se ponderó la evidencia y se logró el criterio de credibilidad o valor de la verdad (autenticidad) (20). Los resultados del estudio fueron presentados y discutidos con los participantes y con personal adicional vinculado en acciones de control, monitoreo, atención y seguimiento en TB.

Procedimiento: la presente investigación se desarrolló a través de los siguientes momentos: para los encuentros con los participantes se invitaron a las personas que cumplieran con los criterios de inclusión del estudio; se les presentó el estudio, los objetivos, la justificación en cuanto a pertinencia y relevancia, su procedimiento y propósito, los posibles riesgos y beneficios; se hizo énfasis en la confidencialidad de la información; las entrevistas y grupos focales se realizaron entre marzo y abril de 2013; se planearon entrevistas en dos jornadas, de una semana cada una, a partir de la disponibilidad de cada persona; el número de sesiones con cada participante fue de una, en promedio una hora por entrevista; una vez finalizada la recolección de la información se realizó su sistematización y organización; se transcribieron todas las entrevistas de forma fidedigna y posteriormente se ingresaron al ATLAS.ti; por último, se desarrolló el informe final del documento, se socializaron los resultados y se hicieron ajustes finales.

Consideraciones éticas: la presente investigación se enmarcó en lo establecido por la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud (21); ajustándose a los principios de beneficencia, no maleficencia y autonomía. Se contó con consentimiento informado, según la legislación de ética para solicitar la participación, y se garantizó que las grabaciones en audio protegieran la confidencialidad de los participantes.

Esta investigación fue revisada y avalada por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, el Instituto Departamental de Salud de Nariño y la Secretaría de Salud Municipal de Tumaco y la Pontificia Universidad Javeriana de Cali; en donde se consideraron los aspectos

técnicos y éticos de la investigación tales como confidencialidad, principio de no maleficencia y voluntariedad de participación.

RESULTADOS

Los hallazgos del presente estudio fueron recolectados a través de entrevistas individuales y un grupo focal. Las entrevistas y grupos focales fueron realizados a 13 personas de diferentes disciplinas y responsabilidades dentro del programa de control para TB (enfermera jefa, enfermera auxiliar, promotora de salud, coordinadores del programa y médicos) pertenecientes a cuatro municipios del pacífico nariñense (Tumaco, Barbacoas, Mosquera y Olaya Herrera). La información fue categorizada en conocimientos, actitudes y prácticas frente a la TB, identificándose dentro de ellas narraciones referidas al estigma y a la discriminación. De esta manera, en el presente artículo, se resaltan los siguientes contenidos.

Conocimientos y creencias sobre la TB que reflejan estigma

En la categoría de conocimientos respecto a la enfermedad se observó que los participantes tenían claridad sobre el tipo de infección, las formas de transmisión, los factores de riesgo y de protección, las consecuencias, causas, síntomas, coinfecciones y características del tratamiento. Estos refieren que los conocimientos han sido adquiridos en capacitaciones periódicas. De igual manera expresan que cuando tienen dudas sobre algún aspecto de la atención, acuden a la enfermera jefa del programa o a una persona clave que domina el tema.

No obstante, se presentaron de forma frecuente relatos que muestran estigma respecto a las causas de la TB. Así, los participantes presentan diferentes conceptos relacionados en su mayoría con la alimentación y con la pertenencia a ciertos grupos característicos. En las siguientes afirmaciones se observa que los profesionales de la salud dan cuenta de cuáles son las formas de transmisión de esta enfermedad:

[...] pues la mayoría de los alcohólicos, los drogadictos no se alimentan como debe ser, o sea les preocupan sólo el vicio, la alimentación muy poco entonces son personas que no van a estar bien nutridas y las defensas no se van a sostener, como si en un buen nivel para evitar que el bacilo no se vaya a desarrollar.

[...] el hacinamiento, mala nutrición, malos hábitos de higiene y todo el estilo de vida ¿Si?, mal estilo de vida lo lleva a uno.

También nosotras porque, somos contacto directo con los pacientes, somos unas de las propensas a adquirir la tuberculosis.

Considerando los factores asociados al acceso a la atención para los pacientes con TB, los participantes refieren el uso de estrategias encaminadas a fortalecer la adherencia al tratamiento; haciendo énfasis en aspectos complementarios a la atención en salud tales como alimentación, uso de un lenguaje ajustado a la comunidad que no sea técnico y que sea en la misma jerga o lengua en el caso de las comunidades indígenas, por ejemplo.

[...] pues esa ha sido como difícil pero no imposible, ya que los pacientes que han sido de TB nosotros les damos la alimentación acá, la IPS paga todo eso y ha sido muy costoso, pero les damos alimentación, les pagamos, les damos todo lo que necesiten a ellos, y por eso es que ellos se han quedado aquí [...], hemos sido exitosos en todo eso.

Actitudes hacia las personas con TB: sensación de vulnerabilidad frente a la infección

Los profesionales de la salud participantes en el estudio consideran que, en caso de una infección por TB, podrían tener un adecuado afrontamiento y una buena adherencia al tratamiento en dicha situación. De forma común ellos indican que el tener TB no les afectaría en las relaciones sociales,

familiares y laborales que tienen o establecen y que buscarían apoyo, revelarían el diagnóstico (especialmente a familiares y amigos) y tomarían el tratamiento según las indicaciones establecidas por el médico (adherencia). Sin embargo una participante expresa una posición contraria, indicando: que si ella fuera diagnosticada con TB no sería algo que debería decir a cualquier persona, que se sentiría mal y posiblemente querría morir ante el rechazo o exclusión por parte de su familia o seres queridos. Incluso, en su atención a pacientes con TB, esta participante recomienda de forma insistente tener especial cuidado al escoger quién es la persona idónea para contarle el diagnóstico y resalta el rol de la familia como parte de la red de apoyo para aquel que tiene TB.

Hay que ponerse por momentos en los zapatos de ese paciente, o sea yo estoy enferma y mi familia no quiere ni mirarme, pensando que se va a enfermar, yo pensaría sería en morirme, claro porque el paciente va a sentir que ni la familia lo quiere ver, que será de la gente de afuera, por eso yo cuando hago un ingreso a un paciente, eso es lo primero que le recomiendo, su diagnóstico sólo lo va a manejar con su familia y eso que en su familia con quien más confianza tenga, porque a veces el vecino se dio cuenta de que tiene tuberculosis y comienza a señalarlo y termina rechazándolo, entonces para eso vamos a las casas para ver cómo lo están tratando, cómo vive, la forma de alimentarse [...].

La existencia de actitudes que plantean estigma se vio reflejada en las entrevistas por parte de los profesionales de la salud hacia los pacientes en términos de llegar a juzgar a aquellos pacientes con TB que consumen alcohol, cigarrillo u otras sustancias psicoactivas, por ejemplo. También ellos refieren la presencia de estigma por parte de la comunidad hacia los profesionales que están en contacto con pacientes con TB.

Hay funcionarios de aquí que, si le dicen a uno que para qué trabaja en el programa, que este programa es contagioso. Y en la calle también los usuarios le preguntan a uno: ¿Y por qué le gusta el programa?

Incluso señalan la existencia de estigma sentido; es decir una introyección del estigma del paciente con TB por tener dicha situación de salud y tener que visibilizarla a través de prácticas de bioseguridad como el uso del tapabocas.

[...] pues ellos piensan (refiriéndose a los pacientes con TB) que nosotros estamos como que, con ese estigma, con ese temor hacia ellos, que ellos nos puedan enfermar.

Con respecto a las medidas de bioseguridad se observó una actitud favorable, considerándolas como importantes y necesarias para evitar la infección de TB. Dentro de las medidas más frecuentes señalaron el uso del tapabocas, realizar la atención a las personas con TB en espacios abiertos e iluminados, toser tapándose la boca o en espacios abiertos. No obstante, una de las profesionales refiere el uso de materiales no adecuados para la prevención y sentirse en riesgo por ello.

Tenemos que tener todo, sobre todo en salud tenemos que tener muchos implementos de trabajo para evitar, pero en la institución de salud no nos da todos los implementos. Hace poco nos dieron unos tapabocas de papel, que con colocarlo se sale, no sirve.

Prácticas discriminatorias frente a la TB

Los profesionales de la salud afirman realizar actividades educativas claras y completas sobre los diferentes factores asociados a la atención, tratamiento y adherencia en caso de sospecha y diagnóstico de TB. Ante casos de abandono de tratamiento, mencionan realizar seguimiento y búsqueda exhaustiva del paciente hasta lograr integrarlo al programa.

No obstante, mencionan que hay una barrera importante: que la decisión final de mantenerse en el programa la toma el paciente, el cual en ocasiones no desea continuar.

En las entrevistas se evidenció la existencia de comportamientos de discriminación hacia los profesionales de la salud que atienden pacientes con TB tanto por parte de la comunidad como por profesionales que laboran en otros programas de salud.

Hay compañeros que [...] llegan a la puerta, y no entran me toca salir a mí porque ellos no entran, porque les da miedo que se vayan a enfermar, pero lo que yo les digo es que más fácil que te enfermes allá en el servicio que estés, que aquí, porque aquí yo ya sé que vienen los sintomáticos y los pacientes que vienen a tomar los medicamentos, ya están diagnosticados [...].

[...] algunas personas me dicen: “quítese de aquí que usted trabaja en su Tuberculosis y nos trae su Tuberculosis” (Risa). Incluso en mi casa con uno de mis hermanos me dijo: “aquí no vengás, aquí no vengás con tus bacilos, con tus filos”, pero no, ya por lo general poco a poco uno les va explicando cómo es la situación, y ya se ha cambiado esa idea errónea que se tiene sobre trabajar con el programa.

Con respecto a las prácticas de bioseguridad, especialmente el uso del tapabocas, describen que les es difícil realizarlas (aunque conozcan su importancia) porque temen que esto pueda generar que las personas enfermas de TB se sientan estigmatizadas. Los profesionales manifiestan que los pacientes del programa expresan de forma constante su disgusto o inconformidad ante dichas prácticas y la asocian con la presencia de estigma por parte del personal de salud. Este tipo de comportamientos, a su vez, influyen en la adherencia al tratamiento del paciente y generan miedo en los profesionales de la salud por una posible transmisión de TB.

Si, se siente mal, yo pienso que eso es un poquito de [...]. Esto es como culpa de la sociedad que los aísla. Cuando uno los atiende ellos le dicen a uno, hay doctora yo no la voy a contagiar, pero ellos no saben que en ese preciso momento hablando me pueden contagiar y ellos si se siente mal y eso hace que a veces haya abandono del tratamiento, que estén aislados, pero esas son las medidas que hay que tomar que estén aislados, pero pues esas son las medidas que hay que tomar como hay otros que lo aceptan y más bien ellos dicen necesito tapabocas, pero si hay.

Como categoría emergente, uno de los participantes del grupo focal expresa que es necesario tomar medidas directas que involucren a los profesionales de la salud en los esfuerzos por prevenir el estigma y la discriminación a los pacientes.

Yo tengo una opinión diferente, bueno yo opino que un paciente con tuberculosis no debe ser aislado, porque en muchos casos los familiares lo aíslan, uno como trabajador de la salud sabe manejar eso, pero resulta que ese paciente llega a casa con el tratamiento o llega a casa con el diagnóstico e informa que tiene dicha enfermedad, y que tiene que ir todos los días al puesto de salud, ahí arranca el aislamiento, ¡ah!, es que está con esa enfermedad y aquí eso vas a contagiar a todo mundo, que vení te hago el cuarto allá para que vos durmáis acá y empiezan con eso. Y yo opino que no debería de ser así, es cuando más debe de tener el apoyo de esa familia, estar ahí pendientes de su alimento, que, si no se alimentaba bien, prepararle alimentos bien nutridos, estar como, como a la expectativa, de que vaya al puesto de salud o llevarlo por su medicamento, tomar las prevenciones lógicamente porque tiene esa enfermedad cierto, y adquirir conocimiento. Por lo menos preguntar a la familia qué es esa tuberculosis, cómo me prevengo yo acerca de lo que

él tiene, no tratar de aislarlo, porque siempre tienden a hacerlo.

DISCUSIÓN

Los hallazgos de este estudio permiten acercarse de forma cualitativa a los conocimientos, actitudes y prácticas de los profesionales de la salud de cuatro municipios de la Costa Pacífica nariñense que están relacionados con la presencia de estigma y discriminación hacia las personas con TB. Si bien ellos afirman tener conocimientos adecuados sobre los aspectos clínicos y terapéuticos de la TB, se resalta la presencia de creencias estigmatizantes por parte del personal sanitario. A lo largo de las narraciones de los participantes del estudio se evidencia que algunas de las causas que consideran principales para adquirir TB implican una concepción de descuido por parte de la persona que se enferma, de la suciedad, de la adicción a sustancias psicoactivas o de estilos de vida no saludables, reflejando estigma hacia ciertos grupos de personas. Estas creencias fueron menos evidentes en los profesionales de la salud de los mismos municipios evaluados con un instrumento cerrado en el componente cuantitativo del estudio macro (8). Estas creencias generalmente provienen de conocimientos erróneos y se constituyen en importantes barreras que pueden afectar la atención que estos profesionales ofrezcan a los pacientes con TB en los servicios de salud y en las visitas domiciliarias que deben realizar (5-7-9).

Las creencias sobre quiénes son susceptibles de contagiarse, contrastan con la baja percepción de vulnerabilidad que tienen sobre sí mismos aquellos profesionales que están expuestos a la TB permanentemente. Este resultado podría deberse a la baja percepción de riesgo que se ha observado en los profesionales de la salud en general, quienes tienden a tener hábitos de salud menos saludables que otras poblaciones y quienes tienen una mayor sensación de invulnerabilidad probablemente por sus conocimientos en materia de salud.

Sin embargo, llama la atención que, en otros estudios sobre el tema, la percepción de riesgo ha estado presente en una alta proporción en los profesionales de la salud (8-13-15). Podría pensarse que esta diferencia está dada por el hecho de que los participantes fueron entrevistados personalmente, siendo este un aspecto sensible, por lo cual pueden haber contestado según lo que creen que es deseable socialmente; más aun, cuando las personas que los entrevistaron fueron profesionales con el mismo o con mayor nivel de calificación en el área de la salud.

En general, las actitudes evaluadas en este personal parecen no evidenciar un fuerte estigma frente a las personas con TB que atienden. La mayoría considera que en caso de infectarse sabrían cómo manejar la situación, qué esperar de ella y a quién contarle. Si bien manifiestan tener ciertos prejuicios frente a juzgar a pacientes que pertenecen a ciertos grupos (por ejemplo, consumidores de sustancia) sus relatos muestran una aceptación de la condición de sus pacientes y sienten tener control sobre el riesgo de infección de ellos mismos, como ya se menciono. Por el contrario, con frecuencia evitan el uso de implementos de bioseguridad para evitar que los pacientes perciban el estigma y se enfrenten a la discriminación. Muchos de los pacientes leen como comportamientos de rechazo y exclusión el uso de los implementos de bioseguridad necesarios como parte de un cuidado en salud mutuo y no con fines discriminatorios, lo que es consistente con el estudio de Dodor et al. (9) en el que indicaron que el uso de los guantes y la mascarilla en el momento de atender a las personas con TB generan una idea negativa de esta enfermedad no solo para los directamente afectados sino también para la comunidad en general.

El evitar el uso de las medidas de bioseguridad para evitar discriminar comporta un doble riesgo tanto para la propia seguridad de los profesionales de la salud como en términos de la educación del paciente, pues los encargados de educarlos en el tema estarían transmitiéndoles un ejemplo

contrario a aquellas medidas de seguridad que les insisten usar en sus hogares. Este aspecto señala la necesidad de reforzar la capacitación del personal de los programas de TB, proporcionándoles oportunidades de desarrollar las habilidades y adquirir la información necesaria para evaluar sus propios riesgos y tomar las precauciones necesarias (16-17); aprendiendo otro tipo de estrategias para ayudar a los pacientes a que no se sientan rechazados frente al uso de estas medidas.

Se evidenciaron fuertes creencias en estos profesionales de la salud por tener contacto diario con pacientes con TB. Este es un hallazgo relevante, pues en nuestro conocimiento los estudios en el tema no lo han evaluado. Algunos estudios han señalado estigma por parte de aquellos profesionales que no quieren ser asignados a los programas de TB (15), pero no se había reportado que aquellos que hacen parte de estos programas se conviertan en un grupo estigmatizado. Esta situación merece ser profundizada en nuevos estudios, al señalar un foco de intervención importante en la lucha contra el estigma y la discriminación frente a la TB; ya que al sumarse a otras condiciones laborales poco favorables para estos (8) también podría afectar la permanencia de dichos profesionales en los programas de TB, generando una alta rotación y problemas en la atención de los pacientes.

Por otro lado, si bien en este estudio no se evaluó el estigma sentido (o estigma internalizado) en pacientes con TB, los relatos de algunos profesionales que trabajan con ellos evidencian que este es un problema que sigue vigente. La presencia del estigma sentido se ha asociado con el evitar la revelación del diagnóstico y a la vez con el no buscar o acceder a las redes de apoyo entre ellas los servicios de salud o comunitarios y la familia; generando de esta manera diagnósticos tardíos, fallas en la adherencia y/o multiplicación de la TB. Este tipo de estigma puede estar presente y mantenerse debido a su construcción, permanencia y transmisión a través de la cultura de forma generacional (22).

El problema del estigma y la discriminación enfrenta desafíos importantes. Esta investigación, al igual que la de Coreil et al. (4), reconoce la necesidad de articular los diferentes frentes tanto gubernamentales como no gubernamentales, educativos, comunitarios y del sector salud orientados no solo a mejorar los conocimientos frente a la TB sino para el control de esta, el acceso a los servicios de salud con enfoque multinivel e integral, la búsqueda y captación de las personas, las garantías para su tratamiento y el seguimiento. Sin embargo el reto es amplio, considerando, tal y como lo planteó Goffman (10), que el estigma responde a los atributos que son construidos y mantenidos socialmente como parte de un control social que define las normas sociales y castiga a quienes se apartan de estas; soportadas en el miedo a que las personas que son percibidas con dichos atributos amenacen a la sociedad.

En esta problemática cabe resaltar el rol de los profesionales de la salud que atienden los programas de TB, considerando su influencia en la adherencia al tratamiento y el éxito del programa en general. El compromiso personal de estos con el éxito terapéutico requiere en todo momento de actitudes que no sean excluyentes, separatistas y/o reduccionistas hacia los pacientes sintomáticos sospechosos y confirmados y sus familias, así como de un entorno que no los discrimine a ellos por su labor.

CONCLUSIÓN

Este estudio describe la presencia de creencias y actitudes por parte del personal de salud que atiende pacientes con TB, que pueden convertirse en barreras para el control de la enfermedad. Sin embargo, la discriminación hacia estos profesionales de la salud señala también un foco de atención importante que no parece haberse tenido en cuenta en las investigaciones y acciones frente al tema. El reconocer estos elementos permite orientar intervenciones articuladas y multinivel que surjan desde sus propias realidades y contribuyan a un programa integral no solo frente a quienes trabajan en los servicios de atención en TB sino frente al personal de las otras áreas, las familias (del personal de salud y los pacientes), la comunidad, los propios pacientes, las políticas en salud y el rol de las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales frente a esta situación.

AGRADECIMIENTOS

Al Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria, la Organización Internacional para las Migraciones de Colombia, al Instituto Departamental de Salud de Nariño, la Secretaría de Salud de Tumaco, los municipios en los cuales se llevó a cabo la recolección de los datos y a las personas de la comunidad de la Costa Pacífica nariñense por la participación en este estudio. A la Asociación Nacional de Alcaldes y Gobernadores de Municipios y Departamentos con Población Afrodescendiente —AMUNAFRO— por ser socio estratégico y apoyo para el desarrollo local del proyecto de investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2015. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/191102/1/9789241565059_eng.pdf.
2. WHO. Global tuberculosis report 2016. Geneva: World Health Organization; 2016.
3. Country Coordination Mechanism – CCM Colombia. Strengthen the STOP the TB strategy in 46 priority municipalities from Colombia. Proposal form – round 10 single country applicant. Colombia: 2010.
4. Coreli J, Lauzardo M, Heurtelou M. Anticipated tuberculosis Stigma among Health Professionals and Haitian Patients in South Florida. NIH Public Access. 2012; 23 (3): 636-50.
5. Akin S, Gorak G, Unsar S, Mollaoglu M, Ozdilli K, Durna Z. Knowledge of and attitudes toward tuberculosis of Turkish nursing and midwifery students. Nurse Education Today. 2011; 31: 774-9.
6. Thu A, Ohnmar Win H, Nyunt MT, Lwin T. Knowledge, attitudes and practice concerning tuberculosis in a growing industrialized area in Myanmar. IJTL. 2012; 16 (3): 330-5.
7. Moya EM. Tuberculosis and stigma: Impacts on health-seeking behaviors and access in Ciudad Juarez, Mexico, and El Paso, Texas. El Paso: University of Texas; 2010.
8. Carvajal-Barona R, Varela-Arévalo MT, Hoyos PA, Angulo-Valencia ES, Duarte-Alarcón C. Conocimientos, actitudes y prácticas frente a la tuberculosis en trabajadores del sector salud en municipios prioritarios de la Costa Pacífica colombiana. Rev. Cienc. Salud. 2014; 12 (3): 339-352.
9. Dodor E, Kelly S, Neala K. Health professionals as stigmatizers of tuberculosis: Insights from community members and patients with TB in an urban district in Ghana. Psychology, Health & Medicine. 2009; 14 (3): 301-10.
10. Goffman E. Estigma. La identidad deteriorada. Buenos Aires: Editorial Amorrortu; 1963.
11. Abouchaar G. Factores asociados al estigma en pacientes en tratamiento de tuberculosis en la Red Pública de Santiago de Cali 2002. [Tesis de Maestría en Epidemiología]. Cali: Universidad del Valle; 2002.
12. Kiefer E, Shao T, Carasquillo O, Nabeta P, Seas C. Knowledge and attitudes of tuberculosis management in San Juan de Lurigancho district of Lima, Perú. J Infect Dev Ctries. 2009; 3 (10): 783-8.
13. Carvajal R. Conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la tuberculosis en profesionales de la salud del Valle del Cauca, Colombia 2010. Informe Final de Investigación. Cali: Secretaria de Salud Departamental del Valle del Cauca; 2011.
14. Dodor E, Neal K, Kelly S. An exploration of the causes of tuberculosis stigma in an urban district in Ghana. IJTL. 2008; 12 (9): 1048-54.
15. Dodor E, Kelly S. Manifestations of tuberculosis stigma within the healthcare system: The case of Sekondi-Takoradi Metropolitan district in Ghana. Health Policy. 2010; 98: 195-202.
16. Organización Panamericana de la Salud. Recomendaciones sobre la ética de la prevención, atención y control de la tuberculosis. Disponible en: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=22763&Itemid=270.
17. World Health Organization. Ethics guidance for the implementation of the End TB strategy. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254820/1/9789241512114-eng.pdf?ua=1>.
18. Law M, Stewart D, Lette I, Pollock N, Bosch J, Westmorland M. Instrucciones para el formulario de revisión crítica estudios cualitativos. Disponible en: <http://www.srs-mcmaster.ca/Portals/20/pdf/ebp/MNGuiaCualiCanada06.pdf>.

19. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. Ciudad de México: McGraw-Hill; 2006.
20. Noreña A, Alcaraz N, Rojas J, Rebolledo D. Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichan*. 2012; 2 (3): 263-74.
21. Ministerio de Salud de Colombia. Resolución 008430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: El Ministerio; 1993.
22. Miric M. Escala para la evaluación del estigma sentido entre las personas VIH positivas en la república dominicana. *Paradigmas*. 2004; 4: 70-101.

MÉTODO PARA LA CATEGORIZACIÓN DE POSTURAS EN EL AULA DE CLASE, UTILIZANDO MATRIZ GRÁFICA

*Martha Lucía Bernal Castro**
*Ovidio Rincón Becerra***
*Christian Ricardo Zea Forero****
*Laura Vanesa Durán Cortés*****

Recibido en enero 18 de 2017, aceptado en agosto 02 de 2017

Citar este artículo así:

Bernal ML, Rincón O, Zea CR, Durán LV. Método para la categorización de posturas en el aula de clase, utilizando matriz gráfica. *Hacia Promoc. Salud.* 2017; 23 (1): 26-40. DOI: 10.17151/hpsal.2018.23.1.3

Resumen

Objetivo: Presentar el proceso realizado y su aplicación para la identificación y categorización de comportamientos posturales sedentes de alumnos en clase, utilizando captura en vídeo y el desarrollo de una matriz gráfica para registro postural. **Materiales y Métodos:** Participaron estudiantes de segundo a once grado de escolaridad (entre 7 y 16 años de edad) pertenecientes a una institución de educación mixta en Bogotá, Colombia. Se registraron en diez vídeos las posturas sedentes de veinte estudiantes distribuidos de acuerdo a la edad, el grado de escolaridad y la dinámica escolar (individual/grupal). Las posturas observadas fueron dibujadas, categorizadas y plasmadas en una matriz gráfica utilizada como instrumento para señalarlas y luego se consolidó una base de datos. **Resultados:** Se identificaron 138 variaciones posturales, clasificadas en siete categorías. La matriz se aplicó para comparar la frecuencia de las posturas adoptadas durante la primera y la segunda mitad de la clase en dinámica individual, la frecuencia rotación de cuello entre las dos dinámicas escolares y la frecuencia de las categorías posturales entre las dinámicas de clase. **Conclusiones:** La matriz gráfica es una herramienta de tamizaje de tipo cualitativo, que con la elaboración de una base de datos posibilita calcular frecuencias de movimiento en partes del cuerpo (cuello, extremidades, tronco) y porcentajes de tiempo de permanencia en las categorías establecidas o en determinada variación postural, sin la necesidad de contar con equipos o con software especializados ni con personal técnico experto para la recolección y análisis de datos.

* Diseñadora Industrial. Magíster en Relaciones Internacionales. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia. Autor para correspondencia. Correo electrónico: marthabernal@javeriana.edu.co.  orcid.org/0000-0003-0343-7577.

** Diseñador Industrial. Magíster en Salud y Seguridad en el Trabajo. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: rincono@javeriana.edu.co.  orcid.org/0000-0001-9122-535X.

*** Ingeniero Mecánico. Magíster en Ingeniería. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: crzea@javeriana.edu.co.  orcid.org/0000-0003-0987-6212.

**** Diseñadora Industrial. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: duran.laura@javeriana.edu.co.  orcid.org/0000-0003-2813-5022.



Palabras clave

Diseño interior y mobiliario, niño, postura, salud escolar, ingeniería humana (*fuentes: DeCS, BIREME*).

METHOD TO CATEGORIZE POSTURES IN THE CLASSROOM USING A GRAPHIC MATRIX

Abstract

Objective: To present the process conducted and its application in order to identify and categorize the seated posture behavior of students in the classroom, using video capture and the development of a graphic matrix to register postures. **Material and method:** Students from second to eleven grade (between 7 and 16 years of age) male and female from a coeducational school in Bogotá, Colombia participated in the study. The seated postures of 20 students, distributed according to age, school grade, and school dynamics (individual / group), were recorded in ten videos. The postures observed were drawn, categorized and captured in a graphical matrix used as an instrument to identify them, and then, a database was consolidated. **Results:** A total of 138 posture variations were identified and classified into seven categories. The matrix was applied to compare the frequency of the postures adopted during the first and second half of the class in individual dynamics, the frequency of neck rotation between the two school dynamics, and the frequency of posture categories between class dynamics. **Conclusions:** The graphic matrix is a qualitative type screening tool which, with the elaboration of a database, makes it possible to calculate the frequencies of movement in the body parts (neck, extremities, and trunk) and percentages of time of permanence in the established categories or in certain posture variation, without the need for specialized equipment or software, or specialized technical staff for data collection and analysis.

Key words

Interior Design and Furniture, child, posture, school health, human engineering (*source: DeCS, BIREME*).

MÉTODO PARA A CATEGORIZAÇÃO DE POSTURAS NA SALA DE AULA, UTILIZANDO MATRIZ GRÁFICA

Objetivo: Apresentar o processo realizado e sua aplicação para a identificação e categorização de comportamentos e como se sentam os alunos na sala de aula, utilizando captura em vídeo e o desenvolvimento de uma matriz gráfica para registro da sua expressão corporal. **Materiais e Métodos:** Participaram estudantes de segunda série a oitava série do primeiro grau e estudantes de primeira a terceira série do segundo grau (de 7 a 16 anos de idade) pertencente a uma instituição de educação mista em Bogotá, Colômbia. Registraram-se em dez vídeos dos alunos na sala de aula, de vinte estudantes distribuídos de acordo à idade, o grau de escolaridade e a dinâmica escolar (individual/grupal). A maneira de sentar - sem observadas foram desenhadas, categorizadas e plasmadas em uma matriz gráfica utilizada como instrumento para sinais e logo se consolidou uma base de dados. **Resultados:** Identificaram-se 138 variações da forma se sentarem-se, classificadas em sete categorias. A matriz se aplicou para comparar as

fraquezas das posturas adotadas durante a primeira e a segunda metade da classe em dinâmica individual, a frequência rotação de pescoço entre as duas dinâmicas escolares e a frequência das categorias da forma na qual os estudantes se sentam entre as dinâmicas de classe. **Conclusões:** A matriz gráfica uma ferramenta de Tamisagem de tipo qualitativo, que com a elaboração de uma base de dados possibilita calcular frequências de movimento em partes do corpo (pescoço, extremidades, tronco) e porcentagens de tempo de permanência nas categorias estabelecidas ou em determinada variação postural, sem precisar contar com equipes ou com softwares especializados nem com pessoal técnico esperto para a colheita e análise de dados.

Palavras chave

Desenho interior e mobiliário, menino, saúde escolar, engenharia humana (*fonte: DeCS, BIREME*).

INTRODUCCIÓN

El dolor musculo esquelético crónico es una de las causas más frecuentes de malestar y a veces de discapacidad en la infancia (1). De hecho, la investigación epidemiológica ha identificado como causas principales de discapacidad en adolescentes al dolor de espalda y de cuello; teniendo en hasta un cuarto de los casos impactos en las actividades escolares o físicas (2) y dolor debido al prolongado tiempo en el que se encuentran en posición sedente en actividades como usar videojuegos, ver televisión, realizar trabajos escolares, pero ante todo el permanecer en clase (3-4). En el estudio realizado por Troussier el 23 % de los niños participantes experimentaron dolor de espalda al estar sentados en clase, así como la frecuencia de dolor de espalda aumentó al incrementar el tiempo de permanencia en posición sedente (5). Efectivamente las principales tareas realizadas por los escolares tales como leer, escribir y atender exigen que ellos se sienten durante la mayor parte de sus asignaturas y años de educación (6).

La intensidad horaria mínima semanal establecida para los estudiantes colombianos de educación básica primaria es de 25 horas y para los de secundaria es de 30 horas (7), permaneciendo los niños sentados en la escuela por una cantidad considerable de tiempo (8). Al mantener posturas

sedentes prolongadas, aumenta la tensión de los ligamentos posteriores de la columna y la presión sobre los discos intervertebrales (3-5); lo que se relaciona con la adopción de posturas inadecuadas. En el estudio de Noll et al. (9) se reporta una relación significativa entre la postura inadecuada que adoptan los niños para escribir, la frecuencia en cambios posturales y la aparición del dolor de espalda, así como otros problemas ergonómicos en el contexto escolar.

Diferentes investigaciones se han desarrollado con el fin de estudiar la postura de los niños durante la clase, empleando para su registro y análisis distintos recursos y métodos. En este sentido el estudio de Domljan, Vlaović y Grbac (10), examinó a 18 estudiantes de segundo a octavo grado durante el trabajo que realizan en la escuela; identificando patrones frecuentes de comportamiento postural, posturas características y movimientos efectuados durante el uso de la silla y el pupitre en clase. Los movimientos y posturas observados se clasificaron en cuatro grupos principales: movimientos superiores del cuerpo; movimientos inferiores del cuerpo; movimientos de cuerpo entero y movimientos y posturas ocasionales. Los resultados del estudio en mención, luego del análisis de los vídeos registrados (según grupo de movimiento y frecuencia), muestran diferencias significativas durante el uso de la silla-pupitre de acuerdo a: la edad de los estudiantes; la hora del

día; el tipo de asignatura; las tareas asignadas y el comportamiento del profesor.

Por su parte, Quintana et al. (3) desarrollaron un trabajo orientado al análisis y valoración de sillas y pupitres escolares con respecto a la antropometría de los niños y la postura sedente mientras atienden al profesor; relacionando las dimensiones del mobiliario con la postura adoptada. Definen los tipos de postura sedente anterior, sedente media, sedente posterior y contemplan variables posturales de los niños al estar sentados (posición de la columna, apoyo de los pies en suelo, utilización del respaldo, apoyo sobre el asiento, pies cruzados, piernas cruzadas, flexión de las rodillas, rotación del tronco al escribir, apoyo de los codos sobre el pupitre, posición del cuello) según el modelo de mobiliario empleado. El estudio contempló a niños con edades entre los 8 y 12 años, que fueron analizados directamente por un mismo observador, registrando en una ficha el modelo de mobiliario empleado por el alumno y las variaciones de la postura sedente durante la sesión de clase.

A su vez, otro de los métodos para determinar los cambios posturales basados en la observación continua es el *Portable Ergonomic Observation Method* (PEO); el cual requiere que un observador en tiempo real presione teclas predeterminadas cada vez que la persona varia su postura, inicia o termina una acción, mientras que el software graba cada evento y posteriormente calcula la frecuencia y duración de cada ítem observado (11). El método PEO y el registro en vídeo fueron empleados paralelamente en el estudio de Murphy, Buckle y Stubbs (12) para observar y registrar en tiempo real la postura sedente de los escolares en el salón de clases; determinado el porcentaje de tiempo de permanencia en las posturas registradas, el número de registros por postura y el momento de inicio y fin de cada evento. Posteriormente el vídeo fue detenido en intervalos de 15 segundos para observar la postura y evaluar el nivel de concordancia con respecto a los resultados obtenidos con el PEO.

Otro estudio orientado a evaluar la postura sedente de estudiantes escolares durante actividades en clase utilizó vídeos como medio de registro de las posturas de trabajo para luego, y en intervalos de 15 segundos, analizarlos utilizando el método OWAS con categorías modificadas de la siguiente manera: espalda (recta, flexionada, rotada o flexionada y rotada); extremidades superiores (ninguno apoyado, uno apoyado o ambos apoyados sobre la mesa); glúteos y extremidades inferiores (nalgas descansando en la parte trasera de la silla, delante de la silla, estar de pie o caminar) y posición del cuello (recto, flexionado o rotado). Todas las posturas se registraron en relación con una postura sedente en posición vertical. Las posiciones de cuello y espalda se definieron como rotado cuando el giro fue $> 45^\circ$ y flexionada cuando la flexión fue $> 20^\circ$ (13).

El propósito de este artículo es presentar el proceso realizado y su aplicación para la identificación y categorización de los comportamientos posturales sedentes de los alumnos en clase; utilizando como métodos la captura en vídeo, el software Morae 3.3® y el desarrollo de una matriz gráfica para registro postural como parte de una de las etapas de la investigación “Definición de parámetros formales del asiento y del espaldar de sillas escolares a partir de la medición y evaluación de puntos de presión” realizada por los grupos “Diseño, Ergonomía e Innovación” y “Centro de Estudios de Ergonomía” de la Pontificia Universidad Javeriana.

MATERIALES Y MÉTODOS

Participantes

El estudio fue de tipo descriptivo transversal, involucrando dos tipos de participantes. Inicialmente se realizaron entrevistas con ocho profesores de dos instituciones educativas en la ciudad de Bogotá, de los cuales cuatro pertenecían a una institución privada de educación femenina y cuatro pertenecientes a una institución pública de educación mixta. Como criterios de inclusión

se buscó que dentro de la muestra participaran profesores de educación básica primaria, educación básica secundaria y educación media que impartieran asignaturas teóricas tales como español, matemáticas y ciencias sociales en las que en la mayor parte del tiempo se hace uso del mobiliario escolar. Con estos criterios se buscó, por medio de las entrevistas, identificar las variables que afectan la postura sedente de estudiantes de distintas edades. Asimismo, en una de las dos instituciones educativas, se registraron en vídeo los comportamientos posturales sedentes de 20 estudiantes durante una sesión de clase. Como criterios de inclusión se tuvo en cuenta que los estudiantes observados pertenecieran a los dos géneros y que se encontraran en los diferentes grados de escolaridad. La recolección de información se realizó entre marzo y mayo de 2016.

De acuerdo con la Resolución 008430 de 1993 (14), esta investigación se considera como una investigación sin riesgo debido a que la captura de información se basó en entrevistas y en registros de vídeo no intrusivo. El protocolo del proyecto fue aprobado por el Comité de Investigación y Ética de la Facultad de Arquitectura y Diseño de la Pontificia Universidad Javeriana; además se contó con el permiso de las instituciones educativas y con el consentimiento informado escrito por parte de los padres o cuidadores de todos los niños presentes en las aulas observadas, cumpliendo con los requisitos establecidos en los artículos 14, 15 y 16 de la citada resolución (14).

De la misma manera se protegió la privacidad de los niños y demás participantes en la investigación, omitiendo su identificación personal y la divulgación de imágenes obtenidas mediante vídeo.

Procedimiento

Entrevistas con profesores: se realizaron entrevistas semiestructuradas con ocho profesores

de dos instituciones educativas para identificar qué variables pueden afectar el comportamiento postural sedente de los estudiantes en clase. En las preguntas se indagó acerca del tipo de dinámicas escolares realizadas por los estudiantes en diferentes asignaturas al igual que las diferencias posturales relacionadas con dichas dinámicas, los grados de escolaridad, el género, la hora y el día de la semana.

Las entrevistas fueron registradas en audio para su posterior transcripción y análisis en el software ATLAS.ti. A partir del análisis se identificaron y establecieron las siguientes variables a controlar durante la observación y el registro en vídeo de los estudiantes: la indumentaria; el tipo de asignatura; la duración de la actividad; la hora y el día de la semana. De igual forma los profesores indicaron que hay dos tipos de dinámicas de clase (individual y grupal) y afirmaron que las posturas de los estudiantes cambian dependiendo de la dinámica, del género y de la edad; encontrando coincidencias con variables reportadas por Domljan, Vlaović y Grbac (10) y por Losa, Salvadores, y Sáez (15).

Captura de información en vídeo: el registro en vídeo se efectuó en una institución pública de educación mixta, para reconocer el comportamiento postural sedente de estudiantes de los dos géneros. De acuerdo con el Ministerio de Educación Nacional (16), los niveles de enseñanza para estudiantes en edad escolar son: la educación básica primaria con niños entre los seis y los diez años (de primero a quinto grado); la educación básica secundaria con estudiantes entre los 11 y los 14 años (de sexto a noveno grado) y la educación media con alumnos de 15 y 16 años (grados décimo y once). Por esta razón los vídeos se realizaron de acuerdo con el nivel de enseñanza, la edad, el grado de escolaridad y la dinámica escolar a observar (asignaturas en dinámicas individual y grupal). El registro en vídeo se efectuó en cinco grados de escolaridad, correspondientes a: tercero (niños de 7 a 8 años de edad) y quinto grado (niñas de 9 a 10 años de edad) en educación básica primaria; séptimo (niños

de 11 a 12 años de edad) y noveno grado (niñas de 13 a 14 años de edad) en educación básica secundaria y grado once (niños de 15 a 16 años de edad) en educación media. Los vídeos se tomaron en la asignatura de español, tanto en dinámica individual como grupal, en clases impartidas los días miércoles entre las 9 a. m. y las 12 m; con grupos de estudiantes que no tuviesen clase de educación física previamente a la filmación y que vistieran el uniforme de diario.

En cada vídeo se registraron las posturas de dos estudiantes (uno en dinámica individual y otro en dinámica grupal), por cada grado de escolaridad, para un total de diez vídeos y veinte registros. La filmación se realizó durante 50 minutos con una cámara inalámbrica instalada antes del inicio de la clase en cada uno de los salones. Este dispositivo se ocultó para que pasara desapercibido por los alumnos y evitar así que afectara su comportamiento. La cámara transmitía la información a un receptor portátil, el cual permitía la visualización del vídeo en pantalla y su grabación.

Identificación y categorización de posturas: se tomó como franja útil un período de 30 minutos por filmación, siendo igual que el tiempo efectivo de registro tomado en el estudio de Domljan, Vlaović y Grbac (10), por lo que se suprimieron los primeros y los últimos diez minutos en el análisis de los vídeos. Adicionalmente se observó que, al comienzo y hacia el final de la lección, hay un período de tiempo en el que los estudiantes alistan y guardan sus útiles cambiando en esos momentos su habitual postura de trabajo. Los vídeos fueron procesados por medio del software Morae 3.3®, marcando en intervalos de 15 segundos la postura adoptada. Luego las posturas marcadas fueron dibujadas, categorizadas y finalmente plasmadas en una *matriz gráfica para registro postural*. Posteriormente la matriz gráfica se utilizó como instrumento para señalar las posturas por estudiante marcadas en cada uno de los diez vídeos, las cuales sirvieron para consolidar una base de datos en Excel.

RESULTADOS

Categorización de posturas registradas en vídeo y matriz gráfica para registro postural

Se identificaron 138 diferentes variaciones posturales en los veinte registros de vídeo, que fueron graficadas y luego clasificadas en siete categorías; las tres primeras, de acuerdo con el estudio de Quintana et al. (3), denominadas: postura sedente anterior (A), adoptada en actividades en las que el punto observado está debajo de la línea horizontal tales como escribir, leer o dibujar; postura sedente media (B), tomada cuando el niño atiende al profesor y la línea de visión se encuentra en la línea horizontal; postura sedente posterior (C), adoptada en actividades donde el pupitre no se utiliza o durante el descanso donde el punto observado se encuentra arriba de la línea horizontal.

Asimismo, se establecieron otras cuatro categorías: postura sedente flexionado (D), con el tronco flexionado hacia adelante, apoyo completo sobre el asiento, espalda sin descansar contra el espaldar; postura sedente anterior sin apoyo (AA), espalda sin apoyar contra el espaldar y apoyo parcial de los muslos sobre el asiento; postura sedente flexionado sin apoyo (DD), con el tronco flexionado hacia adelante, apoyo parcial de los muslos sobre el asiento, espalda sin descansar contra el espaldar; otras posturas (E): sentado de lado, sentado de lado balanceándose con la silla, sentado sobre una pierna y sentado con las dos piernas sobre el asiento.

Para las siete categorías posturales se graficaron sus respectivas variaciones y combinaciones de acuerdo a la ubicación del tronco con relación al espaldar de la silla, de las extremidades superiores con respecto al pupitre (apoyo de antebrazo(s), apoyo de codo(s) o sin apoyo), de las rodillas (extensión, neutra, flexión), así como la rotación del cuello. Además, en las categorías B y C, se incluyó el balanceo registrado de estudiantes con

la silla. Las categorías posturales A, D, AA, y DD contemplan cada una 21 variaciones posturales y combinaciones, las categorías B y C presentan 25 y finalmente la categoría E incluye cuatro posturas

que son inusuales dentro de las tareas realizadas en clase. En la figura 1 se presenta la matriz gráfica para registro postural.

A	Postura Sedente Anterior	B	Postura Sedente Media	C	Postura Sedente Posterior	D	Postura Sedente Flexionado	AA	Sedente Anterior sin Apoyo	DD	Postura Sedente Flexionado sin Apoyo	E	Otras Posturas	
A1		B1		C1		D1		AA1		DD1		E1		Sentado de lado
A2		B2		C2		D2		AA2		DD2		E2		Sentado de lado y balancear la silla
A3		B3		C3		D3		AA3		DD3		E3		Sentado sobre una pierna
A4		B4		C4		D4		AA4		DD4		E4		Los dos pies sobre la silla
A5		B5		C5		D5		AA5		DD5				
A6		B6		C6		D6		AA6		DD6				
A7		B7		C7		D7		AA7		DD7				
A8		B8		C8		D8		AA8		DD8				
A9		B9		C9		D9		AA9		DD9				
A10		B10		C10		D10		AA10		DD10				
A11		B11		C11		D11		AA11		DD11				
A12		B12		C12		D12		AA12		DD12				
A13		B13		C13		D13		AA13		DD13				
A14		B14		C14		D14		AA14		DD14				
A15		B15		C15		D15		AA15		DD15				
A16		B16		C16		D16		AA16		DD16				
A17		B17		C17		D17		AA17		DD17				
A18		B18		C18		D18		AA18		DD18				
A19		B19		C19		D19		AA19		DD19				
A20		B20		C20		D20		AA20		DD20				
A21		B21		C21		D21		AA21		DD21				
		B22		C22										
		B23		C23										
		B24		C24										
		B25		C25										

Figura 1. Matriz gráfica para registro postural.

Fuente: elaboración propia.

Aplicación de la matriz gráfica para registro postural

Se realizó una base de datos en Excel para cada uno de los veinte estudiantes filmados, consignando en una columna la secuencia de tiempo en intervalos de 15 segundos y en otra el código alfanumérico de la postura correspondiente señalada en la matriz gráfica. A partir de esta base de datos se exponen a continuación tres posibles aplicaciones de la matriz contemplando una de las variables de la actividad que afecta, según los profesores entrevistados, la postura de los estudiantes en clase: la dinámica escolar (individual/grupal), lo cual es coherente con el estudio de Geldhof et al. (17) en el que se afirma que las posturas de los estudiantes están condicionadas por la estructura y organización de sus actividades durante la clase.

Comparación del comportamiento postural durante la clase

En la figura 2 se presenta la frecuencia de las posturas adoptadas por un estudiante de séptimo grado, desarrollando dinámica individual, durante la primera mitad (15 minutos) y la segunda mitad de la clase (15 minutos). Las categorías posturales predominantes durante la primera mitad de la clase fueron A (adoptada en actividades en las que el punto observado está debajo de la línea horizontal) y C (adoptada en actividades en las que el punto observado se encuentra arriba de la línea horizontal) prevaleciendo las posturas A10 (codos apoyados, rodillas en neutro), A11 (codos apoyados, rodillas en extensión) y C2 (antebrazos apoyados, rodillas en extensión). En la segunda mitad de la clase prevalece la categoría D (tronco flexionado hacia delante, apoyo completo sobre el asiento, sin descansar la espalda contra el espaldar) en la postura D2 (antebrazos apoyados, rodillas en extensión), D1 (antebrazos apoyados, rodillas en neutro) y en la categoría E (otras posturas) la postura E1 (sentado de lado).

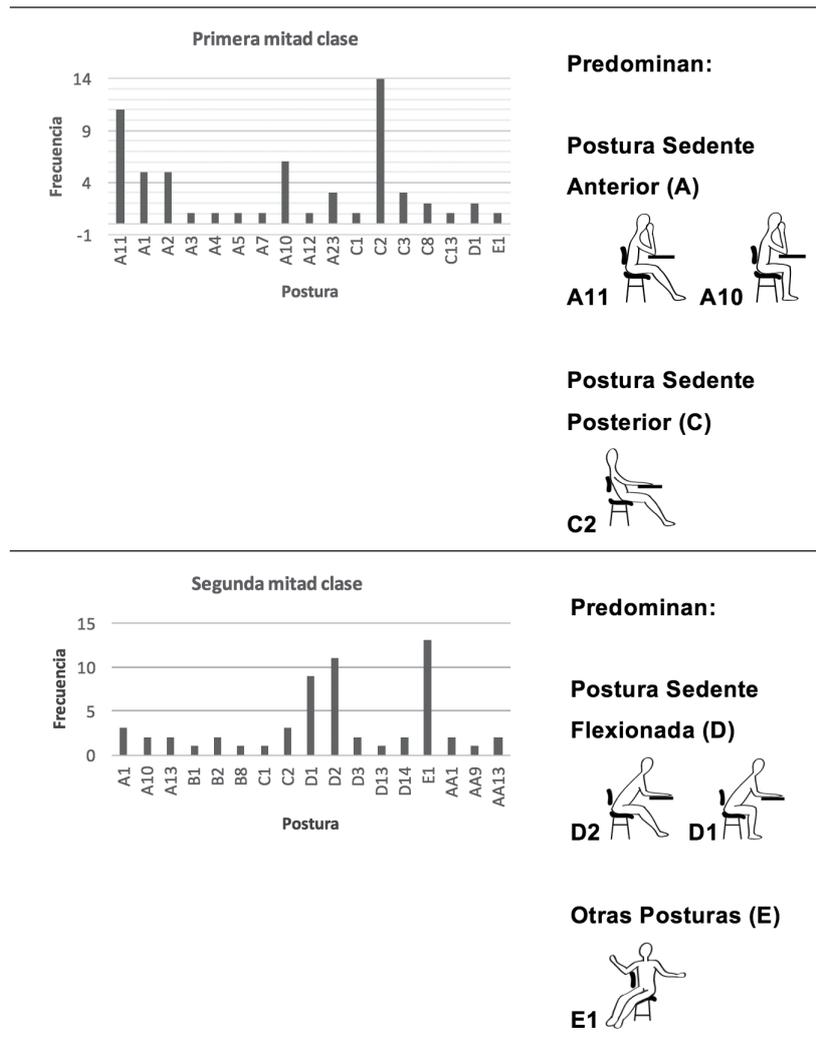


Figura 2. Posturas y frecuencia durante la primera y segunda mitad de clase.

Fuente: elaboración propia.

Frecuencia de la rotación de cuello según dinámica escolar (individual/grupal)

En todas las categorías posturales establecidas, excepto en la E (otras posturas), las combinaciones cuyo código numérico van desde 13 a 21 presentan rotación del cuello. Se tomaron a manera de ejemplo las posturas registradas de un estudiante de grado noveno realizando dinámica individual y las posturas de otro estudiante del mismo grado efectuando dinámica grupal (figura 3).

Se observa que en la dinámica de trabajo grupal la frecuencia de rotación del cuello es más alta que en la individual debido a que los estudiantes se reúnen por equipos de trabajo, dialogan entre sí y la ubicación del profesor dentro del salón de clase es variable.

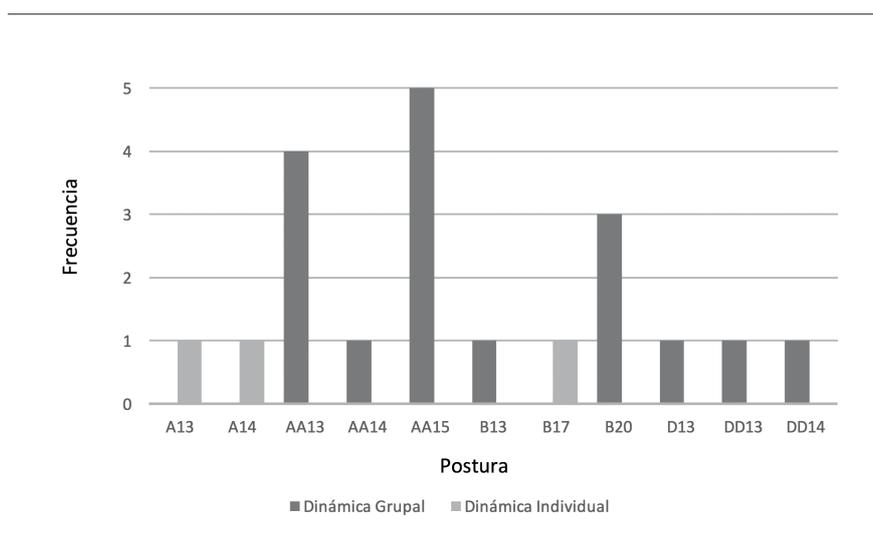


Figura 3. Frecuencia posturas con rotación de cuello en dinámicas individual y grupal.

Fuente: elaboración propia.

Frecuencia de las categorías posturales en las dinámicas de clase (individual y grupal)

Otra posible aplicación del método planteado apuntó a establecer la frecuencia de las categorías posturales en las dos dinámicas de clase (individual y grupal), tomando como casos los grados de escolaridad de tercero y once en la asignatura de español. Observando los porcentajes mínimos y máximos del tiempo de permanencia en las siete categorías posturales (figura 4), durante la dinámica de trabajo individual, la postura sedente posterior (C) reporta 0 % para los dos estudiantes. El porcentaje máximo de tiempo para el estudiante de tercer grado en trabajo individual es del 41 % en postura sedente anterior (A), mientras que para el estudiante de once grado es del 45 % en postura sedente anterior sin apoyo (AA); sin embargo el estudiante de tercer grado no asumió ninguna postura dentro de esta última categoría (0 %). La segunda categoría postural en la que permaneció el alumno de once grado fue (A) durante el 38 % del tiempo.

Por otro lado, en los dos estudiantes, durante la dinámica grupal, sobresalió la categoría (A) en el 71 % del tiempo con el estudiante de tercero y el 54 % con el de grado once. La segunda categoría postural más frecuente en el estudiante de tercero fue otras posturas (E) en el 37 % y en el alumno de once fue la postura sedente media (B) en el 36 %. Ninguno de los dos estudiantes asumió posturas dentro de las categorías AA, ni DD.

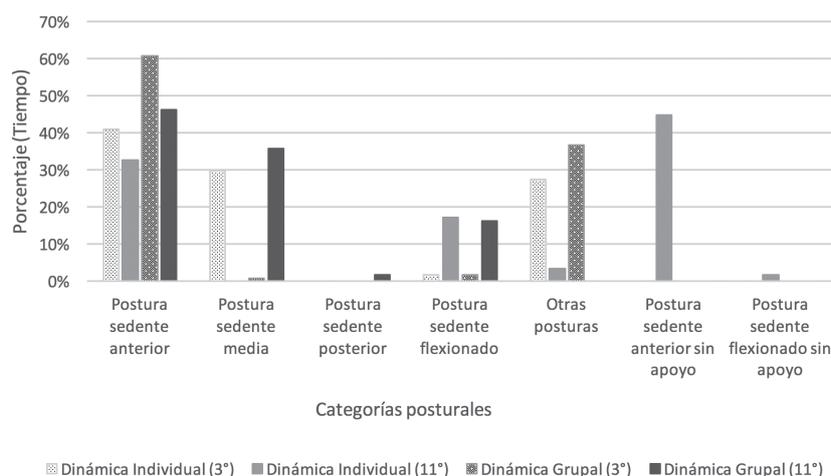


Figura 4. Frecuencia categorías posturales, grados tercero y once.

Fuente: elaboración propia.

DISCUSIÓN

Una de las principales causas de las alteraciones músculo-esqueléticas es la adopción de malas posturas y la sobrecarga postural. Para que se dé una postura correcta, de acuerdo con Casas y Patiño (18), “es importante la activación de los músculos estabilizadores de la columna lumbar, en el mantenimiento de la postura sentada erecta con cifosis dorsal y lordosis lumbar, porque no involucra movimientos forzados y minimiza la tensión sobre el tejido conectivo”. Las desviaciones posturales en los planos sagital y dorsal, así como un mobiliario escolar inapropiado, han sido identificadas como parte de los predictores de dolor de espalda en estudiantes (19). De acuerdo con Kavalco la infancia y adolescencia son etapas importantes para la formación del sistema osteomuscular, por lo que los problemas físicos que se producen en estos períodos pueden ser determinantes para disfunciones irreversibles durante la edad adulta (20). Posiciones de los estudiantes en diferentes actividades escolares pueden producir deficiencias posturales generando cambios mecánicos por sobrecarga en las estructuras óseas, tendinosas o musculares (21). Asimismo, el hábito de sentarse

en posturas incorrectas puede disminuir la atención en clase y a largo plazo generar un desarrollo físico desequilibrado; esto sugiere que mejorar la postura sedente es importante para el desempeño académico (22). Por otra parte, el mobiliario escolar es un elemento que contribuye al aprendizaje de los estudiantes (23) si es flexible y versátil frente a los cambios posturales de los niños y a las características de las dinámicas de clase (24) ya sean individuales o grupales.

El propósito de este artículo fue presentar el proceso realizado para la identificación y categorización de los comportamientos posturales sedentes de alumnos en clase utilizando como métodos la captura en vídeo, el software Morae y su aplicación por medio del desarrollo de una matriz gráfica para registro postural. La matriz gráfica propuesta es una herramienta de tamizaje de tipo cualitativo, que con la elaboración de una sencilla base de datos en Excel posibilita calcular frecuencias de movimiento en partes del cuerpo (cuello, extremidades, tronco) y porcentajes de tiempo de permanencia en alguna o algunas de las siete categorías establecidas y/o en determinada variación postural.

La variable que se tomó en este artículo, para presentar posibles aplicaciones de la matriz gráfica, para registro postural, fue la dinámica escolar (individual/grupal). Al comparar el comportamiento postural en dinámica de trabajo individual de un mismo estudiante durante la primera y la segunda parte de la clase, en esta última predominan las posturas no soportadas o flexionadas; es decir sin descansar la espalda contra el espaldar (D2 y D1), siendo consistente con lo observado por Saarni et al. (13); así como la postura sentado de lado (E1); posturas que podrían indicar incomodidad o cansancio. Por otra parte, al comparar la frecuencia de posturas con rotación de cuello, en la dinámica grupal, dicha frecuencia se da 5,3 veces más que en la individual; el hecho de trabajar en grupos durante toda la clase y que las sillas utilizadas no posean ningún mecanismo de giro exige a los estudiantes mantener el cuello en rotación durante gran parte de la clase, lo que no es recomendable biomecánicamente (25). Sin embargo la mayoría de los estudios sobre los factores de riesgo de dolor de cuello son estudios transversales (*cross-sectional*), lo que hace difícil exponer cualquier conclusión sobre la relación temporal entre los factores de riesgo y el dolor de cuello (26).

A su vez, se observaron algunas diferencias importantes entre los tiempos de permanencia en las siete categorías posturales por parte de los estudiantes de tercer y once grado tanto en dinámica individual como grupal. Contemplando que los estudiantes eran del mismo género en actividades de la asignatura de español, el día miércoles y en una misma franja horaria; los resultados obtenidos podrían indicar que la variable de la edad influye en el comportamiento postural, siendo coherente con lo observado por Domljan, Vlaović y Grbac (10). De igual manera algunas de las variables mencionadas por los profesores entrevistados, que influyen en la postura sedente de los estudiantes, son coincidentes con resultados del estudio de los mismos autores tales como la hora y el tipo de asignatura (10).

Este artículo contempla la aplicación de la matriz de registro postural con respecto a la variable de la actividad *tipo de dinámica* (individual/grupal). Futuras investigaciones podrían tomar como caso de estudio cualquier variable que se sospeche afecte la postura de los estudiantes en clase; y empleando el método propuesto, evaluar la pertinencia de modificar variables propias de la actividad escolar o de los elementos empleados.

Dos limitaciones deben ser consideradas al interpretar los resultados del presente estudio. La primera es que la muestra poblacional fue por conveniencia, en donde los estudiantes participantes pertenecen a una misma institución educativa; y la cantidad de grados de escolaridad observados en clase se supeditó a la asignación por parte de las directivas de la institución y al otorgamiento de los consentimientos informados de los padres o cuidadores de los niños. La segunda se relaciona con el número de variaciones posturales identificadas y plasmadas en la matriz gráfica, que se limitan a la cantidad de los registros efectuados en vídeo, siendo probable complementar este aspecto.

CONCLUSIONES

Conocer las distintas posturas que adoptan los estudiantes empleando como método el registro en vídeo y acompañado de la matriz gráfica para registro postural le ofrece a directores de instituciones educativas, docentes y a profesionales de diferentes disciplinas, no necesariamente ergónomos, la posibilidad de comparar entre sí comportamientos posturales sedentes en clase con relación a distintas variables que influyen en la postura de los estudiantes; sin la necesidad de contar con equipos o con software especializados, ni con personal técnico experto para la recolección y análisis de datos.

Los resultados que se pueden obtener permitirán, por ejemplo, registrar las posturas de estudiantes en distintos diseños de mobiliario y tomar decisiones

favorables de compra si prevalecen las categorías posturales A, B, C, y D; y evitar así aquellos diseños en los que predominen las categorías AA o DD, como predictores de incomodidad, debido a la falta de apoyo del cuerpo contra el asiento y el espaldar de la silla, así como posturas dentro de la categoría E. Otra posibilidad es comparar entre sí las posturas registradas en distintos días de la semana o entre franjas horarias y a partir de ello evaluar la necesidad de alterar la organización de las clases, la duración de las dinámicas o la posibilidad de efectuar pausas y cambios durante la actividad.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a los niños, padres de familia y directivas del Colegio Jaime Garzón en Bogotá, por la colaboración prestada durante el desarrollo de este proyecto. A las directivas y profesores del Colegio Calasanz Femenino por sus valiosos aportes. De igual manera al Banco Santander por el apoyo económico brindado para el desarrollo de la investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sperotto F, Brachi S, Vittadello F, Zulian F. Musculoskeletal pain in schoolchildren across puberty: A 3-year follow-up study. *Pediatr Rheumatol Online J*. 2015; 13 (16): 1-6.
2. Kamper SJ, Henschke N, Hestbaek L, Dunn KM, Williams CM. Musculoskeletal pain in children and adolescents. *Brazilian J Phys Ther*. 2016; 20 (3): 275-284.
3. Quintana E, Martín A, Sánchez C, Rubio I, López N, Calvo J. Estudio de la postura sedente en una población infantil. *Fisioterapia*. 2004; 26 (3): 153-163.
4. Canté-Cuevas X, Kent-Sulú M, Vásquez-Gutiérrez M, Lara-Severino R. Factores posturales de riesgo para la salud en escolares de ciudad del Carmen, Campeche. *Unacar Tecnociencia*. 2010; 1 (4): 1-15.
5. Troussier B. Comparative study of two different kinds of school furniture among children. *Ergonomics*. 1999; 42 (3): 516-526.
6. Grimes P, Legg S. Musculoskeletal Disorders (MSD) in School Students as a Risk Factor for Adult MSD: A Review of the Multiple Factors Affecting Posture, Comfort and Health in Classroom Environments. *J Human-Environment Syst*. 2004; 7 (1): 1-9.
7. República de Colombia. Decreto 1850 por el cual se reglamenta la organización de la jornada escolar y la jornada laboral de directivos docentes y docentes de los establecimientos educativos estatales de educación formal. Bogotá: Ministerio de Educación Nacional; 2002.
8. Panagiotopoulou G, Christoulas K, Papankolaou A, Mandroukas K. Classroom furniture dimensions and anthropometric measures in primary school. *Appl Ergon*. 2004; 35 (2): 121-128.
9. Noll M, Candotti CT, Nichele B, Cristina M, Schoenell W, Tiggemann CL et al. Back pain and the postural and behavioral habits of students in the municipal school network of Teutônia, Rio Grande do Sul. *J Hum Growth Dev*. 2013; 23 (2): 129-135.
10. Domljan D, Vlaovic Z, Grbac I. Pupils' working postures in primary school classrooms. *Period Biol*. 2010; 112 (1): 39-45.
11. Finnish Institute of Occupational Health. PEO (portable ergonomic observation method). Disponible en: http://partner.ttl.fi/en/ergonomics/methods/workload_exposure_methods/table_and_methods/Documents/PEO.pdf.
12. Murphy S, Buckle P, Stubbs D. The use of the portable ergonomic observation method (PEO) to monitor the sitting posture of schoolchildren in the classroom. *Appl Ergon*. 2002; 33 (4): 365-370.
13. Saarni L, Nygård C, Kaukiainen A, Rimpelä A. Are the desks and chairs at school appropriate? *Ergonomics*. 2007; 50 (10): 1561-1570.
14. República de Colombia. Resolución 8430 de 1993. Bogotá: Ministerio de Salud; 1993.
15. Losa M, Salvadores P, Sáez A. Actitudes posturales de la extremidad inferior en los escolares durante las clases: estudio observacional. *Rev Int Ciencias Podol*. 2009; 3 (1): 7-14.
16. República de Colombia. Informe nacional sobre el desarrollo de la educación en Colombia. Bogotá: Ministerio de Educación Nacional; 2001.
17. Geldhof E, De Clercq D, De Bourdeaudhuij I, Cardon G. Classroom postures of 8-12 year old children. *Ergonomics*. 2007; 50 (10): 1571-1581.
18. Casas Sánchez AS, Patiño Segura MS. Prevalencia y factores asociados con el dolor de espalda y cuello en estudiantes universitarios. *Rev la Univ Ind Santander Salud*. 2012; 44 (2): 45-55.
19. Trigueiro MJ, Massada L, Garganta R. Back pain in Portuguese schoolchildren: Prevalence and risk factors. *Eur J Public Health*. 2013; 23 (3): 499-503.

20. Kavalco T. A manifestação de alterações posturais em crianças de primeira a quarta séries do ensino fundamental e sua relação com a ergonomia escolar. *Rev Bras Fisioter.* 2000; 2 (4).
21. Martínez R del P, Angarita A. Deficiencias posturales en escolares de 8 a 12 años de una institución educativa pública, año 2010. *Rev Univ y Salud.* 2013; 15 (1): 22-33.
22. Noda W, Tanaka-Matsumi J. Effect of a classroom-based behavioral intervention package on the improvement of children's sitting posture in Japan. *Behav Modif.* 2009; 33 (2): 263-273.
23. Hoque ASM, Parvez MS, Halder PK, Szecsi T. Ergonomic design of classroom furniture for university students of Bangladesh. *J Ind Prod Eng.* 2014; 31 (5): 239-252.
24. Blanco D, Sánchez C, Espinel F. Mobiliario escolar: el reto de la pedagogía al diseño. *Iconofacto.* 2015; 11 (16): 141-152.
25. ISO. ISO 11226. Ergonomics. Evaluation of static working postures. Ginebra: International Organization for Standardization; 2000.
26. Ariëns G, Bongers P, Douwes M, Miedema M, Hoogendoorn W, van der Wal G et al. Are neck flexion, neck rotation, and sitting at work risk factors for neck pain? Results of a prospective cohort study. *Occup Environ Med.* 2001; 58 (3): 200-207.

ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LAS LECTURAS CON ADULTOS EN UN CONTEXTO DE INTERNACIÓN HOSPITALARIA

*Diego Brosio**
*Mayra Alomo***
*Claudio Basanisi****
*Agostina Gieco*****
*Julieta Insaurrealde******
*Adán Joskowicz******
*María Florencia Rosso******

Recibido en mayo 29 de 2017, aceptado en julio 26 de 2017

Citar este artículo así:

Brosio D. et al. Estrategia de promoción de las lecturas con adultos en un contexto de internación hospitalaria. *Hacia Promoc. Salud.* 2018; 23 (1): 41-55.
DOI: 10.17151/hpsal.2018.23.1.4

Resumen

Objetivo: Aportar evidencia empírica a la estrategia de promoción de las lecturas en su dimensión reparadora desde las elaboraciones conceptuales de Michèle Petit. **Materiales y métodos:** Estudio cualitativo, descriptivo y retrospectivo, realizado en base a los registros de las intervenciones del equipo de promoción de las lecturas, efectuadas entre agosto de 2014 y agosto de 2016. La estrategia se llevo a cabo a través de tres modalidades: préstamo gratuito de libros, lecturas en voz alta y producciones artísticas en contexto de internación en las unidades 5 y 6 del Servicio de Clínica Médica del Hospital General de Agudos Doctor Enrique Tornú. El instrumento de registro tiene la modalidad participante, abierta y sistemática. La técnica para el registro y estandarización de lo observado es la viñeta, la cual busca reflejar lo expresado por los propios actores. **Resultados:** Se destacan los efectos reparadores de

* Médico, Especialista en Clínica Médica. Hospital General de Agudos Doctor Enrique Tornú, Buenos Aires, Argentina. Correo electrónico: dr.brosio@gmail.com.  orcid.org/0000-0002-5021-2779.

** Licenciada en Trabajo Social. Hospital General de Agudos Doctor Enrique Tornú, Buenos Aires, Argentina. Correo electrónico: mayra.alomo@yahoo.es.  orcid.org/0000-0001-9224-4587.

*** Médico. Hospital General de Agudos Doctor Enrique Tornú, Buenos Aires, Argentina. Correo electrónico: basanisc Claudio@hotmail.com.  orcid.org/0000-0003-1384-650X.

**** Licenciada en Sociología. Hospital General de Agudos Doctor Enrique Tornú, Buenos Aires, Argentina. Correo electrónico: agosgieco@hotmail.com.  orcid.org/0000-0001-8268-938X. Autora para correspondencia.

***** Licenciada en Ciencias de la Comunicación Social. Hospital General de Agudos Doctor Enrique Tornú, Buenos Aires, Argentina. Correo electrónico: july_insaurrealde@hotmail.com.  orcid.org/0000-0002-0312-1022.

***** Licenciado en Psicología. Hospital General de Agudos Doctor Enrique Tornú, Buenos Aires, Argentina. Correo electrónico: adanjokowicz@hotmail.com.  orcid.org/0000-0001-6596-4394.

***** Licenciada en Psicología. Hospital General de Agudos Doctor Enrique Tornú, Buenos Aires, Argentina. Correo electrónico: m.flor.rosso@gmail.com.  orcid.org/0000-0003-3902-6737.



la estrategia de promoción de las lecturas, en sus dos dimensiones: la generación de un espacio íntimo dentro de un espacio público y el proceso de subjetivación. Se arriba a estos resultados, a partir de la categorización y análisis de los conceptos trabajados por Michèle Petit. **Conclusiones:** Fue posible aportar evidencia empírica a la estrategia de promoción de las lecturas en contexto de internación hospitalaria. El instrumento de viñetas se configura como pertinente para dicha estrategia.

Palabras clave

Promoción, lectura, salud, clínica médica, internación hospitalaria (*Fuente: DeCS, BIREME*).

STRATEGIES FOR THE PROMOTION OF READING WITH ADULTS IN A HOSPITAL ADMISSION CONTEXT

Abstract

Objectives: To provide empirical evidence to the strategy of promoting reading in their restorative dimension from the theoretical conceptions of Michèle Petit. **Materials and methods:** Qualitative, descriptive, retrospective study based on the records of the interventions conducted by the Reading Promotion Team between August 2014 and August 2016. The strategy was carried out through three modalities: free book loan, reading aloud and artistic productions, in an admission context in units 5 and 6 of the Medical Clinic Services at Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú. The registration tool is participative, open and systematic. The technique used for registration and standardization is the vignette which aims to reflect what was expressed by the participants. **Results:** The reparative effects of the reading promotion strategy are highlighted in two dimensions: the development of an intimate space within a public space and the subjectivation of the process. The results were reached from the categorization and analysis of the concepts developed by Michèle Petit. **Conclusions:** it was possible to provide empirical evidence to the reading promotion strategy in hospital admission context. The vignette technique is seen as pertinent for this strategy.

Key words

Health promotion, reading, health, internal medicine, admission (*Source: MeSH, NLM*).

ESTRATEGIA DE PROMOÇÃO DAS LEITURAS COM ADULTOS EM UM CONTEXTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALARIA

Resumo

Objetivo: Mostrar evidencia empírica à estratégia de promoção das leituras em sua dimensão reparadora desde as elaborações conceituais de Michèle Petit. **Materiais e métodos:** Estudo qualitativo, descritivo e retrospectivo, realizado em base aos registros das intervenções do equipo de promoção das leituras, efetuadas entre agosto de 2014 e agosto de 2016. A estratégia se levou a cabo a través de três modalidades: empréstimo, graça de livros, leituras em voz alta e produções artísticas em contexto de internação nas unidades 5 e 6 do Serviço de Clínica Médica do Hospital General de Agudos Doutor Enrique Tornú.

O instrumento de registro tem a modalidade participante, aberta e sistemática. A técnica para o registro e standardização do observado é a imagem, a qual busca mostrar o expressado pelos próprios atores. **Resultados:** Destacam-se os efeitos reparadores da estratégia de promoção das leituras, em suas duas dimensões: a geração de um espaço íntimo dentro de um espaço público e o processo de subjetivação. Apresentam-se a estes resultados, a partir da categorização e análise dos conceitos trabalhados por Michèle Petit. **Conclusiones:** Foi possível aportar evidencia empírica à estratégia de promoção das leituras em contexto de internação hospitalaria. O instrumento de imagens se configura como pertinente para dita estratégia.

Palavras-chave

Promoção, leitura, saúde, clínica médica, internação hospitalaria (*Fonte: DeCS, BIREME*).

INTRODUCCIÓN

El equipo de promoción de las lecturas del Hospital Tornú de la ciudad de Buenos Aires, integrado por el Jefe de la División Clínica Médica Diego Brosio y la Residencia Interdisciplinaria de Educación y Promoción de la Salud (RIEPS), realiza desde el año 2008 actividades de promoción de las lecturas en contexto de internación. Las mismas se llevan adelante en las unidades 5 y 6 del servicio de clínica médica. Se efectúan recorridas semanales por las habitaciones ofreciendo a los pacientes y a sus familiares préstamos gratuitos de libros, lecturas en voz alta y participación en producciones artísticas mensuales.

El presente trabajo se propone teorizar y socializar una experiencia de investigación en terreno por parte de profesionales de la salud que aporte al conocimiento en las temáticas de educación para la salud, promoción de ambientes favorables para la salud y orientación de servicios de salud.

El objetivo general es sumar evidencia empírica a la estrategia de promoción de las lecturas en contexto de internación, registrada durante el período comprendido entre agosto de 2014 y agosto de 2016. En este sentido se procede a analizar la experiencia de intervención en promoción de las lecturas a partir de las modalidades descriptas de préstamo de libros, lecturas en voz alta y producciones artísticas, reflexionando en torno a los elementos que

componen la dimensión reparadora de la promoción de las lecturas categorizados por Michèle Petit. La promoción de las lecturas se analiza a través de la sistematización y conceptualización de los registros cuantitativos y cualitativos realizados a lo largo de dos años de trabajo. De igual manera se considera que esta experiencia puede realizar aportes a la construcción de instrumentos de registro de información en prácticas de cuidado ligadas a la promoción de la salud en contextos de internación.

Este equipo identifica como problemáticas centrales los efectos adversos que impactan en la población en un contexto de crisis como lo es la internación. Entre ellos: la ruptura de la vida cotidiana (1); la pérdida de intimidad y autonomía (2); la objetivación del sujeto (2); la sobrecarga de los cuidadores, la conexión con la enfermedad o dolencia y la soledad. Las mismas son trabajadas conceptualmente por Michèle Petit, y son retomadas durante el apartado de “Discusión”. Esta autora también hace referencia al efecto democratizador de la lectura (3), el cual permite el acceso de las personas a los bienes culturales (4). El mismo es favorecido a través del rol de los mediadores culturales.

En cuanto al estado de la cuestión, existe profusa literatura que aborda diversos dispositivos de promoción de las lecturas desde la metodología de sistematización de experiencias o relatos de

experiencias (5, 6); pero no desde una estrategia de investigación cualitativa como la del presente trabajo. Asimismo, la población alcanzada en dichas elaboraciones suele ser la infanto-juvenil. A la vez los trabajos encontrados se sustentan en la corriente fundada en la biblioterapia, la cual concibe a la lectura como un instrumento de desarrollo personal y como medio para distraer y curar (7). Según Fonseca esta práctica pedagógica hospitalaria es una técnica auxiliar de la práctica psiquiátrica, psicológica y clínica que se encuentra extendida en Estados Unidos, Inglaterra, Canadá y Suecia. En Francia se despliegan dichas estrategias desde la cartera de educación en el ámbito estatal y se promueve la lectura desde el hospital hacia toda la comunidad (7). En América Latina existen diversas experiencias. En Uruguay se encuentra organizada una red de bibliotecas para pacientes según las pautas establecidas por la Federación Internacional de Asociaciones de Bibliotecas (IFLA) que hayan sustento en la biblioterapia, en tanto leer constituye un recurso para dar sentido a la experiencia y un instrumento invaluable para crear lazos con otros (8) y cuyos destinatarios son pacientes con consumos problemáticos de sustancias psicoactivas. En Brasil, por su parte, a instancias de organizaciones que desplegaron la estrategia de promoción de lecturas abocada a niños y adolescentes, se desarrolló un programa desde el Ministerio de Salud denominado “Proyecto Biblioteca Viva en Hospitales” fundado también en la terapia a través de los libros (9). Una experiencia en Colombia alcanza al mismo grupo poblacional que en Brasil, pero el caso planteado se encuentra bajo la órbita de un programa de responsabilidad social empresarial (10); a diferencia de los de Uruguay y Brasil, que son de carácter estatal.

MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio es de carácter descriptivo, retrospectivo. Se desarrolló a través de una estrategia cualitativa-interpretativa con datos complementarios cuantitativos y se basó en la comprensión de las personas dentro de su propio marco de referencia

(11). Fiel al paradigma fenomenológico, la experiencia constituye el foco del estudio (12).

La obtención y el análisis de los datos se realizaron por medio de los registros de las intervenciones semanales del equipo de promoción de las lecturas. Las intervenciones que se tomaron en cuenta fueron: el préstamo gratuito de libros, las lecturas en voz alta y las producciones artísticas. La población del estudio está conformada por personas internadas y sus acompañantes, de las unidades 5 y 6 del servicio de clínica médica, desde el 06 de agosto de 2014 hasta el 31 de agosto de 2016. El recorte tuvo como punto de partida el cambio en el formato del instrumento de registro cuantitativo de las recorridas. Para la descripción cuantitativa se consideró el registro efectuado a través de una grilla en la que constaban los préstamos de libros, las lecturas en voz alta realizadas y las personas contactadas por el equipo. En el caso de las producciones artísticas se incluyó el registro del total de actividades efectivamente realizadas, desde el 17 de junio hasta el 18 de agosto de 2015.

Se considera pertinente la noción de muestra significativa de Rosana Guber, con el fin de poder dar cuenta de los efectos de la estrategia de promoción de las lecturas, a partir del aporte de evidencia empírica a las formulaciones de Petit y como parte de la orientación de los servicios de salud. El criterio de significatividad de la muestra es fundamental para la selección de discursos, personas, prácticas que se observan, registran y para su ulterior análisis. Aquello que acontece, se dice y hace, cobra sentido según su forma de integración en un sistema de significados y de relaciones sociales (13).

Se utilizó la técnica de observación como estrategia de recolección de información bajo la modalidad participante, abierta y sistemática. Dentro de la planificación del proceso de observación se seleccionó la viñeta como técnica de registro y estandarización de lo observado porque permite

captar las percepciones, las opiniones, las creencias o las actitudes en los propios escenarios y situaciones en las que se desenvuelven (14).

En línea con esta definición en estudios aplicados se observa que: “las viñetas son una potente técnica de recolección de datos que facilita [...] el análisis de contenido con énfasis en los factores contextuales”. Consisten “en una breve historia, una descripción corta de una situación y de personas”. Dentro de los métodos de construcción de las viñetas se distinguen la foto instantánea, el método compuesto y el retrato. Este último se emplea en el presente estudio, ya que “se intenta representar a los participantes de la situación, sus características personales, sus conductas y sus experiencias (y percepciones), basándose fundamentalmente en lo que dicen los propios actores” (15).

Al ser una técnica de registro abierta, capta un segmento más amplio del contexto. Las viñetas, en cuanto unidades de observación, se generan a partir de la información obtenida y son susceptibles de modificación durante el proceso observacional.

Los datos que se registraron fueron: el nombre de la persona internada y de su/s acompañante/s; el número de cama; el recorrido por las habitaciones del equipo de promoción de las lecturas y las modalidades que se despliegan (préstamo de libros, lectura en voz alta y/o producción artística); las expresiones utilizadas por las personas en las habitaciones; las actividades propias de la sala de internación y del encuentro entre profesionales de la salud y los participantes en relación a las distintas propuestas. Para la presente publicación, al momento de hacer referencia a las personas o acompañantes con los que el equipo estableció intercambios, se utilizan nombres ficticios.

Los datos se segmentaron en unidades de significado, que son las dimensiones conceptuales de análisis de la producción teórica de Petit. Las mismas se volcaron a una matriz a través de un proceso sistemático, ordenado y flexible. El recurso

intelectual fue la comparación. Cada una de las dimensiones se aborda en diferentes apartados de la sección “Discusión”.

En el caso de las producciones artísticas se efectuaron recorridas por las habitaciones ofreciendo a los pacientes y a sus acompañantes, además del usual préstamo gratuito de libros y lecturas en voz alta, la participación en la realización de estas producciones una vez al mes. Esta última modalidad se incorporó en 2015. Las producciones artísticas iniciaron con la lectura en voz alta de un cuento, poema, microrrelato, mito y la observación de fotografías, retratos, obras de arte. Posteriormente, a partir de una consigna, se realizaron dichas producciones bajo 7 variedades de técnicas con distintos materiales para cada una de ellas. Para este tipo de actividades también se utilizaron las viñetas como unidad de observación. La primera de ellas comenzó con la lectura de un fragmento del cuento “Graffiti”, de Julio Cortázar. Luego se les propuso a las personas realizar su propio *graffiti* sobre un *stencil* de personalidades de la literatura, el cine y la política, mediante el uso de esponjas embebidas en ténpera. En la segunda técnica se leyó “El mito de Butades” y se mostró el cuadro *Butades o el origen de la pintura*, de Joseph-Benoît Suvée. También se propuso comentar acerca de lo que se ve en el cuadro y con posterioridad se les invitó a delinear una sombra ya sea la de un rostro, una mano o algún objeto de la habitación. La tercera tuvo como disparador la lectura del cuento “Cubismo”, de Paloma Casado Marco. En esta propuesta comentamos la relación entre cuento y pintura. También se invitó a los participantes a que crearan retratos con recortes de revistas y figuras geométricas.

En relación a la cuarta técnica, esta se inició utilizando el microrrelato de Ciruelo como disparador. A partir de allí, las personas realizaron dibujos en tinta con sus huellas dactilares. Una quinta alternativa para la realización de la producción artística fue la lectura del poema “Autorretrato”, de Pablo Neruda. Se propuso hacer

dibujos en tinta china con pinceles, dividiendo un papel por la mitad y plasmando aspectos opuestos de la personalidad. La sexta lectura disparadora fue “La fotografía”, de Cárcamo Romero. Las personas internadas y los acompañantes tuvieron como consigna la intervención con fibras de colores sobre imágenes de personalidades de la música, el deporte y la política. Finalmente, bajo

la séptima modalidad de producción artística, se mostraron pinturas que podían interpretarse de distintas maneras. Tras la lectura del cuento “Lucille y sus tres peces”, de Luis Buñuel, se realizó un dibujo en crayón a partir de trazos libres con los ojos cerrados y luego a intervenirlos mediante formas o figuras que identificaran en las líneas trazadas.

RESULTADOS

Tabla 1. Cantidad de personas internadas y acompañantes, según si aceptan o no las propuestas de promoción de las lecturas, unidades 5 y 6, Clínica Médica, Hospital Tornú, 2014-2016¹.

Personas	Actividades de promoción de lecturas			Total
	Aceptan préstamo de libros		Aceptan lecturas en voz alta	
	SI	NO	SÍ	
Personas internadas	174	326	134	500
Acompañantes	49	179	19	228
Total	223	505	153	728

Fuente: elaboración propia.

Según los datos registrados se identificó que no hay diferencias importantes entre la proporción de personas en contexto de internación que aceptaron libros (174/500) y que aceptaron escuchar las lecturas en voz alta (134/500). En base a la experiencia de trabajo se considera que esto se podría relacionar con las características de la población destinataria de la promoción de las lecturas; es decir personas con dolencias propias de la situación de internación; ya que, en mayor medida, se trata de adultos mayores con dificultades de visión y movilidad.

En el mismo período analizado, 326 personas en contexto de internación no aceptaron préstamo de libros. Detrás de esta cifra, desde el análisis de viñetas, esto podría responder a algunas características propias del contexto de internación: episodios de dolor; la incertidumbre en relación a recientes y/o inminentes diagnósticos; la espera del personal médico en un hospital público; el no gusto por la lectura y la posibilidad de rechazar cualquier tipo de intervención desde la autonomía de las personas internadas entre otras.

Por otro lado, en el marco de las recorridas que incluyeron la propuesta de producción artística, se registraron 22 pacientes que aceptaron libros de un total de 53 personas en contexto de internación.

¹ Se exceptúa el período que va desde el 17 de junio de 2015 al 05 de agosto de 2015, donde se realizaron las producciones artísticas a las que se harán referencias en párrafos siguientes.

Por su parte 4 acompañantes, de un total de 15, aceptaron el préstamo de libros. En tercer lugar en las 8 recorridas por la sala de internación, que incluyeron las producciones artísticas como estrategia de

promoción de las lecturas, 44 personas aceptaron lecturas en voz alta incluyendo tanto a quienes están en contexto de internación como a sus acompañantes. Este tipo de lecturas son disparadoras para la posterior realización de las diferentes propuestas planificadas para cada recorrida.

Para el equipo de trabajo se observa que la implementación de las producciones artísticas y de lecturas en voz alta durante la recorrida estuvo acompañada de un incremento en la cantidad de libros prestados en cada ocasión. En este sentido, de las 68 personas que accedieron a la propuesta de producción artística, se registraron 26 que aceptaron el préstamo de libros.

DISCUSIÓN

Desde el equipo de trabajo se entiende que las lecturas impactan sobre la salud integral de las personas, en tanto poseen una dimensión reparadora que permite a los sujetos que vivencian el contexto de internación contar con otros recursos para afrontar dicha experiencia. De esta manera contribuyen a transitar lo traumático del padecimiento, en cuanto permiten exteriorizar sentimientos de malestar, habilitando así un efecto preventivo.

Petit postula que “en la lectura, o en la contemplación de obras de arte, hay algo que puede ser profundamente reparador [...] algo que puede ir mucho más allá de la distracción, o incluso del placer”. En la misma línea, afirma que “el lenguaje no puede ser reducido a un código, a un simple vehículo de informaciones. El lenguaje nos constituye. En particular, nos permite integrar —un poco— la ausencia, la falta, la pérdida, el exilio” (2).

En este sentido consideramos que el hecho de transcurrir días enteros dentro de una institución como es la hospitalaria trae aparejados, además del malestar propio de la enfermedad que la persona padece, diversos procesos de difícil tránsito como lo constituyen: una ruptura en la vida cotidiana, la distancia con el entorno social y la permanencia en un contexto donde toda comunicación personal se centra mayormente en el diagnóstico o tratamiento de la dolencia en curso. En este marco destacamos los aportes de Petit, quien afirma que “la lectura, y particularmente la lectura de obras literarias, permite así explorar, formalizar, agrandar, reparar el mundo interior. Y en ese mismo movimiento, nos une también al mundo exterior” (4). “La lectura [...] desencadena un proceso, relanza el pensamiento, la memoria. Algo se alivia” (17).

En sus diversos escritos, Petit describe que los ámbitos públicos tienden a debilitar y/o invisibilizar los espacios de intimidad; lógica que la promoción de las lecturas procura subvertir propiciando la conformación de los mismos.

Esta autora retoma los conceptos de Winnicott sobre área transicional; la misma “resulta de importancia crucial en las situaciones de crisis: sobrepasar una crisis ya supone la recreación de un área transicional, de una u otra manera, para volver a encontrar su facultad para jugar, simbolizar, aprender, pensar y crear” (1). La lectura ocuparía ese lugar de área transicional que permitiría al sujeto reconstruirse, rehacerse. “La lectura es tal vez un acto más interindividual, o transindividual, que social. Marca la conquista de un tiempo y un espacio íntimos que escapan al dominio de lo colectivo” (1). En esta perspectiva, la promoción de las lecturas se configura como una estrategia de cuidado que puede habilitar un mejor tránsito de las personas en el contexto de internación.

Por su parte, a nivel de subjetividad, se considera que la lectura constituye una invitación a introducirse en una dinámica lúdica en la que cada sujeto puede jugar a ser otros, vivenciar otras problemáticas

y experimentar diversos modos de resolverlas. Esto abre las puertas a que las personas puedan hablar sobre lo que les pasa sin tener que nombrarlo explícitamente, a poder acceder a diversos modos de leer su propia cotidianeidad y de crear nuevos sentidos. Al respecto, Petit sostiene que “lo que la lectura hace posible es la apertura de un espacio [...] donde [el sujeto] desarrolla un sueño propio, elabora un espacio íntimo, secreto, a partir del cual se concibe como separado, diferente a lo que le rodea, capaz de un pensamiento independiente. Por esa vía se esboza un despliegue de los posibles” (1).

Agustina nos dice que le gusta mucho leer porque ‘leer te abre mucho acá’ — señala su cabeza, ‘más cuando uno está acá’ — señala la cama (Agustina, cama 572, septiembre de 2014).

Carlos comenta que ‘está bueno leer, ya que son terribles las horas muertas’ (Carlos, cama 569, febrero de 2015).

Petit reflexiona acerca de la promoción de la lectura y los efectos que, en su trayectoria, pudo observar en personas afectadas por determinados contextos de crisis: situaciones de vida marcadas por el exilio, la marginación social, la violencia o la enfermedad. Así, identifica que aún estando en las condiciones más desfavorables, en las experiencias donde fue posible habilitar la práctica de la lectura, “se ha construido un espacio, un espacio para pensar, un espacio para soñar” (1).

Con la lectura ‘uno se mete en un mundo diferente, un cubículo especial en el que uno está, pero con todos los sentidos alerta’ (Pedro, cama 553, septiembre de 2014).

En esta línea, entendemos que a partir de la vivencia particular e intransferible que la persona transita con la mediación de la lectura, es posible reparar en parte las pérdidas dadas por una circunstancia crítica —como es la internación— a través del encuentro con el texto.

Los libros te ayudan a parar la cabeza (Enrique, cama 558, septiembre de 2015).

Juan se encontraba leyendo un diario y dice que ya se lo sabía de memoria. Le prestamos un libro y dice: ‘les agradezco que me salvaron del aburrimiento’ (Juan, cama 573, enero de 2015).

De esta manera propician la creación de “un lugar en el que las palabras y lo que surge del fondo de uno mismo pueden unirse” (1).

Un libro es un amigo (Amalia, cama 552, noviembre de 2014).

La lectura me hace abrir los ojos, me posesiono. Entro (Estela, cama 551, septiembre de 2014).

Igualmente observamos que también contribuye a mitigar otros impactos del contexto de internación vinculados a la sensación de inmovilidad, de inmutabilidad del entorno, de impotencia. En este sentido, Petit dice que “en eco, el texto despertará, en ciertos lectores, no solamente pensamientos, sino incluso emociones, potencialidades de acción, una comunicación más libre entre cuerpo y espíritu. Y la energía liberada, recuperada, apropiada, dará en ocasiones la fuerza para pasar a otra cosa, para salir de ahí en donde el lector se encuentra inmovilizado” (1).

Leer te permite salir de lo habitual, hacer algo (Leo, cama 561, agosto de 2014).

Olga comenta que le gusta todo tipo de lecturas y sobre todo acá en el hospital, ya que eso le permite pensar en otra cosa (Olga, cama 552, noviembre 2015).

Hablamos de “lecturas”, en plural, haciendo referencia a las múltiples formas de leer: lectura silenciosa, en voz alta, individual y grupal; lecturas en distintos soportes. Esto habilita narraciones y lecturas entre compañeros de habitación y

acompañantes, así como de personas en contexto de internación hacia el equipo de salud.

Ramón nos dice que no sabe leer y nos cuenta que es de Chaco. Relata el origen del nombre de su pueblo. Menciona que fue tres meses a la escuela y destaca que aprendió mucho y hubiera deseado saber leer. Mientras leemos en voz alta para su compañero de habitación, sigue la lectura con atención (Ramón, cama 570, mayo de 2015).

Dentro de estas múltiples lecturas se encuentran aquellas efectuadas previamente en voz alta por parte del equipo de salud como disparador para la realización de producciones artísticas. La inclusión de estas actividades de realización mensual, como una de las modalidades de promoción de las lecturas, constituye un efecto potenciador de la dimensión reparadora de dicha estrategia. Siguiendo a Raquel Guido (16), a partir de la producción artística, la persona internada “habla a través de su obra y ésta se expone, como desocultamiento o anticipación, como la posibilidad de existencia de nuevas organizaciones y significaciones y, en tal caso, como testimonio de la capacidad humana de producir nuevos universos representacionales y de dar lugar al surgimiento de lo nuevo [...]. La actitud lúdica ligada al acto creador dota a lo humano del poder de transformar la realidad. Desde su mundo interno el sujeto interviene en el mundo externo [...] produciendo un continuo dialéctico entre transformación del mundo y del sujeto [...]”.

Desde la modalidad de producciones artísticas se destacan los siguientes intercambios:

Carlos nos resume el argumento del libro que le prestamos. También le dejamos Cuentos de la Selva. Leemos Fotografía y conversamos acerca de la captura del alma a través de las fotos. Nos cuenta que va a pescar a Baradero y que allí los pescadores se resisten a ser fotografiados porque recorta la real dimensión de los paisajes (Carlos, cama 562, julio de 2015).

Leemos Un agujero en la pantalla y Juana nos cuenta que cuando era pequeña, en Jujuy con familiares y amigos, iban a un pueblo vecino llevando sus sillas para mirar películas. Realizamos la actividad del Mito de Butades y Juana dibuja partes de la sombra de su mano y a sus dos nietas que están de la mano (Juana, cama 559, junio de 2015).

En este marco, y desde una concepción de salud integral, consideramos que las lecturas favorecen un proceso de subjetivación dado que promueven en la persona reconocerse y reconstruirse como sujeto. En términos de Chartier, “la lectura no es solo una operación intelectual abstracta: es una puesta a prueba del cuerpo, la inscripción en un espacio, la relación consigo mismo y con los demás” (18).

La literatura en todas sus formas (poesía, cuentos, novelas, teatro, diarios, historietas, ensayos —siempre y cuando estén escritos, trabajados— entre otros) aporta un soporte notable para despertar la interioridad, poner en movimiento el pensamiento y relanzar una actividad de simbolización, de construcción, de sentido. Las lecturas permiten construir un espacio psíquico y sostener un proceso de autonomización. Un texto leído es la oportunidad de recomponer las representaciones que uno tiene de su historia, de su mundo interior, de su vínculo con el mundo exterior (1).

A partir de repensarse como sujetos, las personas en contexto de internación pueden reflexionar también sobre su vínculo con la institución hospitalaria y la posición que ocupan en la misma. Esto abona, una transformación de la lógica hospitalaria en la cual pueden generarse nuevas dinámicas de interacción entre las personas y el equipo de salud.

Aquí se vincula a la lógica hospitalaria con el modelo médico hegemónico conceptualizado por Menéndez (19); caracterizado, entre otras particularidades, por una orientación curativa propia

del núcleo disciplinar. No obstante, el personal de salud pone en acto otros saberes que consideran lo relacional y subjetivo. La presencia de esta perspectiva de trabajo ha permitido la articulación del servicio de Clínica Médica del Hospital Tornú con la Residencia Interdisciplinaria de Educación y Promoción de la Salud, conformando el equipo de promoción de las lecturas.

A partir de la producción artística vinculada a Fotografía, Emilia dice: ‘Qué bueno hacer algo distinto a que te saquen sangre todo el tiempo’ (Emilia, cama 568, julio de 2015).

Oscar se fue de alta pero lo encontramos en la sala de espera. Nos reconoce como parte del equipo de la biblioteca y agradece el libro que le prestamos. Menciona que le ‘vino muy bien’ para pasar los días que estuvo internado (Oscar, cama 553, noviembre de 2015).

Vinculado con el rasgo curativo mencionado, se considera que por momentos “la objetualización del paciente es una necesidad de la eficacia del procedimiento terapéutico” y que “el episodio de la enfermedad [...] hace que se destaque el carácter objetual del individuo que padece el episodio” (20). Estos elementos se suman a características propias de la organización del proceso de trabajo de la propia institución. La promoción de las lecturas, en este contexto, como estrategia, propicia la reaparición de cierta subjetividad y permite generar otro tipo de vínculo entre personas en contexto de internación, acompañantes y equipo de salud. Esto rompe con la lógica instituida: aquella que reglamenta los cuerpos, dice acerca de los nombres de los padecimientos, de cómo comportarse, cómo y dónde esperar, cómo ser paciente.

Tras conversar con Gastón sobre su estado de salud, él nos pregunta a nosotros ‘¿cómo están ustedes?’ (Gastón, cama 557, diciembre de 2014).

Luego de una lectura, Nilda empieza a contar sobre un santuario del hospital al que ella asistía. Al repreguntarle sobre si le había gustado el relato efectuado por el equipo, responde ‘sí, y lo que yo les estoy contando también’ (Nilda, cama 563, abril de 2015).

Iván dice que afuera lee de todo pero acá no le dan ganas, señala ‘involuciono acá adentro’. Respecto al alta menciona que ‘un día más acá es como estar un mes’. Su compañero de habitación Lucas agrega ‘las horas se te hacen eternas, acá las horas no pasan mientras que allá afuera vuelan’ (Iván, cama 553; Lucas, cama 554, marzo de 2015).

En esta línea, el equipo trabaja desde la conceptualización de los libros como bienes culturales. Consideramos que el préstamo de los mismos, sin plazos de devolución ni requisitos, pone en acto la democratización en el acceso a los bienes culturales y públicos. Para Petit (4) los mismos no deberían ser privativos de un grupo social en particular, ya que cada persona “tiene el derecho de acceder al saber y a los bienes culturales y de abreviar en ellos”.

Angélica pregunta ‘¿cuánto vale?’. Se le recuerda que es gratis. Lo esconde entre las sabanas ‘para que no se manche’. Le decimos que no se preocupe, que lo disfrute, pero igual lo guarda (Angélica, cama 572, septiembre de 2014).

Raúl nos comenta, en relación al libro que le prestamos ‘no me lo voy a llevar porque esto queda para otros’, le decimos que de todas maneras no hay inconveniente en que se lo lleve (Raúl, cama 557, noviembre de 2014).

Narda nos dice que le gusta leer pero que no quiere un libro porque ya se va de alta. Le decimos que puede llevárselo y traerlo en otro momento. Se pone contenta y elige una novela de Sheldon

ya que le gusta mucho (Narda, cama 556, marzo de 2015).

Clara elige un libro y nos dice que lo va a traer cuando venga a control o a hacerse quimioterapia (Clara, cama 555, marzo de 2015).

Los bienes culturales cobran entidad al ser vehiculizados por mediadores culturales, eje del trabajo del equipo de salud en promoción de las lecturas. “El mediador crea un clima de atención en donde la palabra se hace posible” (1), “transmitiendo el deseo de apropiarse de la cultura escrita” (17).

La existencia de mediadores busca construir un puente que vincule una biblioteca con las personas y así abrir un “espacio donde las relaciones serán menos salvajes, como mitigadas, mediatizadas por la presencia de estos objetos culturales. En contextos violentos, una parte de ellos ya no será rehén, una parte de ellos escapará a la ley del lugar, a los conflictos cotidianos” (4).

Andrea terminó de leer un libro que le prestamos la semana pasada. Pide La muerte de un león y, junto con el equipo, va a la biblioteca a buscarlo (Andrea, cama 572, agosto de 2014).

Por otra parte la lógica del mediador es amplificadora, ya que las personas que acceden a bienes culturales en este marco pueden reproducir la estrategia de promoción de las lecturas.

Griselda nos dice que no tiene anteojos, pero su acompañante comenta que puede leerle. Nos cuenta que le gusta la poesía y comienza a recitarnos una” (Griselda, cama 572, noviembre de 2014).

A partir de la promoción de las lecturas, en los intercambios suscitados con el equipo de salud en su rol de mediador cultural, se ponen en juego palabras y silencios. Siguiendo a Petit (17), tal puesta en palabras desencadena procesos donde se relanzan el pensamiento y la memoria.

Liliana va haciendo comentarios y gestos durante la lectura de un cuento y luego la acompañante de una mujer de la cama 551 señala que ‘nunca le había escuchado la voz’ (Liliana, cama 552, febrero de 2015).

Tras recibir un diagnóstico complicado, Alberto nos comenta: ‘tengo muchas cosas adentro y necesito exteriorizarlo, sacarlo para afuera’ (Alberto, cama 557, julio de 2015).

El caos interno y la historia fragmentada producen angustia (17): escuchar una historia con su principio, nudo y desenlace tiene el efecto de dar un sentido y orden; por lo que la puesta en palabra de ello, apacigua el caos del mundo interior.

Lionel nos dice que no fue a la escuela y que prácticamente no sabe leer. Nos cuenta que vivió siempre en el barrio del Hospital. Nos habló de los oficios, negocios y características de épocas pasadas: ‘el progreso te lleva adelante y te lleva puesto’ ‘el tiempo se lleva todo por delante’ (Lionel, cama 565, septiembre de 2015).

La acompañante de Elías nos dice que él tuvo un ACV, que escucha pero no puede hablar; ella acepta una lectura en voz alta. Elías a poco de comenzar a leer llora y se angustia (Elías, cama 558, noviembre de 2014).

Elma nos muestra una libreta donde tiene notas que son para escribir un libro de lo que le pasa y sobre su padecimiento (Elma, cama 563, septiembre de 2014).

En una narración literaria los eventos contingentes encuentran sentido en una historia puesta en escena, en perspectiva, y devuelven un eco de aquello que a la persona hasta el momento le resulta indecible, inédito. Los textos en su lectura y enunciación hacen las veces de repentinos actos de toma de consciencia. Se construye la propia historia al apoyarse en

fragmentos de relatos, imágenes o frases escritas por otros, para sacar fuerza y “saltar al otro lado” (4).

Ante una lectura en voz alta, Mario nos pide que la próxima vez traigamos algo sobre el campo. Nos cuenta que vivió varios años en Entre Ríos; que ahí se vive distinto; ‘se escucha el silencio’. También dice que tuvo que mudarse a Buenos Aires por la salud de su esposa, que extraña mucho y quiere volver cuando ella se recupere (Mario, cama 553, enero de 2015).

Hacemos una lectura en voz alta ya que Ema no puede ver e intercambiamos sobre su historia. Nos cuenta que es de Jujuy, que llegó a la Ciudad a los 20 años y que trabajó cocinando en una casa (Ema, cama 552, enero de 2015).

Para Petit (4), la lectura y la enunciación constituyen un importante recurso en épocas de crisis. Como se sostiene en el equipo, el contexto de internación es un punto crítico en la vida cotidiana y la subjetividad de las personas. Si a este recurso se suma la modalidad de producciones artísticas se refuerza este sentido, en donde la elaboración de las mismas y la consiguiente enunciación aportan un soporte para realizar una actividad de simbolización y convertirse en narradores de su propia historia.

Al ingresar Pablo nos dice: ‘ustedes me pusieron una idea en la cabeza que me revolucionó’ contando que en la visita anterior, cuando mencionó que pintaba, un integrante del equipo le señaló las paredes blancas de la habitación como posible lugar de intervención. Nos dice: ‘no veo la hora de salir de acá y poder realizar pinturas para el hospital’. Agrega que se lo comentó a sus familiares y no lo podían creer (Pablo, cama 557, julio de 2015).

Compartimos las imágenes del libro Fotografías de un fascículo de cine.

Leemos el cuento Fotografía frente a Julia y Beatriz. Juana nos comenta que le gustan las fotos, que las guarda y cada tanto las ve: fotos del barrio Villa Urquiza donde vivió en su infancia y juventud. Escoge la fotografía de Sandro y nos pide que la ayudemos y escribamos ‘que tristeza en su vista’ (Julia, cama 567, noviembre de 2015).

El equipo trabaja de manera complementaria a los cuidados y tratamientos impartidos desde el modelo médico-asistencial. El acercamiento a la lectura puede operar como un modo de acompañamiento y cuidado que favorece la diligencia de lo traumático de la internación.

Se considera que la estrategia de promoción de las lecturas se encuentra sustentada y atravesada íntegramente por el objetivo de poder concretizar el derecho de todo ser humano a alcanzar el mayor nivel de salud posible.

La estrategia implementada permite crear mayores grados de autonomía en las personas en contexto de internación, en tanto favorece el reconocimiento del tiempo propio y la posibilidad de elegir qué actividades realizar.

CONCLUSIONES

En el desarrollo del presente trabajo, fue posible aportar evidencia empírica a la estrategia de promoción de las lecturas en un contexto de internación hospitalaria. Este proceso se llevó a cabo a partir del análisis de registros cuantitativos y cualitativos realizados a lo largo de dos años de trabajo, incorporando una articulación con desarrollos conceptuales en la temática. En este punto se deciden tomar los aportes de Michèle Petit, quien identifica en las lecturas —más allá de los efectos placenteros o recreativos— su dimensión reparadora; destacando la potencia de sus efectos de cuidado en contextos de crisis.

Entendiendo que la palabra nos constituye como sujetos es posible observar que en un contexto de crisis como la internación, la lectura se configura como una posibilidad de creación de un espacio íntimo en un ámbito público —el hospital— en dos sentidos: como un espacio para reencontrarse con uno mismo y como una vía para reducir la sensación de inmovilidad.

Bajo esta línea las lecturas contribuyen a un proceso de subjetivación que permite subsanar las pérdidas dadas en dicho contexto y la recomposición de la propia historia, promoviendo la autonomía de las personas. Así, se favorece la emergencia de los pensamientos y sentimientos; habilitando un sentido emancipador del uso de la palabra frente a situaciones que, como la enfermedad, pueden silenciarnos.

Por su parte la generación de estos movimientos habilita nuevas dinámicas de comunicación entre el equipo de salud, las personas internadas y sus acompañantes, abonando a una orientación de la institución sanitaria centrada en una perspectiva de salud integral. Se proponen nuevos modos de relacionarse y de funcionar, en tanto institución, así como nuevos modos de tratar a los sujetos viabilizando la escucha institucional. Al habilitar la emergencia de la palabra, a partir de la función subjetivante y emancipadora de las lecturas, se promueve la ciudadanía para “ser en todos los ámbitos de la vida algo más sujeto del propio destino, y no sólo objeto de los discursos de los otros” (14). Asimismo, la circulación libre en el préstamo de los libros instala una lógica de democratización del ámbito hospitalario en la que los miembros del equipo de promoción de las lecturas desempeñan un rol de mediadores culturales.

Se entiende que este rol podría verse facilitado a partir de: aumentar la frecuencia de las recorridas semanales; profundizar la articulación con los trabajadores de la salud que intervienen en el servicio de clínica médica (terapia ocupacional, clínica médica, salud mental, enfermería y

voluntarios); contar con mayor cantidad de libros con letra grande y de temáticas determinadas y acceder a información específica sobre las personas internadas para habilitar un mejor intercambio.

Entre los aspectos que contribuyen al conocimiento de la lectura como medio reparador se observan en las viñetas las referencias de las personas no solo a la dimensión del placer que genera la lectura en sí, sino también a las evocaciones que colocan a la memoria en un lugar de reminiscencia y no de nostalgia como modo de recuperar la propia identidad ligada a lo placentero. A partir de ese proceso se reconstruye a la persona puesto que la lectura reúne un mundo que en el contexto de internación suele estar desunido, fragmentado y caótico.

Por lo expuesto, la viñeta como técnica de registro resulta de gran utilidad al retomar algunos aspectos relevantes en el momento del intercambio con las personas. En este sentido la viñeta se constituye en una herramienta a la hora de repensar intervenciones desde la estrategia de promoción de las lecturas con personas en contexto de internación, así como para reflexionar sobre la práctica desde el marco teórico de referencia. De este modo se considera que la inclusión de las mismas en las historias clínicas habilitaría una mayor integralidad de las prácticas.

Esta investigación contribuye a generar evidencia empírica de los efectos de la estrategia de promoción de las lecturas en un contexto de internación hospitalaria, a la vez que aporta en el diseño e implementación de un instrumento de registro como lo es la viñeta.

AGRADECIMIENTOS

A todos los profesionales integrantes de la Residencia Interdisciplinaria de Educación y Promoción de la Salud que participaron en estos años e hicieron posible la realización de este espacio; al Servicio de Clínica Médica,

unidades 5 y 6, al Servicio de Enfermería. También extendemos el agradecimiento a Gabriela Otero, Silvina Espósito, a la Residencia de Terapia Ocupacional, Residencia de Trabajo Social; a todas las instituciones y personas que acercaron donaciones y continúan haciéndolo, garantizando la renovación de la biblioteca. A Ana Rico, a la voluntaria Cristina Perelli, a Belén Leuzzi y Maite Escudero, integrantes del “Programa Bibliotecas para Armar” y a todos los profesionales del Hospital Enrique Tornú; pero sobre todo a las personas internadas y acompañantes que han hecho posible cada encuentro y acto de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Petit M. El arte de la lectura en tiempos de crisis. Ciudad de México: Océano Travesía; 2009.
2. Petit M. La lectura reparadora. En: Lecturas: del espacio íntimo al espacio público. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica; 2001. p. 67-84.
3. Petit M. Lecturas: del espacio íntimo al espacio público. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica; 2001.
4. Petit M. Saltar al otro lado. En: El arte de la lectura en tiempos de crisis. Ciudad de México: Océano; 2009. p. 60-75.
5. Bórquez MJ., González L., Kielmanovich M., Martínez A., Salinas C., Varela D. Promoción de las lecturas, una apuesta a la salud. Salud y Población. 2012; 7 (1): 69-73.
6. Barilá L., Campero MJ., Cavaro MF., Cusi D., Figueroa A., Marques de Paiva, L. et al. Promoción de las lecturas con personas mayores internadas en un hospital general de agudos. Neurama. 2016; 3 (1): 10-15.
7. Serradas Fonseca M. El valor terapéutico de la lectura en el medio hospitalario. Aula. 1999; 11 (1): 233-245.
8. Deberti Martins C. Leer: un derecho... también en el hospital. Información, Cultura y Sociedad. 2011; 25 (1): 145-152.
9. Ceribelli C., Nascimento LC., Pacífico Soraya MR., García de Lima RA. La mediación de la lectura como recurso de comunicación con niños hospitalizados. Rev Latino-Am. Enfermagem. 2009; 17 (1): 81-87.
10. Correa P. Programa de lectura en ambientes hospitalarios "Palabras que acompañan". Primer Congreso Internacional de Pedagogía Hospitalaria en Colombia. Colombia. 2015.
11. Taylor SJ., Bodgan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Madrid: Dykinson; 1994.
12. Schütz A. Formación de conceptos y teorías en las ciencias sociales. Estudios sobre teoría social. Buenos Aires: Amorrortu; 1954.
13. Guber R. El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo. Buenos Aires: Paidós; 2004.
14. Barter C., Renold E. The use of vignettes in qualitative research. Social Research Update. 1999; 25 (1): 1-4.
15. Yáñez Gallardo R., Ahumada AH., Rivas Aguayo E. La técnica de viñeta y su aplicación en investigaciones en enfermería. Cienc Enferm. 2012; 18 (3): 9-15.
16. Guido R. Proceso creador y dimensión lúdica en el arte. En: Matoso E., editor. El cuerpo incierto. Buenos Aires: Letra Viva; 2006. p. 135-164.
17. Tatti V., Petit M. La lectura construye a las personas, repara, pero no siempre es un placer. Revista de Cultura Ñ. Disponible en: http://edant.revistaenie.clarin.com/notas/2009/06/29/_-01948893.htm.
18. Guglielmo Cavallo R., Chartier R. Historia de la lectura en el mundo occidental. Madrid: Taurus; 1997.
19. Menéndez E. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. Ciência & Saúde Coletiva. 2003; 8 (1): 185-207.
20. Testa M. El hospital visto desde la cama del paciente. Salud, Problema y Debate. 1993; 5 (9).
21. Salaberria R. Entrevista a Michèle Petit, Antropóloga, investigadora de la lectura. Imaginaria. Disponible en: <http://www.imaginaria.com.ar/02/3/petit.htm>.

PERCEPCIÓN DE EDUCADORES SOBRE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y BULLYING EN UN COLEGIO DE BOGOTÁ

Yenny Barreto-Z*
Carolina Enríquez-Guerrero**
Julián Pardo García***
María Alejandra Valero****

Recibido en junio 20 de 2017, aceptado en julio 17 de 2017

Citar este artículo así: Barreto Y, Enríquez C, Pardo J, Valero MA. Percepción de educadores sobre consumo de sustancias psicoactivas y *bullying* en un colegio de Bogotá. *Hacia Promoc. Salud.* 2017; 23 (1): 56-70.
DOI: 10.17151/hpsal.2018.23.1.5

Resumen

Objetivo: El *bullying* y el consumo de sustancias psicoactivas son problemáticas a las que se ven expuestos los adolescentes en los colegios. El rol de los educadores es primordial para la prevención y manejo de este tipo de situaciones, el objetivo del presente estudio es describir la percepción de los docentes frente al *bullying* y el consumo de sustancias psicoactivas en un colegio de Bogotá. **Materiales y Métodos:** Estudio cualitativo, exploratorio, con el desarrollo de grupos de discusión y entrevistas semiestructuradas. Participaron de manera voluntaria un total de 5 educadores y 1 orientador, previo consentimiento informado. Se tuvieron en cuenta los aspectos éticos. **Resultados:** De los participantes, el 66,6 % fueron mujeres y el 33,4 % hombres, edades comprendidas entre los 50-60 años para un 66,7 % y entre los 40-50 años para un 33,3 %. Se presentan los resultados en dos temas: consumo de sustancias psicoactivas y *bullying*. Estos, a su vez, se organizaron por las siguientes categorías: causas, problemáticas, consecuencias, acciones y propuestas, resaltando diez subcategorías que emergieron de las entrevistas y grupos de discusión realizados con los educadores sobre el *bullying* y el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes. **Conclusión:** De acuerdo a la perspectiva de los educadores es indispensable el involucramiento de los padres como parte de la comunidad educativa, así como el trabajo intersectorial e interdisciplinario para el manejo tanto del *bullying* como del consumo de sustancias psicoactivas con el fin de desarrollar en los adolescentes herramientas que permitan afrontar los problemas de manera adecuada y evitar así la búsqueda de otras alternativas que afecten su vida.

* Enfermera. Magíster en Salud Pública. Profesor Departamento de Salud Pública. Universidad del Rosario. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: yenny.barreto@urosario.edu.co.  orcid.org/0000-0002-5881-0693.

** Enfermera. Magíster en Epidemiología y Enfermería. Docente Salud Pública. Universidad del Rosario. Bogotá, Colombia. Autor para correspondencia. Correo electrónico: carolinal.enriquez@urosario.edu.co. Profesor Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: clenriquezg@unal.edu.co.  orcid.org/0000-0002-8065-3452.

*** Médico Interno. Universidad del Rosario. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: julian.pardog@urosario.edu.co.  orcid.org/0000-0002-3743-9637.

**** Médico Interno. Universidad del Rosario. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: mariaa.valero@urosario.edu.co.

 orcid.org/0000-0003-2703-8992.



Palabras clave

Bullying, trastornos relacionados con sustancias, adolescente, educación, educadores (fuente: DeCS).

PERCEPTION OF EDUCATORS ON PSYCHOACTIVE SUBSTANCE USE AND BULLYING IN A SCHOOL IN BOGOTÁ

Abstract

Objective: *Bullying* and the use of psychoactive substances are problems to which adolescents are exposed in schools. The role of educators is paramount for prevention and management in this type of situations. The objective of this study is to describe the teachers' perception of *bullying* and psychoactive substance use in a school in Bogotá. **Materials and Methods:** Qualitative, exploratory study with the development of discussion groups and semi-structured interviews. A total of 5 educators and 1 counselor participated voluntarily previous informed consent. Ethical aspects were taken into account. **Results:** Participants were 66.6% women and 33.4% were men, 66.7% aged between 50-60 years, and 33.3% aged between 40-50 years. Results are presented in two subjects: psychoactive substance use and *bullying* which, in turn, were organized into the following categories: causes, problems, consequences, actions and proposals, highlighting ten (10) subcategories that emerged from interviews and discussion groups held with educators on *bullying* and use of psychoactive substances in adolescents. **Conclusions:** According to the perspective of educators, the involvement of parents, as part of the educational community, as well as intersectoral and interdisciplinary work for the management of both, *bullying* and consumption of psychoactive substances is indispensable to develop tools in adolescents that allow them to face these problems in a proper way thus avoiding seeking other alternatives that affect their lives.

Key words

Bullying, Substance-related disorders, adolescents, education, teachers (source: DeCS).

PERCEPÇÃO DE EDUCADORES SOBRE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E BULLYING EM UMA ESCOLA EM BOGOTÁ

Resumo

Objetivo: O *bullying* e o consumo de substâncias psicoativas são um problema para os adolescentes que estão expostos nos colégios. O rol dos educadores é primordial para prevenir o controle deste tipo de situações, o objetivo do estudo é descrever a percepção dos docentes frente ao *bullying* e o consumo de substâncias psicoativas em um colégio de Bogotá. **Materiais e Métodos:** Estudo qualitativo, exploratório, com o desenvolvimento de grupos de discussão e entrevistas semi-estruturadas. Participaram de maneira voluntária um total de 5 professores e 1 orientador, prévio consentimento informado. Teve-se em conta os aspectos éticos. **Resultados:** Dos participantes, o 66,6 % foram mulheres e o 33,4 % homens, idades compreendidas entre os 50-60 anos para um 66,7 % e entre os 40-50 anos para um 33,3 %. Apresentam-se os resultados em dois temas: consumo de substâncias psicoativas e *bullying*.

Estes, as suas vezes se organizaram pelas seguintes categorias: causas, problemáticas, conseqüências, ações e propostas, ressaltando dez subcategorias que emergiram das entrevistas e grupos de discussão realizados com os educadores sobre o *bullying* e o consumo de substâncias psicoativas em adolescentes.

Conclusão: De acordo à perspectiva dos educadores é indispensável o envolvimento dos pais como parte da comunidade educativa, assim como o trabalho intersectorial e interdisciplinares para controle tanto do *bullying* como do consumo de substâncias psicoativas com o fim de desenvolver nos adolescentes ferramentas que permitam afrontar os problemas de maneira adequada e evitar assim a busca de alternativas que afetem sua vida.

Palavras-chave

Bullying, transtornos relacionados com substâncias, adolescente, educação, educadores (fonte: DeCS).

INTRODUCCIÓN

La adolescencia (12 a 17 años) es la época en la cual el individuo define su identidad, se integra a un grupo social y consolida sus hábitos de vida, por lo que resulta siendo una población especialmente vulnerable y de alto riesgo para el inicio del consumo de sustancias psicoactivas (SPA). Esta conducta implica consecuencias en su vida a nivel individual, familiar y social tales como el fracaso académico, la irresponsabilidad que los pone en riesgo de accidentes, violencia, relaciones sexuales no planificadas e inseguras, el suicidio entre otras (1).

La experimentación con alcohol, tabaco y otras sustancias durante la adolescencia es común entre los 13 y 16 años de edad; sin embargo un grupo de adolescentes generará un patrón regular de consumo, reuniendo criterios para un trastorno por abuso o dependencia de una o más sustancias, con todas las implicaciones desfavorables para el individuo y para la sociedad (2). Uno de los espacios donde más tiempo permanecen los adolescentes es en el colegio (3), lugar en el cual los educadores son líderes y un referente a quién seguir y respetar; es por ello que estos juegan un papel importante en la prevención del consumo de SPA y en la ocurrencia del *bullying*; ya que se involucran en la interacción que llevan los niños y adolescentes con su medio social, por lo que es importante entender cuál es su percepción frente a estas temáticas (4).

Según el último informe mundial de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), publicado en 2017 (5), 250 millones de personas —alrededor del 5 % de la población adulta mundial— consumieron drogas por lo menos una vez en 2015. Asimismo, afirma que el *cannabis* es la droga más consumida en el mundo (6). En la región latinoamericana la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), de la Organización de los Estados Americanos (OEA), en 2015, señaló que entre los adolescentes la droga más consumida fue el *cannabis*: en donde al menos 1 de cada 5, la han consumido (7).

En Colombia, el estudio nacional de 2011 sobre el consumo de SPA en población escolar (8) reporta que el consumo viene en aumento no solo en drogas ilícitas sino también en alcohol y tabaco. La prevalencia de consumo de alcohol en esta población fue del 56,71 % (3). Según este estudio, 24,3 % declararon haber consumido tabaco/cigarrillo alguna vez en la vida. El uso de tabaco aumenta sistemáticamente de acuerdo al grado en el que se encuentra el estudiante, pasando del 4 % de prevalencia en el grado sexto a un 15,4 % en el undécimo grado. Asimismo, un 12,1 % de los estudiantes de Colombia declararon haber consumido al menos una sustancia ilícita o de uso indebido (marihuana, cocaína, bazuco, éxtasis, heroína, alucinógenos, Popper, Dick y solventes) alguna vez en la vida, siendo el *cannabis* la más

común con un 14 % entre los hombres y un 10,3 % en las mujeres; además, un 7 % de los escolares de Colombia declararon haber fumado *cannabis* alguna vez en su vida; es decir 1 de cada 14 escolares (3). En términos generales de cada 2 consumidores de drogas 1 tiene algún problema con el consumo ya sea físico, psíquico, familiar o social con mayor gravedad documentada en los hombres (9). En general se reporta que hay un mayor consumo de tabaco/cigarrillo, alcohol y sustancias ilícitas en colegios privados que públicos.

La violencia es uno de los factores asociados al inicio del consumo de SPA en los adolescentes, un menor que proviene de un hogar disfuncional tiende a reproducir comportamientos agresivos en los colegios y comunidades; de igual manera los adolescentes que sufren acoso escolar son más vulnerables a consumir SPA debido a que se sienten ignorados, excluidos, discriminados, agredidos y en ocasiones sexualmente acosados, lo que los hace más susceptibles (10).

En cuanto al *bullying*, este es un fenómeno que se presenta principalmente en la juventud y se basa en el desequilibrio de poder entre dos personas o más. Se manifiesta como un mecanismo de búsqueda de identidad para aquel que lo practica y sobre la víctima se identifica falta de seguridad y autoconfianza (11). Los efectos del acoso escolar o *bullying* se ven en la autoestima generando frustración, depresión y pérdida de sentido de la vida (12-13). Respecto a los datos epidemiológicos a nivel mundial, según la UNESCO en su reporte *School Violence and Bullying: Global Status Report*, se estima que 246 millones de niños y adolescentes han experimentado violencia escolar y *bullying* en alguna de sus formas (14). En Colombia, de acuerdo al *Boletín Saber en breve* —publicado por el ICFES en 2014—, los datos indican que el tipo de violencia más común es la verbal, seguida de la física y por último la violencia entre relaciones sentimentales; en donde cerca de un tercio de los jóvenes del país afirman ser víctimas de agresión verbal en sus colegios (15). Esta problemática se

ve intensificada, tal como muestra una revisión sistemática de la literatura (16), en lugares con bajo estatus socioeconómico donde este y el *bullying* tienen una asociación significativa: se observó que a menor estatus socioeconómico mayor probabilidad de ser víctima de intimidación escolar con todas las consecuencias que esto conlleva. En este sentido se considera que el ámbito académico representa una agencia socializadora por excelencia y por lo tanto un espacio privilegiado de intervención preventiva dado que confluyen una serie de condiciones tales como el contar con los adolescentes que integran el posible grupo de riesgo y los potenciales consumidores de drogas, la existencia de redes cohesivas e interactivas entre el grupo de iguales, la posibilidad de implicar a la familia en la promoción de hábitos saludables, factores que permiten involucrar al colegio en la tarea de compartir la labor preventiva-educadora y de promoción tanto general como específica de la salud (17).

Un metaanálisis de programas de prevención del abuso de drogas en el contexto escolar realizado en España reporta la necesidad de continuar con este tipo de acciones, con aceptación social e institucional de educación para la salud en materia de SPA como instrumento preventivo junto a otras tendencias; revelando la necesidad de capacitar —no solo de informar— y preparar para afrontar los riesgos a nivel personal, educativo y familiar, así como promover acciones sociocomunitarias como objetivos prioritizados en propuestas preventivas (18).

Por otro lado, un estudio que identifica las representaciones sociales de los educadores frente al consumo de SPA en una escuela de educación básica en Brasil identifica que los adolescentes son sujetos vulnerables que tienen grandes necesidades a nivel personal, familiar, social, económico y psicológico al ser personas que no tienen herramientas para enfrentar estas necesidades. Además, y al encontrarse en una sociedad en la que es más importante el ‘tener’ que el ‘ser’, la falta de estrategias para afrontar esta realidad genera altos

niveles de frustración donde el deseo y la realidad no están relacionados, a lo que tratan de escapar de esta situación consumiendo SPA (19). Es así como los educadores son determinantes para atenuar esta situación en la medida en que participen activamente en la construcción y ejecución de programas y políticas para dar manejo a este problema de salud pública de manera interdisciplinaria e intersectorial. Teniendo en cuenta lo anterior, el presente artículo pretende describir la percepción de los educadores frente al *bullying* y el consumo de SPA en un colegio de Bogotá con el fin de ampliar el entendimiento sobre estas problemáticas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio cualitativo, exploratorio, con el desarrollo de grupos de discusión y entrevistas semiestructuradas como herramientas cualitativas. Este artículo es producto de la primera fase del proyecto de investigación: “Estrategia de promoción de la salud con enfoque de Atención Primaria en Salud para niños y adolescentes en una localidad de Bogotá”; cuyo énfasis general es la investigación acción participación.

La población del estudio estuvo integrada por los docentes y orientadores de secundaria de un colegio público de la localidad de Kennedy, Bogotá, la muestra al ser un estudio cualitativo fue por conveniencia hasta lograr la saturación de los datos (20); participaron de manera voluntaria 5 educadores y 1 orientador, previo consentimiento informado. Como criterios de inclusión se tuvieron en cuenta que fueran educadores u orientadores con permanencia mayor a un año en la institución educativa seleccionada para el estudio. Las entrevistas semiestructuradas y los grupos de discusión se desarrollaron mediante un proceso de debate, reflexión con el fin de lograr una participación activa de la comunidad educativa (21). Estas fueron desarrolladas por estudiantes de décimo semestre de medicina, previamente capacitados para el desarrollo de las mismas y

con supervisión permanente de dos docentes del Departamento de Salud Pública —Grupo de Investigación en Salud Pública— de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad del Rosario.

Durante las sesiones con la comunidad educativa seleccionada los investigadores se constituyeron en observadores participantes, en la que la comunidad es la experta, privilegiando de acuerdo con Guber “el participar para observar” (20). Se realizó una guía de preguntas y diez sesiones de trabajo con distintos grupos de discusión (padres, educadores y alumnos) y dos entrevistas semiestructuradas. El guion de la entrevista tuvo como objetivo identificar las causas, problemáticas, consecuencias, medidas que se han tomado y propuestas para el desarrollo del tema. En total fueron 15 preguntas; todas relativas a la percepción, conocimiento y significados que tienen y adscriben sobre el consumo de SPA y el *bullying* en adolescentes escolarizados. Las entrevistas se realizaron en forma flexible, formulando preguntas que fueron modificadas en función de las respuestas de cada uno de los sujetos. Se pretendió explicar y comprender el fenómeno del consumo y del *bullying* a partir de los significados y las definiciones personales que transmitían los entrevistados hasta la saturación de datos. Se realizaron un total de seis entrevistas y cuatro grupos de discusión. Se hicieron grabaciones y transcripciones. No obstante, en este artículo, únicamente, se presentará la percepción de los educadores.

El análisis de datos se efectuó de forma inductiva e interpretativa, teniendo dos momentos: el primero en campo y el segundo fuera de este. En el primero se intercambiaron los hallazgos y se indagó sobre los temas planteados. En el segundo el equipo investigador extrajo de cada transcripción de las entrevistas los descriptores, se realizó una matriz donde se identificó los temas principales que los educadores percibían como problemas en su colegio, siendo SPA y *bullying* las más mencionadas; por cada uno de estos temas

se categorizaron los resultados de acuerdo al guion propuesto y a los descriptores mencionados, posteriormente en formato Excel se procedió a la codificación de los descriptores; se analizó cada matriz construyendo subcategorías en las que se observó que algunas eran similares en los dos temas, por lo que el equipo investigador volvió al campo a confirmar la información con los participantes y tomo la decisión de integrar estas subcategorías en una sola realizando una nueva subcategorización como se observa en los resultados. Es importante resaltar que una de las limitaciones del estudio fue la voluntad general de participación de los educadores del colegio.

Consideraciones éticas

Según lo establecido en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia se garantizó la privacidad de los sujetos de investigación. Esta investigación es considerada como de riesgo mínimo. Se obtuvo el aval del Comité de Ética de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad del Rosario. Se contó con la autorización del colegio de la localidad de Kennedy y el consentimiento informado de los docentes y el orientador. Los resultados obtenidos fueron presentados en el colegio objeto de análisis del presente estudio.

RESULTADOS

Características de los participantes

El 66,6 % fueron mujeres y el 33,4 % hombres, edades comprendidas entre los 50 y 60 años para un 66,7 % y entre los 40 y 50 años para un 33,3 %; el 67 % son originarios de Bogotá y el 33 % de fuera de ella. En cuanto a la antigüedad en el colegio, todos los participantes llevan más de 10 años laborando allí.

Percepción de educadores frente al consumo de SPA y el bullying en adolescentes

El consumo de SPA es considerado ajeno a ellos, atribuyendo una mayor parte a situaciones familiares y sociales. De acuerdo al análisis se identifica que tienen herramientas para afrontar la situación de consumo que se presenta en el colegio; sin embargo, reconocen que esta es una problemática de difícil manejo. Respecto al *bullying*, los docentes perciben que es una cuestión que ha ido en aumento y consideran que las medidas para enfrentarlo en su mayoría deben comenzar en la familia de los adolescentes. Los resultados que a continuación se presentan, están clasificados en 5 categorías: problemáticas, causas, consecuencias, acciones y propuestas; las cuales incluyen 8 subcategorías (tabla 1).

Tabla 1. Subcategorías de la percepción del educador frente al *bullying* y el consumo de SPA en adolescentes en Bogotá, 2016.

Categorías	Tema 1	Tema 2
	Consumo de SPA	<i>Bullying</i>
Problemáticas	El consumo de SPA es una problemática en los colegios que tienen espacios en los que es difícil establecer un control, las sustancias más prevalentes son marihuana y Dick (un “enemigo oculto” que cargan en las maletas).	Para los educadores el <i>bullying</i> se considera una conducta agresiva que se expresa en intolerancia, falta de respeto, puñaladas y golpes, acoso que puede ocurrir dentro o fuera de la institución educativa; esto es percibido como un problema institucional de las nuevas generaciones de difícil resolución.
Causas	Para los educadores la familia actual tiene problemas como abandono, necesidades económicas insatisfechas, disfuncionalidad, violencia, personas consumidoras y expendedoras de SPA, falta de orientación y acompañamiento que llevan a los adolescentes al consumo de sustancias y conductas de <i>bullying</i> .	Los educadores reconocen que circunstancias como la falta de compromiso, de motivación para realizar un trabajo en equipo con la familia, el hecho de querer experimentar situaciones nuevas, pérdida de valores y copiar patrones que observan en medios de comunicación y en el hogar llevan a que los adolescentes consuman SPA y desarrollen comportamientos de <i>bullying</i> .
Consecuencias	En el ámbito educativo genera bajo rendimiento académico, deserción y evasión; en cuanto a la convivencia riñas, hurto y agresión física e inestabilidad familiar, generando repercusiones en su salud mental.	
Acciones	En el colegio los educadores han programado actividades preventivas con padres y adolescentes, adicionalmente se llevan a cabo acciones de intervención de acuerdo con las normas y protocolos del colegio.	Se han generado redes de apoyo con entidades públicas y privadas que favorecen procesos de prevención e intervención con programas para el <i>bullying</i> y el consumo de SPA.
Propuestas	Desde el colegio se debe trabajar en equipo para el desarrollo de proyectos que faciliten habilidades y competencias en padres e hijos fortaleciendo autoestima, toma de decisiones y medidas institucionales como instalación de cámaras para la vigilancia; a pesar de no contar con la autorización para hacer requisas de acuerdo con la ley.	

Fuente: elaboración propia.

Problemática por consumo de SPA

El consumo de SPA es una problemática en los colegios que tienen espacios donde es difícil establecer un control, las sustancias más prevalentes son marihuana y ‘Dick’ (un “enemigo oculto” que cargan en las maletas).

En el colegio esta problemática es aún mayor debido a que en sus alrededores el consumo es común y de fácil acceso. Al ser la infraestructura del colegio tan grande, facilita el consumo de SPA en los baños y espacios que no son visibles fácilmente para el control por parte de los educadores: “es un colegio muy grande [...] pero tiene una dificultad y es que tiene demasiado laberinto” (Grupo Focal 4, Docente 3, Sede del Colegio A: GF4D3-A).

Por ello se podría establecer que los adolescentes tienen acceso a estas sustancias en diferentes ámbitos cercanos al colegio en los que les venden, aunque es en el colegio donde las consumen: “la mayoría la compra en la calle pero aquí fuman” (GF4D3-A).

El consumo de SPA puede estar relacionado por condiciones de vida y ámbitos escolar, familiar y comunitario en los que el adolescente se desenvuelve. En este sentido la localidad de Kennedy tiene unos núcleos problemáticos, expresados por los educadores como “uno de los problemas más grandes pues ahora los niños están expuestos [...] desde más jovencitos a que les vendan” (GF4D3-A).

Dada la dificultad de control que se presenta en la institución, las SPA de mayor consumo que se han identificado en el colegio son: la marihuana, “hay mucho niño que le dice a uno: Profe ahorita entramos al baño y olía a pura marihuana” (GF8P1-A) y el ‘Dick’, que es señalada de ser de fácil acceso para su consumo dentro de las instalaciones del colegio: “hay un enemigo oculto [...] es el DICK, que ellos cargan en sus maletas, el no poderlos requisar [...] parece que sí, que les han cogido droga en la mano” (GF8P1-A). Este asunto se dificulta por el hecho de no poder controlar el ingreso de estas sustancias al colegio; de igual manera los educadores no tienen el poder de verificar lo que sucede por fuera de este, para ello es necesario el control del problema con la participación de diferentes sectores y autoridades locales.

Problemática bullying

Para los educadores el bullying se considera una conducta agresiva que se expresa en intolerancia, falta de respeto, puñaladas y golpes, acoso que puede ocurrir dentro o fuera de la institución educativa; esto es percibido como un problema institucional de las nuevas generaciones de difícil resolución.

El *bullying*, entendido como problemática, es señalado por los educadores como una conducta natural de los seres humanos. Sin embargo las condiciones de vida, las nuevas formas de relacionarse e interacción generan conductas de agresión, intolerancia y falta de respeto. Esta situación es más prevalente en mujeres que en hombres. “El *bullying* en el colegio se da más a nivel femenino que masculino [...] las niñas sí, ellas son por la una flaca, la otra delgada, la una se hecho pestañina, por los novios” (GF7D4-A). Este problema repercute en conductas peligrosas para la integridad de los estudiantes no solo en los campos mental y emocional, sino también en la integridad física: “un chico agredió a otro con una puñalada” (GF8P1-A); conductas que ocurren tanto dentro como por fuera del colegio: “ellos se ponen citas y en los parques aledaños se encuentran para agredirse” (GF8P1-A). Esta problemática es parte de la convivencia en la comunidad educativa; situación que en esta localidad se potencializa por factores sociales tales como pobreza, desempleo y desplazamiento. “La convivencia que implica agresiones, implica acoso, implica maltrato. Acoso entre los mismos estudiantes” (GF8P1-A).

Causas del bullying y el consumo de SPA

Para los educadores la familia actual tiene problemas como abandono, necesidades económicas insatisfechas, disfuncionalidad, violencia, personas consumidoras y expendedoras de SPA, falta de orientación y acompañamiento que llevan a los adolescentes al consumo de sustancias y conductas de bullying.

Se puede afirmar que ambas situaciones comparten causas en su origen, siendo una de ellas la familia; con problemas tales como el abandono emocional y presencial de los adolescentes, disfuncionalidad del núcleo familiar, falta de educación y orientación por parte de los padres: “los chicos han estado solos y hay abandono emocional, hay necesidades económicas, muchas situaciones y tampoco nadie les ha enseñado a enfrentar problemas” (GF4D3-A).

Las relaciones intrafamiliares tienen repercusiones en el comportamiento del adolescente, ya que cuando a los padres les falta compromiso con su hijo esto se refleja en la falta de interés en el estudio: “papitos que no tienen como las bases para guiar y orientar a esos hijos, entonces ellos como que no ponen los límites y muchos quedan sueltos” (GF7D4-A). Cuando los adolescentes no tienen un soporte familiar adecuado, y por el contrario están en condiciones de violencia intrafamiliar, es más fácil que inicien el consumo de SPA: “el papá y la mamá pelean, para él es un problema gravísimo, para otros pueda que no” (GF4D3-A); “separación de hogares” (GF7D4-A).

Los educadores reconocen que circunstancias como falta de compromiso, motivación para realizar un trabajo en equipo con la familia, pérdida de valores y copiar patrones que observan en medios de comunicación y en el hogar, llevan a que los adolescentes consuman SPA y desarrollen comportamientos de bullying.

Otra de las causas para que se presente el consumo de SPA y el *bullying* es la falta de formación en valores por parte de la familia, mientras que en el colegio la resolución de conflictos y toma de decisiones. Esto, de acuerdo con los educadores, se presenta ante la falta de compromiso y aumento del número de estudiantes por educador. “No saber manejar las diferencias o los conflictos pequeños, los niños los vuelven en problema. Entonces cualquier cosa desde intolerancia, de provocaciones, amenazas, de peleas” (GF4D3-A). Adicionalmente el fácil acceso y la falta de control por parte de los padres en el uso de las tecnologías de la comunicación como la Internet, redes sociales, televisión entre otras hace que los estudiantes adopten conductas inapropiadas con el fin de recibir reconocimiento por parte de otras personas que no necesariamente son del entorno familiar tales como ‘amigos’, compañeros, vecinos. “No, esos son como patrones que copian [...] hace unas generaciones no había eso” (GF6D5-A). Lo anterior, según los educadores, es algo de las nuevas generaciones.

Consecuencias del consumo de SPA y del bullying En el ámbito educativo genera bajo rendimiento académico, deserción y evasión; en cuanto a la convivencia riñas, hurto y agresión física e inestabilidad familiar, generando repercusiones en su salud mental.

Dentro de las principales consecuencias del consumo de SPA está el bajo rendimiento académico y la evasión escolar. El consumo de estas sustancias puede influir en el no ingreso a clases y en que se escondan al interior del mismo colegio. “Esos niños que consumen [...] que presuntamente consumen, evaden muchas clases” (GF8D1-A). Esto hace que se atrasen en las actividades académicas, no cumplan sus obligaciones escolares y sean irrespetuosos con sus educadores y compañeros interviniendo en la tranquilidad y desempeño de los adolescentes no consumidores. “Al niño que se destaca lo empiezan a molestar y empieza a bajar su rendimiento académico por estar con los otros” (GF8P1-A).

Otra de las consecuencias es la agresión física, el consumo de SPA lleva a que los adolescentes incurran en actos violentos donde se ven afectados otros estudiantes del colegio. Esto conlleva a que el ambiente académico sea difícil para el proceso enseñanza-aprendizaje: “genera conflictos entre ellos, riñas, lo que hablábamos, el insulto, los niños no llegan dispuestos a la clase” (GF8D1-A). En este entorno social es común ver situaciones e historias de vida donde los padres descuidan a sus hijos en varios aspectos entre ellos la educación, entregando esta importante carga a los colegios y/o jardines, lo que genera un sentimiento de abandono en los adolescentes; lo anterior desencadena frustración, baja autoestima y confusión estableciendo repercusiones en su salud mental y por lo tanto una búsqueda de aceptación y métodos de liberar el estrés de su situación familiar. “Lo primero que se afecta son sus emociones, en la mayoría de niños [...] de ahí en adelante todo se afecta [...] algunos chicos tienen habilidades resilientes que les permiten pues tolerar, avanzar, contar y pedir ayuda” (GF4D3-A).

Acciones de los educadores frente al consumo de SPA y el bullying

En el colegio los educadores han programado actividades preventivas con padres y adolescentes, adicionalmente se llevan a cabo acciones de intervención de acuerdo con las normas y protocolos del colegio.

En cuanto a las medidas tomadas en la institución se determinan protocolos para la promoción y prevención del consumo de SPA y el *bullying*, el educador es el primer contacto en el colegio puesto que es el que permanece la mayor parte del tiempo con el estudiante y puede facilitar la identificación de aspectos personales y familiares relacionados con estas problemáticas; es así como la primera acción que se realiza es informar a los padres de familia y posteriormente a entidades de protección de niños y adolescentes: “tratamos de comunicarnos con las familias; lo que se hace es pasar a hacer todo el protocolo que establece la ley de notificar a padres de familia, de remisiones al ICBF (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar), a las EPS (Entidad Promotora de Salud), en un proceso de desintoxicación” (GF6D5-A).

En el colegio se efectúan talleres y trabajos con los padres, que apoyan la promoción de valores desde el hogar, complementando esta enseñanza en las aulas de clase. Se trata de incentivar el liderazgo y ejecutar actividades para aumentar su autoestima a través de técnicas visuales en el aula de clase: “adorno del salón (señala un letrero encima del tablero del curso que incluían palabras como respeto, tolerancia, entre otros) yo les digo a ellos que más que adorno es ir interiorizando todo esto” (GF8P1-A); con esto se observa que en las instituciones educativas se producen acciones en pro de la prevención del consumo de SPA y el *bullying*, teniendo en cuenta el marco normativo nacional e internacional: “trabajo la ley de infancia [...] trabajo los derechos humanos, los derechos de los adolescentes, es decir, toda esa parte de convivencia” (GF8P1-A).

Se han generado redes de apoyo con entidades públicas y privadas que favorecen procesos de prevención e intervención con programas para el bullying y consumo de SPA.

Es importante la influencia de las entidades públicas para la prevención e intervención de estas problemáticas, ya que generan un mayor impacto: “vino aquí la policía e hizo unos talleres con los niños pequeños” (GF7D4A); se realizan proyectos a nivel institucional con dirección profesional en los que se incluyen tanto a los estudiantes como a los educadores. ““Conciliadores de paz”, fue un proyecto que se hizo con unos compañeros maestros y seleccionamos niños de diferentes cursos. Vinieron de la Secretaría, nos dieron una capacitación para los niños, y asistimos también los maestros” (GF8P1-A); se identifican problemáticas en la institución y se buscan soluciones: “acá se identifica mucho el conflicto, las amenazas, porque digamos ahorita estamos trabajando mucho con el proyecto Hermes (22) de conciliación y ha disminuido bastante” (GF6D5-A). Estas actividades, en ciertas ocasiones, son inmediatas de acuerdo a la problemática; aunque no hay continuidad en el tiempo por falta de apoyo interinstitucional, del colegio e interés de los educadores.

Propuestas para el consumo de SPA

Desde el colegio se debe trabajar en equipo para el desarrollo de proyectos que faciliten habilidades y competencias en padres e hijos fortaleciendo autoestima, toma de decisiones y medidas institucionales como instalación de cámaras para la vigilancia; a pesar de no contar con la autorización para hacer requisas de acuerdo con la ley.

El acompañamiento constante de los padres y del núcleo familiar es ideal para intervenir y prevenir el consumo, y para ello es importante concientizarlos en el cuidado de los hijos, lo que incluye: compartir, dar afecto, reconocer sus logros

y educar para la vida. El reconocimiento de estos factores puede encaminar a los padres a orientar adecuadamente en sus hijos la toma de decisiones, el manejo del tiempo libre y la responsabilidad consigo mismo. “Porque nos falta un poquito más el trabajo con la familia [...] que ellos tengan esas pautas para guiar a los niños, porque ellos siempre están *dejados*” (GF4D3-A). “Los fines de semana, pensar donde está, donde está su chico en las tardes, pero acá uno les pregunta con quien están en la tarde y están solos y no es tanto la presencia, porque uno entiende que la gente trabaja, es el acompañamiento en los tiempos” (GF6D5-A). Lo que se busca es que los adolescentes puedan encontrar en sus familiares el afecto y el apoyo necesarios para enfrentar el consumo de SPA dado que muchos de ellos centran su atención en suplir las necesidades básicas (tales como alimentación, vivienda, salud, vestido entre otras) y no acuden a las actividades programadas por el colegio frente a estas problemáticas, expresado por los educadores como: “yo diría que un trabajo que es un sueño es un trabajo fuerte entre familia y colegio, pero pues tristemente aquí citamos 200 padres y llegan pocos” (GF4D3-A).

Efectuar talleres con la comunidad educativa, con la participación de diversos sectores como el de la salud e instituciones de protección social, para identificar casos especiales y lograr un impacto positivo para prevenir y tratar el *bullying* y el consumo de SPA a través de la generación de redes de apoyo constantes, trabajo en equipo y desarrollo de proyectos que fortalezcan aspectos de resiliencia, capacidades y habilidades en la toma de decisiones entre otros: “mis intenciones siempre han sido en formar equipos y hemos tratado de hacer proyectos [...] detectar los casos que necesitan mayor atención [...] Nosotros hemos sugerido que algunos cursos que tienen mayor problemática, sean trabajados” (GF8P1-A).

Por otro lado, el reforzar la seguridad en el colegio ayudaría a los educadores a tener un mayor control puesto que se reconoce que existen

debilidades como la infraestructura y las conductas violentas que se han presentado dentro y fuera del establecimiento. “Yo pienso que sí, aquí a nivel interno nos ayudarían mucho las cámaras, siendo un colegio con un espacio abierto tan grande, con tantos sitios donde los chicos se pueden esconder, nos faltarían las cámaras” (GF6D5-A).

DISCUSIÓN

Frente a la problemática del consumo de SPA, la percepción inicial de los educadores es que las sustancias de mayor consumo son el *cannabis* y el ‘Dick’. Esto se sustenta con el estudio de consumo efectuado, en 2013, por el Observatorio de Drogas de Colombia donde el *cannabis* es la sustancia ilícita de mayor consumo en el país y los adolescentes son el segundo mayor grupo consumidor con un porcentaje de 4,3 %; en este estudio, el porcentaje para Bogotá fue de 6,7 % (9). A diferencia del ‘Dick’, que es cloruro de metileno, un solvente que se utiliza para la limpieza de máquinas industriales, perteneciente a la categoría de sustancias inhalables en las que un 0,5 % de la población refiere haberla consumido alguna vez; según el estudio, en Bogotá, el 1,08 % de la población (9). Además, de ello, los educadores aseguran que en los alrededores y en el mismo colegio existen lugares propensos para el consumo de estas sustancias. Este hecho se soporta con datos del “Estudio de consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá”, en 2016, de la Secretaría Distrital de Salud, en el que la localidad de Kennedy se encuentra dentro de las diez localidades con mayor prevalencia de consumo de cualquier sustancia ilícita en el último año; encontrándose estos adolescentes en mayor riesgo dadas las condiciones de vida de estas localidades, por lo que no es responsabilidad directa de los educadores al ser un problema que debe ser regulado por el Estado (23).

En cuanto a la percepción de los educadores con respecto al *bullying*, esta es similar a la definición que presenta la UNICEF: “un acoso el cual es la agresión para ejercer poder sobre otra persona”;

además, lo han explicado como una serie de amenazas físicas o verbales que se repiten en ciclo; es una forma de discriminación (24). Esto puede indicar que los educadores poseen información adecuada sobre el tema y que pueden identificar los casos de *bullying*; sin embargo necesitan herramientas y redes de apoyo para direccionar adecuadamente esta problemática porque ellos mismos reconocen que en los colegios falta compromiso, tiempo y motivación para efectuar un trabajo en equipo. Un estudio reporta que los educadores expresan también confusión e impotencia ante la sensación de exigencia de cumplir con tareas de tipo formativas y participar en programas preventivos, aunque sentida como necesaria e interesante desde el punto de vista profesional viene a aumentar la sensación de sobrecarga y cansancio crónico. No obstante, desean recibir información y preparación que les permita detectar e intervenir en casos de adolescentes que se encuentran en situación de riesgo (25).

Una de las principales causas resaltadas por los educadores para el consumo de SPA y el *bullying* es la problemática familiar; para el World Family Map 2014, un informe internacional de Social Trends Institute, en la estructura familiar colombiana alrededor del 11 % de los adolescentes viven separados de sus dos padres y el 62% vive con ambos padres (26); lo que está generando una disfunción familiar cuyo problema principal es la violencia intrafamiliar, pérdida de valores, abandono, falta de educación en la casa entre otras (13).

Un estudio del *Journal of Experimental Child Psychology* reporta que las personas desde niños imitan conductas, que no discriminan la información que reciben, por lo que no pueden establecer si estas son correctas o indebidas; por lo tanto si ellos están en un entorno donde las experiencias cognitivas incluyen violencia intrafamiliar, consumo de sustancias, es de esperar que la probabilidad de que sigan estas conductas de consumo y acoso sean muy altas en

la adolescencia (27). Los educadores consideran que en la familia se promueve el aprendizaje de conductas violentas en hijos de familias que sufren conflictos familiares, en hogares donde la tolerancia hacia este comportamiento es habitual (13). Durante el 2013, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses reportó 68230 casos de violencia intrafamiliar de los cuales 9708 (14,23 %) hacen referencia a violencia contra niños, niñas y adolescentes; los familiares en primer grado son quienes más los maltratan debido a su cercanía con el menor; y son presuntamente culpables de ocasionar el 71,51 % de las lesiones (28). Situaciones que producen un ambiente propicio para el inicio del consumo de SPA al igual que el desarrollo de conductas violentas en su entorno afectando el rendimiento escolar, la autoestima y aumentando su dependencia del grupo de pares como única fuente de valoración y apoyo (25).

Según la Encuesta Nacional de Juventud de México 2010 (29), y el estudio de Craig et al. (30) sobre el rendimiento académico, existen correlaciones significativas con casi todas las dimensiones de hostigamiento escolar. Estas asociaciones muestran que a mayor presencia de *bullying*, habrá menor rendimiento académico. De igual manera se encontró relación con el desempeño del agresor, indicando que podría presentar un menor rendimiento debido a que con frecuencia los agresores son más impulsivos y presentan problemas de atención (31). De acuerdo a un estudio realizado por la Universidad Militar Nueva Granada, el *bullying* se vuelve más complejo si se observa un consumo de sustancias; el *bullying* incita a la incursión de los menores en conductas delictivas asociadas con el consumo de drogas tales como agresiones, robos, arrestos, pertenecer a una pandilla entre otras (32). Es por ello que se convierte en un factor fundamental el trabajo conjunto entre familia y colegio con el fin de evitar que el *bullying* sea una razón para el consumo de SPA, siendo considerados como problemas de salud pública.

Hoy en día, se han generado estrategias para la contingencia y resolución de estas problemáticas con entidades públicas y privadas que respaldan procesos de prevención e intervención. En Colombia se han desarrollado diversos programas para la prevención frente al consumo de SPA (33). Sin embargo el de mayor cobertura ha sido el programa DARE (Drug Abuse Resistance Education) desarrollado por el Departamento de Policía de Los Ángeles (California) y adaptado a Colombia con énfasis en la preservación de la salud y el bienestar, protección a los derechos fundamentales, convivencia pacífica, desarrollo sostenible y construcción de paz. Asimismo, la Cámara de Comercio de Bogotá realiza un proyecto en los colegios sobre conciliación escolar denominado ‘Hermes’ (22), el cual busca transformar el conflicto escolar y prevenir el matoneo o *bullying* a través de métodos alternativos de solución de conflictos (MASC). Estas estrategias promueven integrar acciones; sin embargo es necesario articular proyectos que se desarrollen en los colegios a partir de las características propias de la población escolar, vinculación de educadores, padres de familia, adolescentes y comunidad en general para que tengan un impacto real en esta población.

En general, es vital el papel de los padres en el manejo de estas problemáticas; tal como lo indica un estudio realizado en México con educadores de colegios públicos en el que consideran que la participación de los padres es beneficiosa para los estudiantes debido a que facilita la formación en valores, actitudes y hábitos que favorecen su integración social y escolar, incrementando el compromiso de los estudiantes con la escuela y el valor que le otorgan al aprendizaje (34). Además, es necesario el trabajo en conjunto entre comunidad y colegio teniendo en cuenta al menos cuatro principios: desarrollar evaluación continua de sus problemáticas; establecimiento de objetivos y metas conjuntas entre estudiantes y comunidad; utilizar programas de prevención en cooperación con universidades, secretarías de educación, ONG;

evaluación de procesos para mejorar el desarrollo de actividades y proponer nuevas intervenciones; por lo tanto es necesario hacer más que acciones educativas o de salud a través de un trabajo intersectorial, donde los adolescentes piensen en sus vidas de manera crítica, generando en ellos un proyecto de vida (19).

CONCLUSIÓN

De acuerdo a la perspectiva de los educadores es indispensable el involucramiento de los padres como parte de la comunidad educativa, así como el trabajo intersectorial e interdisciplinario para el manejo tanto del *bullying* como del consumo de SPA con el fin de desarrollar en los adolescentes herramientas intelectuales y emocionales que permitan afrontar los problemas de manera adecuada, evitando así la búsqueda de otras alternativas que afecten su vida.

Por tanto, el papel de los colegios en esta problemática es el de: brindar apoyo para orientar directrices a los padres para que puedan establecer reglas en el hogar; compartir con sus hijos sentimientos y pensamientos; conocer las amistades; la resolución de conflictos; reforzar cualidades y destacar sus éxitos. Igualmente los educadores deben generar confianza en sus estudiantes para que esto les permita expresar sentimientos y emociones; lo anterior integrado a programas de deportes, artes, apoyo académico, como parte de un proyecto estratégico institucional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. March JC, Prieto MA, Danet A, Suess A, Ruiz P, García N. El consumo de alcohol en la población joven (12-17 años). El punto de vista de los profesionales de la salud. *Aten Primaria*. 2012; 44 (9): 527-531.
2. Muñoz R, Marina J, Grana JL. Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*. 2001; 13 (1): 87-94.
3. Ministerio de Salud. Análisis de la Situación de Salud (ASIS) Colombia. 2016. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2016.pdf>.
4. Yüksel Erdoğan M. Parental attitude and teacher behaviours in predicting school bullying. *Journal of Education and Training Studies*. 2016; 4 (6): 35-43.
5. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Informe Mundial sobre las Drogas 2017. Disponible en: https://www.unodc.org/wdr2017/field/WDR_Booklet1_Exsum_Spanish.pdf.
6. UNODC. World Drug Report. Disponible en: <http://www.unodc.org/wdr2016/>.
7. Organización de los Estados Americanos. Informe sobre uso de drogas en las Américas. Washington: OEA; 2015.
8. Ministerio de Salud y Protección Social. Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/colombia/Documentostecnicos/Estudio_Consumo_Escolares.pdf.
9. Ministerio de Justicia y del Derecho, Ministerio de Salud y Protección Social. Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia. Informe final. Bogotá: Alvi Impresores; 2013.
10. Romani F, Gutiérrez C. Autoreporte de victimización escolar y factores asociados en escolares peruanos de educación secundaria. *Revista Peru. Epidemiol*. 2010; 14 (3): 201-209.
11. Patiño I, Parada N, Vergel, M. Bullying en la Universidad Francisco de Paula Santander [Trabajo de Especialización]. Cúcuta: Universidad Francisco de Paula Santander; 2015.
12. Juvonen J, Graham S. Bullying in Schools: The Power of Bullies and the Plight of Victims. *Annual Review of Psychology*. 2014; 65 (1): 159-185.
13. Vergel M, Martínez J, Zafra S. Factores asociados al bullying en instituciones de educación superior. *Revista Criminalidad*. 2016; 58 (2): 197-208.
14. UNESCO. School violence and bullying – Global status report. Paris: UNESCO; 2017.
15. Ministerio de Educación. ICFES. Competencias ciudadanas: acciones y actitudes ciudadanas. Convivencia y paz: roles de intimidación escolar y tipos de agresión. *Boletín Saber en Breve*. 2016; 2: 1-4.
16. Tippett N, Wolke D. Socioeconomic status and bullying: A meta-analysis. *Am J PublicHealth*. 2014; 104 (6): e48-59.
17. Villa M, Ovejero A, Sirvent C, Rodríguez FJ. Prevención e intervención psicosocial sobre el consumo juvenil de sustancias psicoactivas: comparación de la eficacia preventiva de cuatro programas. *Psychosocial Intervention*. 2005; 14 (2): 189-208.
18. Espada JP, González MT, Orgilés M, Lloret D, Guillén-Riquelme A. Meta-analysis of the effectiveness of school substance abuse prevention programs in Spain. *Psicothema*. 2015; 27: 5-12.
19. Gue Martini J, Furegato ARF. Teachers' social representation on drug use in a secondary school. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2008; 16 (especial): 601-606.
20. Guber R. El salvaje metropolitano: reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo. Buenos Aires: Paidós; 2004.

21. Martí J. La investigación-acción participativa: estructura y fases. Disponible en: <http://www.ugr.es/~erivera/PaginaDocencia/Posgrado/Documentos/InvestigacionColaborativa.pdf>.
22. Cámara de Comercio de Bogotá. Programa HERMES. Disponible en: <http://www.centroarbitrajeconciliacion.com/Servicios/Convivencia-estudiantil/Que-es-el-Programa-Hermes>.
23. Alcaldía Mayor de Bogotá. Estudio de consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá, D.C. 2016. Informe Final. Disponible en: <file:///G:/usb%20kigston/URosario%202017/X%20semestre/INVESTIGACIÓN/Artículo/Estudio-consumo-sustancias-psicoactivas-bogota-2016>.
24. Ministerio de Educación Pública de Costa Rica. UNICEF. Protocolo de actuación en situaciones de bullying. San José: UNICEF; 2015.
25. Magaña Frade I, Meschi Montaldo A. Percepciones, funciones y significados del consumo de drogas en jóvenes escolares del sector Oriente de Santiago Revista de Psicología. 2002; XI (2): 125-140.
26. Social Trends Institute. World Family Map 2014. Disponible en: <http://worldfamilymap.org/2014/wp-content/uploads/2014/09/WorldFamilyMapESP.pdf>.
27. Wood LA, Harrison RA, Lucas AJ, McGuigan N, Burdett ER, Whiten A. “Model age-based” and “copy when uncertain” biases in children’s social learning of a novel task. *J Exp Child Psychol*. 2016; 150: 272-84.
28. Hernández Cardozo HW. Comportamiento de la violencia intrafamiliar, Colombia, 2013. *Forensis. Datos para la vida*. 2014; 15 (1): 333-420.
29. Instituto Mexicano de la Juventud. Encuesta Nacional de la Juventud 2010. Disponible en: http://www.imjuventud.gob.mx/pagina.php?pag_id=137.
30. Craig W, Harel-Fisch Y, Fogel Grinvald H, Dostaler S, Hetland J, Simons Morton B, Molcho M, de Mato MG, Overpeck M, Due P, Pickett W. A cross-national profile of bullying and victimization among adolescents in 40 countries. *International Journal of Public Health*. 2009; 54: 216-224.
31. Ramírez Y. Prevalencia y manifestación del fenómeno de la intimidación escolar-bullying en las instituciones educativas oficiales y privadas de la ciudad de Medellín, como una estrategia de prevención y promoción de la salud pública. Medellín: Universidad de Antioquia; 2010.
32. Ortega MY. Responsabilidades de los padres, profesores y autoridades en la prevención del consumo de sustancias psicoactivas en niños, niñas y adolescentes. Bogotá: Universidad Militar Nueva Granada; 2016.
33. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Nacional para la Promoción de la Salud, la Prevención, y la Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas, 2014-2021. Disponible en: <https://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/politica-consumo/OD1012014-plan-nacional-prevencion-consumo-sustancias-psicoactivas.pdf>.
34. Valdés AA, Sánchez PA. Las creencias de los docentes acerca de la participación familiar en la educación. *REDIE*. 2016; 18 (2): 105-115.

DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE ESCALA MULTIMODAL PARA RESULTADOS DE TRATAMIENTO EN TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS

Luis Fernando Giraldo Ferrer*
Juan David Velásquez Tirado**
Lucelly López López***
Andrés Felipe Tirado Otálvaro****
Juan Carlos Restrepo Medrano*****

Recibido en julio 20 de 2017, aceptado en agosto 23 de 2017

Citar este artículo así:

Giraldo Ferrer LF, Velásquez Tirado JD., López López L., Tirado Otálvaro AF, Restrepo Medrano JC. Desarrollo y validación de escala multimodal para resultados de tratamiento en trastornos por uso de sustancias. *Hacia Promoc. Salud.* 2018; 23 (1): 71-87. DOI: 10.17151/hpsal.2018.23.1.6

Resumen

Objetivo: Describir el proceso de desarrollo y validación de un instrumento creado para la evaluación de los resultados de tratamiento en los trastornos por uso de sustancias. **Materiales y métodos:** Este fue llevado a cabo en tres fases. Fase 1: revisión de la literatura en las principales bases de datos de ciencias de la salud sobre escalas o instrumentos para evaluación de resultados de tratamiento en trastornos por uso de sustancias. Fase 2: desarrollo de un instrumento *de novo* y validación por expertos mediante técnica Delphi modificada a 2 fases. Fase 3: estudio de validación clínica en el que participaron 100 usuarios de una institución pública. **Resultados:** La escala de evaluación de tratamiento multimodal (EETM) obtuvo, luego de su análisis de contenido, unos resultados apropiados en términos de pertinencia y relevancia; adicionalmente mostró coeficientes de alpha de Cronbach entre 0,799 y 0,963 y similitudes entre los resultados del evaluador y el paciente. **Conclusiones:** Se concluye que la EETM demostró ser un instrumento válido para la evaluación de los resultados de tratamiento en instituciones con intervenciones integrales en los trastornos por uso de sustancias y durante el período de internamiento.

* Médico, Psiquiatra. ESE Hospital CARISMA. Grupo de Investigación Psiquiatría de Enlace, Medellín, Colombia. Autor para correspondencia. Correo electrónico: luisgiraldoferre@yahoo.com.  orcid.org/0000-0002-9329-8015.

** Médico, Psiquiatra de Enlace. Universidad Pontificia Bolivariana, Escuela Ciencias de la Salud, Grupo de Investigación Psiquiatría de Enlace, Medellín, Colombia. Correo electrónico: juan.velasquez@upb.edu.co.  orcid.org/0000-0002-4638-2927.

*** Gerente en Sistemas de Información en Salud, Especialista en Estadística. Universidad Pontificia Bolivariana, Escuela Ciencias de la Salud, Grupo de Investigación Salud Pública, Medellín, Colombia. Correo electrónico: lucelly.lopez@upb.edu.co.  orcid.org/0000-0002-1534-520X.

**** Enfermero, Magíster en Epidemiología. Universidad Pontificia Bolivariana, Escuela Ciencias de la Salud, Grupo de Investigación en Cuidado, Medellín, Colombia. Correo electrónico: felipe.tirado@upb.edu.co.  orcid.org/0000-0001-9010-1494.

***** Enfermero, Ph.D. en salud Pública. Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería, Grupo de Investigación en Emergencias y Desastres, Medellín, Colombia. Correo electrónico: juanrestrepo8@gmail.com.  orcid.org/0000-0001-9750-5467.



Palabras clave

Trastornos relacionados con sustancias, resultado del tratamiento, evaluación de resultado (atención de salud), psicometría, evaluación de programas y proyectos de salud (*Fuente: DeCS*).

DEVELOPMENT AND VALIDATION OF MULTIMODAL SCALE FOR RESULTS OF TREATMENT IN DISORDERS CAUSED BY SUBSTANCE USE

Abstract

Objective: to describe the process of development and validation of an instrument created for the evaluation of treatment results in disorders caused by substance use. **Materials and methods:** The study was carried out in three phases. Phase 1: review of the literature in the main health science databases about scales or instruments for evaluation of treatment results in disorders caused by substance use; Phase 2: de novo instrument development and validation by experts using a modified 2-phase Delphi technique; Phase 3: clinical validation study involving 100 users of a public institution. **Results:** The “Escala de evaluación de tratamiento multimodal” (EETM), after its content analysis, obtained appropriate results in terms of pertinence and relevance. Additionally, it showed Cronbach’s Alpha coefficients between 0.799 and 0.963 and similarities between the evaluator and the patient results. **Conclusions:** It was concluded that the EETM proved to be a valid instrument for the evaluation of treatment results in institutions with comprehensive interventions in disorders caused by substance use and during the admission period.

Key words

Substance-related disorders, treatment result, result assessment (health care), psychometrics, health programs and projects evaluation (*Source: MeSH*).

DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE ESCADA MULTIMODAL PARA RESULTADOS DE TRATAMENTO EM TRASTORNOS POR USO DE SUBSTÂNCIAS

Resumo

Objetivo: Descrever o processo de desenvolvimento e validação de um instrumento criado para a avaliação dos resultados de tratamento nos transtornos por uso de substâncias. **Materiais e métodos:** Este foi levado a cabo em três fases. Fase 1: revisão da literatura nas principais bases de dados de ciências da saúde sobre escadas ou instrumentos para avaliação de resultados de tratamento em transtornos por uso de substâncias. Fase 2: desenvolvimento de um instrumento de novo e validação por expertos mediante técnica Delphi modificada a 2 fases. Fase 3: estudo de validação clínica no que participaram 100 usuários de uma instituição pública. **Resultados:** A escada de avaliação de tratamento multimodal (EETM) obteve, logo de sua análise de conteúdo, uns resultados apropriados em termos de pertinência e relevância; adicionalmente mostrou coeficientes de alpha de Cronbach entre 0,799 e 0,963 e similitudes entre os resultados

do a avaliador e o paciente. **Conclusões:** Conclui se que a EETM demonstrou ser um instrumento válido para a avaliação dos resultados de tratamento em instituições com intervenções integrais nos transtornos por uso de substâncias e durante o período de internamento.

Palavras chave

Transtornos relacionados com substâncias, resultado do tratamento, avaliação de resultado (atenção de saúde), psicometria, avaliação de programas e projetos de saúde (*Fonte: DeCS*).

INTRODUCCIÓN

Los trastornos por uso de sustancias (TUS), representan un problema de salud pública a nivel mundial (1). Están asociados con alteraciones de salud física y mental, aumento en la demanda de servicios de salud, altos índices de incapacidad escolar y laboral, fenómenos delictivos y propagación de epidemias como el VIH y la hepatitis B y C (2-4).

Los tratamientos disponibles para los trastornos por uso de drogas y alcohol han demostrado que funcionan (5). Sin embargo, no todos tienen igual efectividad. Las intervenciones terapéuticas pueden realizarse en diferentes modalidades: hospitalización, hospital día, ambulatorio, comunidad terapéutica, programa de mantenimiento con metadona; así como estrategias de reducción de daño que dependen de la severidad del TUS, las condiciones sociodemográficas y clínicas que se quieran intervenir y la disponibilidad local de centros y servicios. En cuanto a los modelos de intervención estos pueden ser variados, y con frecuencia mezclados, e incluyen entre otros: los programas de 12 pasos, la terapia cognitivo-conductual, la convivencial-conductual, la teoterapia, el modelo matrix y los tratamientos farmacológicos (6).

La evaluación de la efectividad de los tratamientos para los TUS ha sido una preocupación reciente en nuestro medio; no solo para los sistemas de

aseguramiento, sino también para el personal de salud y la propia comunidad. Tanto el Estado como los prestadores de salud requieren herramientas que permitan evaluar la relación costo-beneficio en los tratamientos de las adicciones con miras a definir políticas para su atención, orientar recursos, reglamentar el sector, definir características y logros mínimos y acreditar instituciones como prestadoras de estos servicios (7).

El Plan de Acción en Salud Mental para Europa aprobado en la *European Ministerial Conference on Mental Health* (WHO), en 2005, contempla en su área de acción número 12 la necesidad de “evaluar la efectividad y generar nueva evidencia”; acción imposible de emprender, si no disponemos de los instrumentos de evaluación adecuados (8).

Hoy en día, los TUS se ubican dentro de un grupo de trastornos crónicos y complejos (9). Esto implica que, al momento de hacer la evaluación inicial de los pacientes y de medir los resultados del tratamiento, se debe considerar no solo el consumo de sustancias sino también las características y magnitud de los problemas relacionados; es decir que los instrumentos utilizados para evaluar deben reflejar lo que se ha llamado el concepto biaxial de las adicciones (10-12), el cual debe ser tenido en cuenta de manera adicional a la hora de diseñar tratamientos más eficaces (13).

Según la literatura científica, un resultado de tratamiento en adicciones se define como la modificación de una conducta o condición a

través de una intervención determinada (5). Los resultados de tratamiento en el caso de los TUS suelen incluir abstinencia o disminución del consumo, disminución de la criminalidad, mejoría de la salud física y de las habilidades sociales entre otras; y pueden ser medidos al inicio, durante el tratamiento, al final de este y/o en uno o más momentos del seguimiento (14). Dependiendo de las oportunidades de tratamiento, la variabilidad de los equipos de profesionales, la capacidad locativa y los recursos financieros disponibles (15).

Para evaluar un tratamiento de drogodependencia, es preciso tener en cuenta tres áreas fundamentales:

(i) descripción del paciente: la cual deberá contemplar aspectos tales como condición de salud, características psicológicas, psiquiátricas y familiares, nivel de integración social y relación con la justicia.

(ii) Descripción del tratamiento/servicio: composición del equipo, número de horas disponibles para cada profesional, recursos locativos, equipamientos, al igual que la descripción del proceso terapéutico.

(iii) Indicadores de éxito del proceso: adherencia al tratamiento y uso de intervenciones complementarias, así como indicadores de éxito del resultado (consecuencias físicas, psicológicas y sociales del consumo y competencias psicológicas y sociales que favorezcan la integración a diferentes redes sociales) (15).

A los tratamientos tradicionales en TUS con evidencia clínica de efectividad como son la entrevista motivacional, las intervenciones cognitivo-conductuales para la prevención de recaída, la adquisición de habilidades sociales y manejo de emociones, se han incorporado nuevas

intervenciones que acumulan evidencia empírica de efectividad (16). Estos nuevos elementos dentro del tratamiento no aparecen adecuadamente reflejados en las escalas existentes y muchas de estas intervenciones no cuentan con la evaluación de efectividad dentro de un programa integral. De allí surge que se requieran instrumentos que permitan evaluar los cambios durante la intervención; en los cuales se plasmen objetivos específicos, limitados en el tiempo, alcanzables durante el tratamiento, realistas y medibles. Además, es importante que los nuevos instrumentos se ajusten a un proceso de validación metodológicamente riguroso.

Se considera como los tratamientos de elección para las adicciones, a los programas multicomponentes o terapias multimodales realizadas por equipos interdisciplinarios. Estas tienen su origen en el conductismo y se entienden bajo la premisa de Arnold Lazarus de que para que una terapia sea eficaz debe incluir todas las técnicas empíricamente probadas independientemente de su origen, además de adaptar el tratamiento a las características de cada individuo (17).

Se realizó una revisión de la literatura reciente con el fin de definir los ítems a incluir en un nuevo instrumento de medida de resultados de tratamiento (18). En esta se identificaron 21 estudios de validación de instrumentos, de los cuales solo 5 cumplían con criterios para ser estudios para validar escalas de tratamiento: 3 fueron desarrollados en Australia —Australia *Treatment, Outcome Profile* (ATOS) (19), *Alcohol, Treatment Outcome Profile* (ATOM) (20), *Brief Treatment Outcome Measure* (BTOM) (21)— 1 en Nueva Zelanda —*Metadone Treatment Index* (MTI) (22)— y 1 en Suecia —*Outcome Questionnaire* (OQ45) (23)—. Los ítems evaluados en los diferentes estudios se muestran en la tabla 1.

Tabla 1. Ítems evaluados en los estudios revisados.

Título del artículo	Año	Instrumento utilizado	Variables que evalúa
“Validation and implementation of the Australian Treatment Outcomes Profile in specialist drug and alcohol settings” (19).	2013	<i>Australia, treatment, outcome profile</i> (ATOS).	Uso de sustancias, cantidad y frecuencia, uso de drogas intravenosas, salud física, salud mental, calidad de vida, alojamiento, empleo, estudio, arrestos, violencia, cuidado de los hijos.
“The Alcohol Treatment Outcome Measure (ATOM): A new clinical tool for standardizing outcome measurement for alcohol treatment” (20).	2009	<i>Alcohol Treatment Outcome Measure</i> (ATOM).	Uso de sustancias, relaciones, aspectos económicos, crimen, salud física y psicológica.
“Development and validation of a brief instrument for routine outcome monitoring in opioid maintenance pharmacotherapy services: The brief treatment outcome measure (BTOM)” (21).	2005	<i>Brief Treatment Outcome Measure</i> (BTOM).	Severidad de la dependencia, riesgo de exposición al virus de transmisión sanguínea, consumo de drogas (alcohol, heroína y otros opiáceos ilícitos, cannabis, cocaína, anfetaminas, tranquilizantes y tabaco), la salud/funcionamiento psicológico y el funcionamiento social. Contiene 32 ítems, en 6 escalas más 5 dominios.
“Development of a brief treatment instrument for routine clinical use with methadone maintenance treatment clients: The methadone treatment index” (22).	2008	<i>Methadone Treatment Index</i> (MTI).	Funcionamiento social y conductual, salud física y mental en pacientes con uso reciente de sustancias.
“The Swedish version of the Outcome Questionnaire (OQ-45)” (23).	2010	OQ-45	Reducción de los síntomas y funcionamiento social. Tres dimensiones generales: problemas intraindividuales (síntomas angustiantes-SD), problemas en las relaciones con otros (relaciones interpersonales-IR) y problemas que el individuo tiene con la sociedad que lo rodea (rol social-SR).

Fuente: elaboración propia.

En la ciudad de Medellín (Colombia) existe una institución de orden público, la ESE Hospital CARISMA; institución que basa su intervención, para el tratamiento de los problemas relacionados con sustancias, en un modelo médico-psicológico y social (24). Este modelo se realiza en cuatro fases: las dos primeras se llevan a cabo durante un internamiento de 30 días, “desintoxicación” (10 días) y “deshabitación” (20 días); la tercera fase se le llama “reinserción” (30 días en hospital de día) y la cuarta de “seguimiento” (2 años) realizada sobre la base de intervenciones ambulatorias. El modelo de

tratamiento está sustentado sobre varios pilares: el tratamiento farmacológico específico de las adicciones y de la comorbilidad psiquiátrica; la intervención cognitivo-conductual basada en el modelo de prevención de recaída con inclusión de formación en habilidades sociales, manejo de emociones y manejo de la ansiedad de consumo; la intervención de familia; terapia ocupacional, actividad física, elementos convivenciales de comunidad y tratamiento de la comorbilidad médica. Este tratamiento es realizado por un equipo interdisciplinario complejo con personal del área médica, psicosocial y operadores calificados (25).

Esta institución y la Universidad Pontificia Bolivariana se interesaron en desarrollar y validar un instrumento de medida que permitiera evaluar los logros de los pacientes durante la fase inicial del programa (desintoxicación, deshabituación y reinserción). Esta primera fase tiene una duración de 60 días (30 días iniciales de internamiento y 30 días en hospital de día), en la cual la intervención es intensiva. Para el seguimiento se dispone de otro instrumento pendiente de validar.

Considerando las características descritas se planteó como objetivo principal de este estudio el desarrollo y la validación de un instrumento de medida enfocado a evaluar grupos de intervenciones basados en la evidencia. Este artículo tiene como objetivo describir el proceso de desarrollo y validación de dicho instrumento para evaluar los resultados del tratamiento en los TUS, además de mostrar sus resultados de validación.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de validación de un instrumento para la evaluación de resultados de tratamiento en trastornos relacionados con sustancias (drogas y alcohol). Para este estudio se llevaron a cabo tres fases.

Fase 1: en esta etapa se realizó una revisión de los artículos publicados en la literatura científica que abordaran el tema de escalas y/o instrumentos de medida para la evaluación de los resultados de tratamiento para TUS (18).

Fase 2: a partir de la revisión de las escalas e instrumentos existentes y el análisis de los mismos se desarrolló un instrumento *de novo* que permitiera evaluar tratamientos en trastornos por uso de sustancias. De los estudios analizados se extrajeron los ítems que se ajustaban al objetivo del instrumento y a las condiciones clínicas y culturales de los pacientes que se atienden en la institución; a través de estos se construyeron

las preguntas por parte del equipo investigador y se formularon diferentes opciones de respuesta; para la valoración física y sintomática se usaron respuestas dicotómicas, mientras que para las que incluían percepciones en el ámbito psicosocial se utilizaron respuestas en una escala de Likert.

Las preguntas incluidas en el cuestionario inicial fueron construidas y revisadas por el equipo de investigación en pleno, en su forma y contenido; cuando se presentaron diferencias entre los investigadores, en estos aspectos, se analizó de manera específica cada caso y se dirimió el tema por consenso. A partir de esta construcción se desarrolló un instrumento con 117 preguntas agrupadas en 10 dimensiones en las diferentes áreas de tratamiento (física, mental, sociofamiliar y ocupacional).

El cuestionario se creó con el objetivo de ser una herramienta de fácil utilización para el personal asistencial que labore en un centro de atención a drogodependientes (CAD) con un modelo de intervención integral (médico, psicológico, ocupacional y social).

Una vez construido el instrumento se procedió a contactar un grupo de 10 expertos en el tema de drogodependencia, con reconocimiento nacional e internacional y amplia experiencia clínica e investigativa en esta área, quienes debían evaluar el cuestionario y determinar si este respondía al constructo “evaluación de los tratamientos en trastornos por uso de sustancias”; verificando la claridad y consistencia de cada pregunta. Luego de establecer contacto con el grupo seleccionado por vía telefónica y/o virtual se pudo obtener el consentimiento informado y el compromiso para participar en el estudio por parte de ocho de ellos. El equipo coordinador fue el encargado de seleccionar el grupo de evaluación, el cual fue constituido considerando criterios de heterogeneidad en cuanto a: profesión, edad, género y región del país en la que laboran.

Los expertos valoraron de manera anónima e independiente entre ellos la pertinencia y relevancia de cada dimensión por medio de la técnica Delphi modificada (26-28), a dos rondas, para obtener así el valor del índice de validez de contenido (CVI). Dicho proceso se realizó de manera anónima e independiente por cada uno de los expertos contactados, a quienes se les indicó previamente que podían hacer cualquier sugerencia o modificación a las preguntas enviadas o incluir nuevos cuestionamientos en caso de que los consideraran necesarios.

Al grupo de expertos, se le pidió que valorara las siguientes dimensiones:

Presencia de síndrome de abstinencia: entendido como el cuadro físico y psicológico que se presenta cuando una persona con dependencia de una sustancia deja de consumirla o disminuye su consumo. Este comprende cambios neurovegetativos, cognoscitivos y conductuales que son específicos de cada sustancia consumida. Se presentan en un período de tiempo cercano a la suspensión del consumo.

Síntomas psicopatológicos: se refiere a la presencia de síntomas y/o signos que afectan el estado mental y que el paciente expresa durante la entrevista o que son observados directamente por el evaluador.

Relaciones familiares: se refiere a las interacciones que se dan al interior de la familia y que definen el tipo de relación entre sus miembros en cuanto a la comunicación, los límites, la afectividad y la autoridad.

Estado de salud física: se define como la presencia o ausencia de síntomas sugestivos de enfermedad o trastorno físico a través del interrogatorio al paciente.

Hábitos de salud e higiene: son las conductas habituales acordes con un estilo de vida que promueve la salud y la higiene, son estables en

el tiempo y facilitan la convivencia. Se evalúa por observación directa del profesional tratante y/o por otras fuentes de información (personal de enfermería, familiar).

Proyecto de vida: se define como el esquema o plan de trabajo para la propia vida. Parte de un estado de expectativas, recursos en su ambiente y del deseo individual para llevarlo a la acción. Cuenta con delimitación en el tiempo y está orientado a la elección de un estilo de vida que incluya lo vocacional y lo personal.

Motivación al cambio: se refiere al estadio en el que el paciente se encuentra dentro del proceso de cambio, de acuerdo al modelo transteórico de Prochaska y Diclemente (29).

Habilidades ocupacionales: se entienden como un conjunto de características actitudinales y de destrezas que permiten un desempeño adecuado en determinadas tareas.

Estrategias de prevención de recaída: es el aprendizaje de técnicas que permiten afrontar con éxito situaciones, pensamientos y/o estados emocionales que pueden llevar nuevamente al consumo.

Habilidades sociales y manejo de emociones: las habilidades sociales son un conjunto de conductas aprendidas que se manifiestan en situaciones interpersonales, socialmente aceptadas y orientadas a la obtención de reforzamientos ambientales. El manejo de las emociones se refiere a la habilidad de reconocer los significados de las emociones y de razonar y manejar las conductas originadas en estas.

El grupo de expertos realizó la evaluación en la primera ronda y envió los resultados de la valoración sobre la pertinencia y relevancia de cada una de las 10 dimensiones. Posteriormente el equipo coordinador efectuó las modificaciones que consideraron pertinentes partiendo de la discusión de los comentarios realizados, la revisión

bibliográfica y las sugerencias de expertos temáticos en cada una de las dimensiones propuestas para su evaluación.

Una vez se llegó al consenso sobre las 10 dimensiones y se definieron los ítems que dieran respuesta a cada una de ellas y la manera de puntuarlos, se envió nuevamente el cuestionario a los expertos para que evaluaran la pertinencia y relevancia del instrumento completo. Después de recibir los comentarios y sugerencias del grupo de expertos, el equipo de investigación se reunió una vez más para consolidar la información y ajustar el cuestionario para obtener la versión definitiva del mismo.

La validez de contenido se determinó a través de la prueba de expertos descrita por Polit (26), la cual considera dos criterios: pertinencia (existe correspondencia y coherencia entre el ítem y la dimensión a la que pertenece) y relevancia (la importancia del ítem según la dimensión a la que pertenece).

Luego de la evaluación del instrumento por parte de los expertos se midió la validez de contenido para cada ítem del instrumento, la validez de contenido individual para cada experto y la validez de contenido general del instrumento por medio de las fórmulas establecidas en la literatura científica (30).

Un CVI, en cualquiera de los tres apartados anteriores, mayor o igual a 0,80, se consideró indicativo de validez de contenido elevado; mientras que el valor mínimo exigido fue de 0,62 según Lawshe (31).

A continuación, se describe el desarrollo de la fase 3 del estudio en la que se midió la validación del instrumento.

Población y muestra

Se consideró como población a todos los pacientes de la ESE Hospital CARISMA que ingresaron a tratamiento para drogodependencia.

La muestra necesaria para la validación fue de 500 personas. Sin embargo, por problemas de contratación de la ESE con prestadores de servicios de salud debido a dificultades del sistema de seguridad social de Colombia, solo se pudo tener acceso a 100 pacientes durante el tiempo de duración del estudio. Los criterios de elegibilidad fueron los siguientes: ser mayores de edad sin importar el sexo; ingresar al servicio de hospitalización total con el objetivo de recibir el tratamiento establecido para su diagnóstico; tener diagnóstico clínico por médico psiquiatra o toxicólogo de TUS para cocaína, THC, heroína, bazuco, tabaco o alcohol (independientemente de la severidad y el estado de motivación al cambio en que estuviera y los tratamientos recibidos); se excluyeron pacientes con psicosis en fase aguda y pacientes con discapacidad intelectual moderada o severa.

Instrumento de estudio

El índice de medida denominado “Escala de evaluación de tratamiento multimodal” (EETM) es un instrumento *de novo* desarrollado en la fase 2, de lápiz y papel, diseñado para valorar y evaluar los resultados de tratamientos en los TUS durante el proceso de internamiento breve en instituciones de modelo médico biopsicosocial.

El índice se compone de 10 dimensiones, cada una de ellas con diferentes preguntas de calificación, las cuales fueron valoradas durante la entrevista clínica de la siguiente forma: presencia de síndrome de abstinencia (un ítem que evalúa la presencia o ausencia del síndrome de abstinencia); síntomas psicóticos (14 ítems relacionados con la presencia o ausencia de dichos síntomas, 15 días previos al ingreso a la institución); relaciones familiares (un ítem que califica dichas relaciones en una escala de Likert, 15 días previos al ingreso a la institución); estado de salud (23 ítems relacionados con la presencia o ausencia de síntomas físicos, al momento de la evaluación); hábitos de salud e higiene (4 ítems relacionados con la presencia o ausencia de dichos hábitos, 15 días previos al

ingreso a la institución); proyecto de vida (9 ítems con relación a las afirmaciones presentadas por el paciente en una escala de Likert); motivación al cambio (1 ítem que puntúa en escala de 1 a 11, la motivación al cambio de acuerdo con la situación con la que más se identifique el paciente); habilidad ocupacional (10 ítems sobre el grado de acuerdo del paciente con relación a las afirmaciones presentadas en una escala de Likert); estrategias de prevención (12 ítems que niegan o afirman dichas estrategias, al momento de la evaluación); habilidades sociales (28 ítems en una escala de Likert sobre la frecuencia con la que el paciente presenta alguna de las situaciones expuestas, 15 días previos al ingreso a la institución).

Cuando se puntúa cada una de las preguntas, las dimensiones generan una puntuación total que se encuentra entre 0 y 187 puntos; cuánto más alta sea la puntuación, peores condiciones tendrá el paciente y viceversa. Por tanto, al medir las 10 dimensiones, la escala EETM genera puntuaciones cuya magnitud puede describir la condición del paciente al momento de la evaluación.

La puntuación para cada dimensión se obtuvo de la sumatoria de sus ítems: en el caso de las preguntas dicotómicas, cuando el ítem evaluaba aspectos negativos (irritabilidad), se asignó 1 a la presencia de síntomas; mientras que si evaluaban aspectos positivos (interés por el autocuidado), se asignó 1 a la ausencia de dicho ítem; en los demás casos se asignó 0 (cero). Para los ítems evaluados en una escala de Likert, se usaron puntuaciones de 1 a 5; siendo 5 la peor condición y 1 la mejor.

Para el cálculo del *score* total se consideraron pesos porcentuales para cada una de las dimensiones de la siguiente manera: síndrome de abstinencia, 10 %; síntomas psicopatológicos, 15 %; relaciones familiares, 10 %; salud física, 10 %; hábitos de salud, 5 %; proyecto de vida, 10 %; motivación al cambio, 15 %; habilidades ocupacionales, 10 %; estrategias de prevención de recaídas, 15 % y habilidad social, 5 %.

Trabajo de campo

La recolección de la información se desarrolló entre febrero y noviembre de 2015; y se llevó a cabo únicamente al inicio del tratamiento por profesionales vinculados a la institución. Después de obtener el consentimiento informado por parte de los pacientes (dentro de los primeros diez días de tratamiento hospitalario) los profesionales se reunieron con cada paciente de manera individual y evaluaron los componentes de la dimensión que les correspondía según su profesión, la percepción del paciente sobre cada dimensión, así como los aspectos clínicos y demográficos.

Las dimensiones fueron evaluadas por cada profesional, así: psiquiatría (síntomas psicopatológicos y habilidades de autocuidado); médico especialista en farmacodependencia (síndrome de abstinencia, motivación al cambio, síntomas físicos y estrategias de prevención de recaídas); psicología (proyecto de vida, manejo de emociones y habilidades sociales); trabajo social (relaciones familiares); terapia ocupacional (habilidades ocupacionales).

Análisis de los datos

Los datos fueron almacenados en Excel en una base de datos con validaciones de campos. Posterior a ello se exportó para su análisis en Statistics IBM versión 22, licencia amparada por la Universidad Pontificia Bolivariana.

Se llevó a cabo un análisis descriptivo de las variables incluidas en el estudio. Para las variables cuantitativas se calculó el promedio, desviación estándar, mediana y rango intercuartílico (RIC), dependiendo de la distribución de los datos. Para las variables cualitativas se calcularon frecuencias absolutas y relativas.

Se sumaron las respuestas de cada ítem para obtener el *score* de cada dimensión y el *score* global.

Para evaluar la fiabilidad de cada dimensión se calculó el alpha de Cronbach (para cada dimensión y global) y se realizó un análisis de correlaciones de cada dimensión con el *score* global, excluyendo cada dimensión (índice de correlación corregida).

Las comparaciones entre evaluador y paciente se realizaron por medio de pruebas t de Student o U de Mann-Whitney; dependiendo de la distribución de los datos, las comparaciones para las variables cualitativas se realizaron por medio de una prueba de Chi cuadrado de independencia. Se utilizó un nivel de significación estadística de 0,05.

Aspectos éticos

Investigación de riesgo mínimo, según lo estipulado en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia. Se obtuvo consentimiento informado escrito por parte de todos los participantes en el estudio y se tuvo aval por parte del Comité de Ética de Investigación de la Universidad Pontificia Bolivariana y la ESE Hospital CARISMA.

RESULTADOS

El grupo de expertos seleccionado estuvo conformado por cuatro médicos psiquiatras con experiencia entre 15 y 23 años, dos de los cuales tenían maestría (uno en psicología clínica y terapia de familia y el otro en conductas adictivas); un médico con una maestría en drogodependencia y un doctorado en psicología social con 22 años de experiencia; dos toxicólogos, uno de ellos con maestría en epidemiología y 8 años de experiencia y el otro con 25 años de experiencia; y una psicóloga con maestría en psicología clínica con 15 años de experiencia profesional; todos vinculados como trabajadores en centros hospitalarios de atención a pacientes con trastornos por uso de sustancias.

Validez de contenido

Todos los ítems evaluados por los expertos obtuvieron una puntuación mayor o igual a 0,8; lo que significa no solo que los ítems evaluados son pertinentes y relevantes, sino que la validez de contenido del índice es elevada. La validez de contenido general del instrumento tuvo una valoración de 0,9.

Tras considerar la evaluación realizada por el grupo de expertos, y debido a que estos no sugirieron cambios de fondo en la versión definitiva, el equipo coordinador realizó los ajustes de forma y diseñó la versión final del EETM.

Para la validación se ingresó un total de 100 pacientes, de los cuales el 85 % eran hombres con edades entre 15 y 60 años; una mediana de 26 años, rango intercuartílico entre 21 y 33 años; 51 pacientes (58 %) pertenecían a estratos uno y dos (condición socioeconómica baja). Entre los encuestados 24 no tenían empleo, 76 (78,4 %) viven en Medellín o su área metropolitana, 6 residían en hoteles y 7 eran habitantes de calle; solo el 12,7 % (7 pacientes), manifestaron no tener apoyo familiar.

Tanto los pacientes como los evaluadores coincidieron en que la cocaína y sus derivados son las sustancias de mayor problema (34 %), seguidas por marihuana (21 % pacientes, 24 % evaluador) y alcohol (10 % pacientes, 9 % evaluador). No se encontraron diferencias estadísticas al comparar la opinión del evaluador y del paciente con relación a la sustancia de mayor problema ($p=0,9495$).

De los pacientes ingresados en el estudio 48 (58,5 %) eran polidependientes. Las sustancias más consumidas en los últimos 30 días fueron marihuana 70 % (63 pacientes), cocaína 65,6 % (59 pacientes) y alcohol 70 % (63 pacientes); 4 pacientes manifestaron consumo de inhalantes, LSD o anfetaminas y uno solo dijo haber consumido hongos.

En relación con la motivación al cambio, no se observaron diferencias estadísticas ($p=0,1683$) entre lo que opina el paciente y el evaluador; el estado de motivación más frecuente fue: “había considerado definitivamente cambiar su consumo de drogas y/o alcohol, y estaba listo para llevar a cabo planes de cambio” (tabla 2).

Tabla 2. Motivación al cambio, según el paciente y el médico.

Motivación al cambio	Evaluador		Paciente	
	n	%	n	%
Había suspendido el consumo y pensaba no volver a consumirlas	9	10,8	9	12,5
Había suspendido el consumo, le preocupaba el hecho de volver a recaer, creía que debía ingresar a tratamiento para conservar los cambios que había hecho	18	21,7	12	16,7
Consumía drogas y/o alcohol, pero pensaba en iniciar un cambio	14	16,9	16	22,2
Había considerado definitivamente cambiar su consumo de drogas y/o alcohol y estaba listo para llevar a cabo planes de cambio	19	22,9	22	30,6
Había considerado definitivamente cambiar su consumo de drogas y/o alcohol, pero no estaba listo para llevar a cabo plan de cambio	12	14,5	3	4,2
Frecuentemente pensaba en cambiar su consumo de drogas y/o alcohol, pero no tenía previsto cambiar todavía	6	7,2	5	6,9
A veces pensaba en cambiar su consumo de drogas y/o alcohol, pero no tenía previsto cambiar todavía	3	3,6	2	2,8
Rara vez pensaba en cambiar su consumo de drogas y/o alcohol y no tenía planes de cambiar	1	1,2	2	2,8
Le gustaba consumir drogas y decidió nunca dejar de consumirlas. No tenía interés en cambiar	1	1,2	1	1,4

Valor $p=0,1683$.

Fuente: elaboración propia.

El 21,9 % (14 pacientes) presentó signos y síntomas sugestivos de síndrome de abstinencia; la mediana para los días sin consumo previo al ingreso a la institución fue de 11 días con RIC (7-15); el 75 %, tenían 15 días o menos sin consumir.

Al calcular el *score* de cada uno de los dominios se encontraron 16 pacientes con ausencia de síntomas

psicopatológicos y 10 con ausencia de síntomas físicos. Todos los dominios, en general, presentaron gran variabilidad. Al comparar los promedios del *score* siempre fue mejor la valoración del paciente que la del evaluador, encontrando diferencias estadísticas en todos los dominios. La consistencia interna de los diferentes dominios evaluados estuvo entre 0,674- 0,966; las estrategias de prevención

de recaída arrojaron las puntuaciones de alpha más bajas; mientras que el dominio de habilidades sociales obtuvo las más altas (tabla 3).

Tabla 3. Resultados para los dominios según paciente y evaluador.

Dominios	n	Evaluador			Paciente			Valor p
		# ítems	Media (SD)	α Cronbach	# ítems	Media (SD)	α Cronbach	
Síntomas psicopatológicos	98	14	4,6 (3,9)	0,87				
Estado de salud	98	23	5,7 (4,4)	0,825				
Hábitos de salud e higiene	100	4	1,0 (1,5)	0,888				
Proyecto de vida	59	9	30,5 (8,4)	0,906	9	24,8 (8,6)	0,877	0,001
Habilidad ocupacional	51	10	35,5 (8,7)	0,963	10	25,2 (5,1)	0,913	0,001
Estrategias de prevención de recaída	57	12	6,2 (3,2)	0,799	12	4,3 (2,5)	0,674	0,001
Habilidades sociales	59	28	88,6 (24,7)	0,966	28	70,7 (24,6)	0,96	0,001
Score total*	38	102	39,7 (13,8)			33,3 (11,2)		0,001

* El *score* total fue calculado teniendo en cuenta los siguientes pesos porcentuales: síndrome de abstinencia, 10 %; síntomas psicopatológicos, 15 %; relaciones familiares, 10 %; salud física, 10 %; hábitos de salud, 5 %; proyecto de vida, 10 %; motivación al cambio, 15 %; habilidades ocupacionales, 10 %; estrategias de prevención de recaídas, 15 % y habilidad social, 5 %.

Fuente: elaboración propia.

Las dimensiones relacionadas con síntomas psicopatológicos, habilidades sociales y proyecto de vida tuvieron una correlación directa; en el primer caso se puede considerar buena y en los otros dos de tipo fuerte. En los otros dominios, las correlaciones fueron pobres (tabla 4).

Tabla 4. Coeficientes de correlación de cada una de las dimensiones con score total.

Dimensión	Evaluador		Participante	
	Coeficiente de correlación	Valor p	Coeficiente de correlación	Valor p
Síntomas psicóticos	0,697	0,002	0,712	0,000
Estado de salud	0,214	0,410	0,213	0,317
Habilidad ocupacional	0,313	0,221	0,198	0,354
Habilidades sociales	0,901	0,000	0,746	0,000
Proyecto de vida	0,819	0,000	0,722	0,000

Fuente: elaboración propia.

DISCUSIÓN

La revisión de la literatura sobre instrumentos que evalúen los resultados de tratamientos en TUS, evidenció que la investigación en este campo es escasa y es visible la necesidad de realizar investigaciones más a fondo y de plasmarlas en publicaciones con metodologías rigurosas. De todo el abanico de posibilidades de tratamiento para los problemas relacionados con sustancias, comunidad terapéutica, tratamientos ambulatorios, programas de mantenimiento con metadona, son muy pocas las instituciones que se preocupan por evaluar los resultados de tratamiento utilizando cualquier método; o si lo hacen, la evidencia de esto es muy pobre en la literatura científica.

La escala EETM, a diferencia de los instrumentos de referencia —como ASI (32), OTI (33) y Maudsley (34)— que están diseñados para hacer evaluaciones durante el tratamiento o en el periodo de seguimiento, se presenta como una escala que permite medir los resultados de tratamiento durante el periodo en que este dure utilizando mediciones sucesivas.

Esta escala fue desarrollada para responder a un modelo de tratamiento multimodal con enfoque médico-psicológico de los TUS. Evalúa la presencia o ausencia del síndrome de abstinencia de la sustancia principal y los síntomas físicos como aspectos de la condición general que requieren atención durante el tratamiento; contempla también aspectos fundamentales del tratamiento cognitivo-conductual de las adicciones tales como las estrategias de prevención de recaída, las habilidades ocupacionales, habilidades sociales y en el manejo de las emociones; examina aspectos complementarios como la condición psicológica indagando por síntomas característicos que definen cuadros psicopatológicos, las relaciones familiares, el estadio motivacional, el proyecto de vida y las habilidades de autocuidado.

La EETM ha sido desarrollada para realizarse durante el internamiento de los usuarios; y es por ello que fueron excluidos ítems específicos relacionados con el consumo de sustancias, el funcionamiento social y la actividad delictiva, así como las conductas de riesgo sexual y de inyección. Este instrumento no está formulado para hacer diagnóstico, ya que es usado en pacientes con diferentes severidades de su problema adictivo.

Se debe tener presente que se realizó la investigación de validación utilizando pacientes ingresados de forma voluntaria y con un grado de moderado a severo del TUS.

Con relación a los resultados encontrados, llama la atención que un 30,6 % “había considerado definitivamente cambiar su consumo de drogas y/o alcohol, y estaba listo para llevar a cabo planes de cambio” (según estadio motivacional de Prochaska y Diclemente) (35); mientras que un 7 % “pensaba en cambiar el consumo de droga y/o alcohol, pero no tenía previsto hacerlo todavía”. Esto sugiere que, incluso, usuarios que acuden a tratamiento hospitalario, tienen bajos niveles de motivación al cambio.

Las correlaciones de cada una de las dimensiones con el *score* total fueron bajas, en general. Esto puede ser explicado por el número total de participantes que lograron ingresar y por el número de preguntas contenidas en cada dominio: aquellos que tenían menos preguntas fueron los que arrojaron coeficientes más bajos, inferiores al 0,5; mientras aquellos con coeficientes superiores a 0,7, tenían en común más de 10 preguntas (siendo medidos en una escala de Likert).

La EETM demostró validez por su claridad y facilidad de comprensión en cada uno de los ítems para los expertos que participaron en el estudio. Presentó un índice de validez de contenido general (CVI-Total) de 0,98, mayor que el mínimo valor exigido de 0,62 por Lawshe (31) para la prueba con ocho expertos; lo cual garantiza la validez de contenido, desde la literatura científica, relacionando ítems para evaluar los resultados de tratamiento en TUS.

El EETM presenta coeficientes de concordancia alfa de Cronbach entre 0,8 y 1 en todas sus escalas; similar a lo que ocurre con Maudsley (36), el cual tiene para la escala de salud física una alfa de 0,77 y psicopatológica alfa de 0,81. Sin embargo, la presente escala no incluyó la validación test-retest.

Es claro que un índice de medida que evalúe los resultados del tratamiento en TUS debe considerar aspectos tan importantes como el síndrome de abstinencia, la motivación al cambio y las relaciones familiares. Después de la revisión de la literatura disponible sobre el tema y tras considerar la opinión del grupo de expertos se decidió evaluar dichas variables por medio de preguntas dicotómicas o escalas ordinales, ya que esta es la mejor manera de medir la información relacionada con estos aspectos del tratamiento. Sin embargo, por el tipo de medición de estas variables, no fue posible ingresarlas en el modelo de correlación dada su naturaleza y nivel de medición.

El grupo de investigadores —al igual que los expertos consultados— consideraron que Ítems como relaciones familiares, proyecto de vida, hábitos de salud e higiene, habilidades ocupacionales y estrategias de prevención de recaída, son medidas importantes a tener en cuenta a la hora de evaluar un programa de tratamiento integral para pacientes con TUS. Sin embargo, al no encontrar en la literatura revisada un instrumento que los evaluara ni contar con un *gold standard* de medición, se decidió construir dichas variables a partir de la experiencia clínica y la validación de la misma por parte del grupo evaluador.

Dimensiones como síntomas psicopatológicos, proyecto de vida y habilidades sociales tuvieron una correlación directa con el *score*. Al momento de llevar a cabo el seguimiento de los pacientes se esperaba que puntuaciones altas en el proyecto de vida y en habilidades sociales, al igual que puntajes bajos en los síntomas psicopatológicos, podrían ser indicadores de mejores resultados en el tratamiento; lo cual guarda relación con lo encontrado en la literatura (37).

Dentro de las limitaciones encontradas en la validación de este instrumento se debe resaltar el hecho de no haber podido contar con una muestra mayor a la incluida y la imposibilidad de hacer un seguimiento completo a todos los pacientes debido

a la poca adherencia y aspectos administrativos propios de la institución donde se recolectó la muestra; motivo por el cual no fue posible realizar análisis factoriales, ni análisis por mitades, para hacer una evaluación mucho más cuidadosa y rigurosa del instrumento.

Los autores también manifiestan algunas dificultades para realizar las mediciones en una escala de Likert debido a la naturaleza de las preguntas relacionadas con el estado de salud, síndrome de abstinencia y estrategias de prevención de recaídas entre otras; en donde las opciones de respuesta son dicotómicas, situación que afecta los puntajes de cada dimensión y por lo tanto la correlación de estos con el puntaje total.

El instrumento fue diseñado originalmente para la evaluación de resultados de tratamiento en TUS mediante el seguimiento a los pacientes en las diferentes fases del mismo. Sin embargo solo se logró obtener la información al ingreso debido a los problemas administrativos mencionados anteriormente en la metodología. Por este motivo, los autores decidieron conservar todas las dimensiones incluidas en el instrumento a pesar de que las correlaciones de algunas de estas con el puntaje total fueron muy débiles. Desde el punto de vista clínico, dichas dimensiones (hábitos de salud e higiene y estrategias de prevención de recaída) se consideran relevantes e imprescindibles dentro del instrumento; adicionalmente tienen un enfoque particular dentro del tratamiento, ya que existen actividades específicas dirigidas a mejorar estas áreas dentro del programa terapéutico.

CONCLUSIÓN

La escala EETM fue diseñada para evaluar los resultados de tratamiento en los pacientes en internamiento y con mediciones sucesivas en diferentes momentos. Se realizó una validación por expertos y una validación clínica en la que se encontró que la escala tiene medidas de consistencia interna y validez aceptables.

La escala puede ser usada para evaluar instituciones que tengan programas de tratamiento con problemas relacionados con sustancias con internamiento de tiempo variable, equipos interdisciplinarios complejos con enfoque médico y psicológico y que incluyan intervenciones cognitivo-conductuales para prevención de recaídas, intervención sobre motivación y proyecto de vida, habilidades sociales y manejo de emociones.

Se recomienda hacer estudios de seguimiento con mediciones repetidas, tras el empleo de la escala EETM, con el fin de determinar la evolución de la mejoría de las dimensiones propuestas por la escala durante las diferentes fases del tratamiento.

AGRADECIMIENTOS

El presente estudio se enmarca en una serie de actuaciones conjuntas entre la Universidad Pontificia Bolivariana y la ESE Hospital CARISMA, en materia de prevención e intervención de las drogodependencias en el departamento de Antioquia (Colombia).

Agradecemos a la ESE Hospital CARISMA y su personal por el apoyo y las facilidades ofrecidas para la realización del trabajo de campo de este estudio; y a la Universidad Pontificia Bolivariana por la financiación y asesoría técnica.

A María Camila Rodríguez Ángel por su apoyo en la digitación de las encuestas y a Luz Gabriela Ochoa Acosta por la corrección y ajuste de las referencias bibliográficas en el formato exigido por la revista.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores manifiestan no tener ningún conflicto de intereses, ya que la investigación de la cual se deriva el presente artículo no representa ningún tipo de intereses políticos y/o financieros asociados a patentes o propiedad, provisión de materiales y/o bienes y equipamientos utilizados en el estudio.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

Esta investigación fue financiada por el Centro de Investigación para el Desarrollo y la Innovación de la Universidad Pontificia Bolivariana y la ESE Hospital CARISMA.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. UNODC. World Drug Report 2013. Washington: United Nations Publication; 2013.
2. Barrondo Lakarra S., López de Jesús M., Meana Martínez J. Bases biológicas, psicológicas y socioculturales. En: Pérez J., Valderrama J., Cervera G., Rubio G., editores. Tratado SET de trastornos adictivos. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2006. p. 1-13.
3. OEA. El problema de las drogas en las Américas. Washington: OEA; 2013.
4. Friedmann PD., Lemon SC., Stein MD., Etheridge RM., D'Aunno TA. Linkage to medical services in the drug abuse treatment outcome study. *Med Care*. 2001; 39 (3): 284-295.
5. NIDA, NIH. Enfoques para el tratamiento de la drogadicción. Disponible en: <http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/metodos10.pdf>.
6. Amato L., Minozzi S., Davoli M., Vecchi S., Ferri MM., Mayet S. Psychosocial and pharmacological treatments versus pharmacological treatments for opioid detoxification. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008; 4: CD005031.
7. Fernández-Hermida JR., Secades R., Magdalena-Benavente Y., Riestra del Rosal C. Evaluación de la eficacia del programa educativo-terapéutico para rehabilitación de toxicómanos de Proyecto Hombre en Asturias. Oviedo, España: Servicio Central de Publicaciones del Principado de Asturias; 1999.
8. WHO. WHO European Ministerial Conference on Mental Health. Facing the Challenges, Building Solutions. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/100822/edoc07.pdf.
9. NIDA. DrugFacts: Understanding drug abuse and addiction. Understanding drug abuse and addiction. Disponible en: http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/drugfacts_understanding_addiction_final_0.pdf.
10. Pérez J., Valderrama J., Cervera G., Rubio G., editores. Tratado SET de trastornos adictivos. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2006.
11. De Wilde J., Broekaert E., Rosseel Y. Problem severity profiles of clients in European therapeutic communities: Gender differences in various areas of functioning. *Eur Addict Res*. 2006; 12(3): 128-137.
12. Leonard KE., Homish GG. Predictors of heavy drinking and drinking problems over the first 4 years of marriage. *Psychol Addict Behav*. 2008; 22 (1): 25.
13. McLellan AT., Cacciola JC., Alterman AI., Rikoon SH., Carise C. The addiction severity index at 25: Origins, contributions and transitions. *Am J Addict*. 2006; 15 (2): 113-124.
14. Klein A. Outcomes of alcohol/Other drugs dependency treatment. Minnesota: Butler Center of Research; 2011.
15. Colletti M. La evaluación de los tratamientos. En: Grup IGIA. Contextos, sujetos y drogas: un manual sobre drogodependencias. Barcelona: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción; 2000. p. 373-380.
16. Garland E., Froeliger B., Howard M. Mindfulness training targets neurocognitive mechanisms of addiction at the attention-appraisal-emotion interface. *Front Psychiatry*. 2014; 4: 173.
17. Lazarus AA. New methods in psychotherapy: A case study. *S Afr Med J*. 1958; 32 (26): 660-663.
18. Giraldo-Ferrer LF., Velásquez-Tirado JD., Restrepo-Medrano JC., Tirado-Otálvaro AF. Uso de instrumentos clínicos para la evaluación de pacientes y resultados de tratamiento en trastornos por uso de sustancias (TUS). *Rev Fac Med*. 2016; 64 (4): 749-759.

19. Ryan A., Holmes J., Hunt V., Dunlop A., Mammen K., Holland R., et al. Validation and implementation of the Australian treatment outcomes profile in specialist drug and alcohol settings. *Drug Alcohol Rev.* 2014; 33 (1): 33-42.
20. Simpson M., Lawrinson P., Copeland J., Gates P. The Alcohol Treatment Outcome Measure (ATOM): A new clinical tool for standardising outcome measurement for alcohol treatment. *Addict Behav.* 2009; 34 (1): 121-124.
21. Lawrinson P., Copeland J., Indig D. Development and validation of a brief instrument for routine outcome monitoring in opioid maintenance pharmacotherapy services: The brief treatment outcome measure (BTOM). *Drug Alcohol Depend.* 2005; 80 (1): 125-133.
22. Deering DE., Sellman JD., Adamson SJ., Horn J., Frampton CM. Development of a brief treatment instrument for routine clinical use with methadone maintenance treatment clients: The Methadone Treatment Index. *Subst Use Misuse.* 2008; 43 (11): 1666-1680.
23. Wennberg P., Philips B., Jong K. The Swedish version of the Outcome Questionnaire (OQ-45): Reliability and factor structure in a substance abuse sample. *Psychol Psychother Theory Res Pract.* 2010; 83 (3): 325-329.
24. Dutra L., Stathopoulou G., Basden SL., Leyro TM., Powers MB., Otto MW. A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *Am J Psychiatry.* 2008; 165: 179-187.
25. NIH. Principles of drug addiction treatment: A research-based guide. Darby, PA: DIANE Publishing; 2012.
26. Polit DF., Hungler BP., Palacios Martínez R., Féher de la Torre G. Investigación científica en ciencias de la salud: principios y métodos. Disponible en: <http://www.sidalc.net/cgi-bin/wxis.exe/?IsisScript=UCC.xis&B1=Buscar&formato=1&cantidad=50&expresion=Polit,%20Denise%20F>.
27. Kimberlin CL., Winterstein AG. Validity and reliability of measurement instruments used in research. *Am J Health Syst Pharm.* 2008; 65 (23): 2276-2284.
28. Parsian N., Dunning TA. Developing and validating a questionnaire to measure spirituality: A psychometric process. *Glob J Health Sci.* 2009; 1 (1): 2-11.
29. Prochaska JO., DiClemente C., Norcross JC. Cómo cambia la gente. Aplicaciones en los comportamientos adictivos. *RET Rev Toxicom N.* 1994; 1: 3-14.
30. Argimon Pallas JM., Jiménez Villa J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. Madrid: Elsevier España; 2004.
31. Lawshe CH. Quantitative approach to content validity. *Pers Psychol.* 1975; 28 (4): 563-575.
32. McLellan AT., Kushner H., Metzger D., Peters R., Smith I., Grissom G., et al. The fifth edition of the addiction severity index. *J Subst Abuse Treat.* 1992; 9 (3): 199-213.
33. Darke S., Hall W., Wodaki A., Heather N., Ward J. Development and validation of a multidimensional instrument for assessing outcome of treatment among opiate users: The Opiate Treatment Index. *Br J Addict.* 1992; 87 (5): 733-742.
34. Marsden J., Gossop M., Stewart D., Best D., Farrell M., Lehmann P., et al. The Maudsley Addiction Profile (MAP): A brief instrument for assessing treatment outcome. *Addiction.* 1998; 93 (12): 1857-1867.
35. Prochaska JO., DiClemente CC., Norcross JC. In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *Am Psychol.* 1992; 47 (9): 1102.
36. Hernández MÁT., Gómez CF. Validación española del Maudsley Addiction Profile (MAP). *Adicciones.* 2004; 16 (4): 265-274.
37. Moos RH., Nichol AC., Moos BS. Risk factors for symptom exacerbation among treated patients with substance use disorders. *Addiction.* 2002; 97 (1): 75-85.

EN BÚSQUEDA DE LA ATENCIÓN: NECESIDADES EN SALUD, ITINERARIOS Y EXPERIENCIAS

*Carlos Enrique Yepes Delgado**
*Álvaro de Jesús Giraldo Pineda***
*Natalia Botero Jaramillo****
*Jairo Camilo Guevara Farías*****

Recibido en agosto 02 de 2017, aceptado en octubre 10 de 2017

Citar este artículo así:

Yepes CE., Giraldo AJ., Botero N., Guevara JC. En búsqueda de la atención: necesidades en salud, itinerarios y experiencias. *Hacia Promoc. Salud.* 2018; 23 (1): 88-105. DOI: 10.17151/hpsal.2018.23.1.7

Resumen

Objetivo: El presente artículo analiza el proceso de una persona que deviene enferma para solucionar su condición de enfermedad, el surgimiento de la sensación de necesidad y cómo esta lo lleva por diferentes caminos (itinerarios), cada uno con sus cursos y particularidades, para buscar una atención. Nos enfocaremos en la búsqueda de los sujetos por una atención médica alopática institucional, representada por el hospital. **Metodología:** La metodología utilizada fue cualitativa, desde la teoría fundamentada, mediante la elaboración de 21 entrevistas semiestructuradas a pacientes de dos hospitales del departamento de Antioquia (Colombia). Se produjeron 1520 códigos y 42 categorías descriptivas, que derivaron en una categoría mayor: *sentir la necesidad de consultar genera expectativas*. **Resultados:** Como resultados se obtuvo que las necesidades configuran procesos complejos de búsqueda por la atención en salud, que involucra diversos sujetos e instituciones en las que se movilizan estrategias y recursos a fin de recibir una atención. Que la necesidad de atención en salud es producto de la concepción subjetiva de la enfermedad, a partir de la historia de vida, encuadrado en la cultura; lo que permite la construcción del síntoma y de la enfermedad y lleva al sujeto a una serie de itinerarios burocráticos y terapéuticos. **Conclusiones:** Concluimos que la condición de enfermedad, atravesada por la historia del sujeto construye una necesidad que, lo conduce a unos itinerarios en los que elabora múltiples expectativas en búsqueda de una solución, la cual pone en juego la institución médica hegemónica y la versión del sujeto sobre su cuerpo y sufrimiento.

* Médico y cirujano, Ph.D. en Epidemiología. Universidad de Antioquia, Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia. Correo electrónico: caenyede@gmail.com.  orcid.org/0000-0001-5656-4989.

** Licenciado en Sociología, Magister en Salud pública y en Antropología. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Correo electrónico: alvaro.giraldo@udea.edu.co.  orcid.org/0000-0001-8942-6750.

*** Antropóloga, Magister en Historia. Universidad de Antioquia, Universidad de Medellín, Medellín, Colombia. Correo electrónico: natalia.boteroj@udea.edu.co.  orcid.org/0000-0002-0126-1013.

**** Médico y cirujano. Universidad de Antioquia, Medellín, Hospital San Juan de Dios, Santa Fe de Antioquia, Colombia. Autor para correspondencia. Correo electrónico: jguevaraf@gmail.com.  orcid.org/0000-0002-8139-2549.



Palabras clave

Necesidades y demandas de servicios de salud, dolor, enfermedad, percepción, atención en salud (*fuentes: DeCS*).

IN SEARCH FOR HEALTH CARE: NEEDS IN HEALTH, ITINERARIES AND EXPERIENCES

Abstract

Objective: This article analyzes the process of a person who becomes ill to solve his/her condition of illness, the emergence of the sensation of need and how this leads him/her through different paths (itineraries) each with its processes and particularities, to search for attention. The study focuses on the search of subjects for institutional allopathic medical care, represented by the Hospital. **Methodology:** The methodology used was qualitative, from the grounded theory, through the application of 21 semi-structured interviews to patients from two hospitals in the department of Antioquia, Colombia. There were 1520 codes and 42 descriptive categories, which led to a higher category: *feeling the need to consult generates expectations*. **Results:** The results showed that the needs set up complex processes of search for health care, involving various subjects and institutions, in which strategies and resources are mobilized in order to receive attention. They also show that the need for health care is a product of the subjective conception of the disease based on life histories which are framed in culture, allowing the construction of the symptom and the disease, and leads the subject to a series of bureaucratic and therapeutic itineraries. **Conclusions:** It was concluded that the disease condition traversed by the subject's history builds a need that leads him/her to some itineraries in which he/she elaborates multiple expectations in search of a solution that brings into play the hegemonic medical institution and the version of the subject on his/her body and suffering.

Key words

Health services needs and demand, pain, disease, perception, delivery of health care (*source: MeSH*).

EM BUSCA DA ATENÇÃO: NECESSIDADES EM SAÚDE, ITINERÁRIOS E EXPERIÊNCIAS

Resumo

Objetivo: O presente artigo analisa o processo de uma pessoa que está doente para solucionar sua condição de doença, o surgimento da sensação de necessidade e como esta a leva por diferentes caminhos (itinerários), cada um com seus cursos e particularidades, para buscar uma atenção. Enfocaremos-nos na busca dos sujeitos por uma atenção médica alopática institucional, representada pelo hospital. **Metodologia:** A metodologia utilizada foi qualitativa, desde a teoria fundamentada, mediante a elaboração de 21 entrevistas semi-estruturadas a pacientes de dois hospitais do departamento de Antioquia (Colômbia). Produziram-se 1520 códigos e 42 categorias descritivas, que derivaram em uma categoria maior: *sentir a necessidade de consultar gera expectativas*. **Resultados:** Como resultados

se obtiveram que as necessidades configuram processos complexos de busca pela atenção em saúde, que envolvem diversos sujeitos e instituições nas que se movem estratégias e recursos a fim de receber uma atenção. Que a necessidade de atenção em saúde é produto da concepção subjetiva da doença, a partir da historia de vida, enquadado na cultura; o que permite a construção do sintoma e da doença e leva ao sujeito a uma serie de itinerários burocráticos e terapêuticos. **Conclusões:** Concluimos que a condição de doença atravessada pela historia do sujeito constrói uma necessidade que o conduz a uns itinerários nos que elabora múltiples expectativas em busca de una solución, a qual põe em jogo a instituição médica hegemônica e a versão do sujeito sobre seu corpo e sofrimento.

Palavras chaves

Necessidades e demandas de serviços de saúde, dor, doença, percepção, atención em saúde (*fonte: DeCS*).

INTRODUCCIÓN

La necesidad de consultar un servicio de salud tiene su origen en el sujeto inmerso en un proceso de tensión entre salud-enfermedad, que al no lograr retornar por sus propios medios a un estado de salud (construido por él y por quienes lo rodean a partir de la lectura de su organismo) desarrolla una compleja trama de prácticas y significados que desembocan en la búsqueda de un tercero que le ayude a solucionar aquella tensión; esa búsqueda se traduce en una necesidad de atención que es sentida, corporeizada y que se convierte en acción. Este sujeto que necesita, cuenta con una dimensión biológica/corpórea interpretada y reelaborada por la cultura y el lenguaje y desde ella configura un dolor, un malestar, unos signos y síntomas propios, sentidos como una enfermedad. El enfermo moviliza entonces una serie de prácticas que desembocan en la necesidad de atención en salud y más específicamente, para nuestra investigación, la necesidad de consultar un médico. En Colombia esta búsqueda se sitúa en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud —SGSSS— con toda su estructura administrativo-burocrática e institucional (1, 2, 3, 4) en la que el hospital como institución insigne del proceso de medicalización es válido en términos políticos y sociales para atender las necesidades en salud y conferir la legitimidad de la enfermedad al sujeto (5, 6).

El concepto de necesidades ha tenido múltiples desarrollos teóricos. Sin embargo, las discusiones se han movilizadado en considerarlas universales o relativas a cada cultura y en su estatuto en la política y en la sociedad. Estas han sido estudiadas desde la economía, la sociología y el campo de la salud. Definiéndose como una demanda efectiva (7); como un problema que afronta una población, haciendo manifiesta una carencia (8) o como potencialidades por su capacidad de movilización (9). Al ser consideradas como universales e inherentes al ser humano han sido ligadas a los derechos humanos. Aun así, algunos autores proponen que las necesidades deben ser distinguidas de sus satisfactores¹ que son relativos a la cultura y a la historia de las sociedades e individuos; y aunque en muchos casos se usan indistintamente, no son equivalentes (9, 10, 11, 12). La evaluación de las necesidades se ha realizado mediante indicadores sociales que surgen desde la década de 1960 bajo la preocupación por medir y valorar la calidad de vida, entroncada en el

¹ Los satisfactores son un concepto proveniente de Max-Neef, mediante los cuales las necesidades se significan y están mediadas por elementos propios a cada sociedad y cultura de manera diferente. Estos posibilitan, impiden, destruyen, inhiben o satisfacen parcialmente las necesidades. Algunos ejemplos dados por el autor son: a la necesidad de protección, el satisfactor puede ser la medicina mecanicista; a la necesidad de subsistencia, la sobreexplotación de los recursos naturales, el productivismo eficientista obsesivo o la limosna; a la necesidad de identidad, el nacionalismo chauvinista, los símbolos de estatus o la moda (9).

diseño de planes de desarrollo y políticas públicas al interior de procesos de modernización de los Estados² (9, 10, 11 12).

Las teorías sobre necesidades sitúan a la salud como una de sus formas y desde allí determinan lo que se genera en torno a ella: la enfermedad y la pérdida de autonomía y de capacidad del sujeto en sus procesos vitales (8, 9, 10, 11, 13). Ciertos modelos conceptuales sobre necesidades en salud consideran actores al enfermo, al médico, al farmacéuta y al curandero (aunque en determinados casos la medicina popular se excluye). Algunos parten del individuo con una “morbilidad percibida” y determinan unas etapas del proceso de atención en salud; sin embargo, se advierte su ‘morbocentrismo’. Otros consideran el comportamiento de los usuarios y los proveedores de servicios, analizando la utilización de los mismos y enfocándose en la satisfacción y calidad (12).

En el campo de la salud, la necesidad como concepto y modelo teórico ha sido desarrollada para el diseño e implementación de políticas en salud. Estos estudios oscilan entre la identificación de unas necesidades y la capacidad de resolución desde los sujetos; y entre las acciones de los prestadores de salud (instituciones y profesionales), las prácticas en salud tradicionales y alternativas (12, 14). Sin embargo, las reformas al SGSSS, en Latinoamérica, especialmente en Colombia, desde la década de 1980, han introducido contradicciones propias entre el reconocimiento de un derecho fundamental y las estrategias de acumulación de capital en un contexto de globalización económica (2, 15). Esto nos sitúa en la reforma al SGSSS³ donde el derecho a la salud se reduce al aseguramiento universal (en teoría) con un plan de beneficios que depende de las leyes del mercado, donde entran en juego y competencia diversos agentes —

aseguradoras y Estado— y donde los contenidos de la participación en salud se direccionan desde arriba por medio de normas; presentándose de forma fragmentada en multiplicidad de instancias (2, 3, 4), con una burocracia intrínseca, que interviene en el ejercicio del derecho a la salud.

El sistema compuesto por un conglomerado de agentes e instituciones, donde los flujos de información también son fragmentados, permea las relaciones entre los actores; en donde las decisiones en la atención en salud no están regidas necesariamente por las necesidades de los sujetos sufrientes, de los pacientes, sino por aspectos personales, profesionales e institucionales de los diferentes actores en el sistema; y, aunque las decisiones de los unos afectan a los otros, en la mayoría de los casos, los juegos entre los actores no son de cooperación (16). Esta fragmentación y asimetría desde arriba se contrasta con una compleja trama de relaciones, acciones y decisiones de los pacientes desde abajo. Estos construyen unas representaciones propias de su enfermedad o padecimiento, elaboran un síntoma y encarnan una necesidad, toman decisiones y emprenden acciones vinculadas al padecimiento, aunque puestas en juego con las posibilidades dadas por las instituciones y los agentes allí implicados, y las relaciones de poder en que se debaten (17).

Asimismo, para comprender las necesidades puestas en las prácticas cotidianas de los pacientes, es menester comprender las rutas o caminos trazados por estos para la búsqueda de una atención y en consecuencia de una resolución del problema de salud a través de la comprensión de los itinerarios terapéuticos y burocráticos. El concepto de itinerario proviene de la antropología francesa encargada del estudio de la enfermedad como objeto de investigación (18). Marc Augé (19, 20) y Nicole Sindzingre (21, 22, 23) durante la década de 1980 desarrollaron el concepto, dialogando las posibilidades interpretativas del mismo. Para Augé, los itinerarios terapéuticos pueden ser entendidos en al menos tres sentidos:

² Durante la década de 1960, se inició el *movimiento de indicadores sociales*; los cuales permitieron una perspectiva operativa, una medida directa del bienestar y calidad de vida que entra a la esfera académica y científica y que llega a la esfera política (10, 11).

³ Esta es la reforma que dio paso a la Ley 100 de 1993, en Colombia.

el geográfico tal como los movimientos que realizan los pacientes en búsqueda de una sanación, los cuales pueden tener un sentido dado por el aparato terapéutico o institucional; o pueden estar dados azarosamente según las circunstancias y la urgencia de la enfermedad. Un intelectual/cognitivo donde se ordena según las necesidades, aunque su sentido solo se comprenda de forma *a posteriori* puesto que *a priori* se percibe como un juego de decisiones donde no hay una secuencia mecánica del síntoma y la consulta, en procura de la curación. Finalmente, un sentido histórico donde cada sociedad dispone de unos elementos propios, unas instituciones y unas lógicas particulares. Esta postura enunciada desde el pluralismo médico sitúa a todas las formas de atención y terapéuticas en salud como semejantes, en tanto no reconoce superioridad de una sobre las otras (20).

Los itinerarios son procesos sinuosos de búsqueda terapéutica que van desde la percepción de un sufrimiento, la configuración de un síntoma, hasta los caminos que se emprenden a partir de los mismos (donde se va reinterpretando su condición) para dar orden al desorden que en principio plantea la enfermedad (22). Augé, citando el trabajo de Sindzinger, advierte que la lógica del diagnóstico puede ser diferente a la lógica de la terapéutica sin ser contradictoria y que no necesariamente deben estar implicadas proponiendo bifurcaciones diversas (19). Augé quiere dar cuenta de la lógica subyacente a las representaciones, las interpretaciones y las elecciones que realizan los sujetos, las cuales no son necesariamente unívocas, jerárquicas o predeterminadas; aunque corresponden a creencias, elaboraciones simbólicas y entramados socioculturales tradicionales e institucionales en los que la biomedicina es una de las tantas alternativas existentes (21). A partir de los itinerarios se elucidan marcos teóricos racionales propios a cada cultura que no necesariamente están unificados, aunque sean coherentes, puesto que en las sociedades el pluralismo de representaciones e instituciones está dado por los elementos socioculturales y por los procesos históricos como

el colonialismo; en donde los sujetos caminan en búsqueda de explicaciones a la enfermedad y el sufrimiento, de diagnósticos y de tratamientos eficaces (22, 23).

En Latinoamérica el concepto de itinerario ha permitido comprender los complejos procesos sociales de atención en salud, en sociedades plurales que han buscado superar los modelos teóricos rígidos con flujos predeterminados, enriqueciendo las posibilidades interpretativas (20). Algunos de estos estudios se han centrado en problemas de salud puntuales como el VIH, el infarto, entre otros, identificando actores sociales específicos tales como el niño, el paciente crónico, la mujer, las personas con discapacidad entre otros (24, 27, 28, 29, 30). Eduardo Menéndez no solo ha sido uno de los referentes centrales en el desarrollo de la antropología médica, sino también de los itinerarios y el estudio de los modelos de atención. Menéndez ha desarrollado investigaciones desde los sujetos y los grupos sociales para atender sus padecimientos y no a partir de los actores en salud (curadores biomédicos, tradicionales o alternativos) (31).

En este proceso, desde la orilla de los pacientes, la carrera del enfermo contiene una demanda por un tipo de atención; en principio, en función del diagnóstico presuntivo que este elabora y de la accesibilidad social y económica a las formas de atención en las que, si dicha atención no resulta eficaz en términos del propio paciente, es reemplazada o transpuesta por otras implicando reelaborar los diagnósticos o tratamientos (31). Sin embargo, como este autor señala, las sociedades tienen modelos médicos hegemónicos; que en las sociedades latinoamericanas corresponden a un modelo biomédico (32), producto de la historia colonial, que entra en juego y en tensión con formas tradicionales o populares de atención y curación que se hacen hegemónicas no porque gocen de mayor lógica y racionalidad en contraposición a los otros, sino por las relaciones de poder con las que se instauran (21, 22, 23). La biomedicina,

y su expansión en nuestras sociedades, conlleva a procesos de medicalización y burocratización propios de las instituciones médicas instauradas desde los aparatos estatales. Este modelo hegemónico entra a jugar con los procesos de autoatención analizados como alternativas a dicho modelo; impulsados por las necesidades, objetivos y deseos de los sujetos sufrientes y su grupo social (1, 31, 32).

En consecuencia, el presente artículo analiza la necesidad de consultar como un proceso sociocultural y biológico que enfrenta a un sujeto con su propio padecimiento o enfermedad con el sistema de salud como institución discursiva y gubernamental compuesta por otros sujetos que ejercen como sus representantes (personal de la salud). Este enfrentamiento se da en términos orgánicos (intervenciones farmacológicas o quirúrgicas sobre el cuerpo) y también entre las expectativas del sujeto y la experiencia dentro de los itinerarios terapéuticos y burocráticos en los que este se debate con el modelo médico hegemónico, los entramados desde la cotidianidad y las dimensiones subjetivas de estos actores.

METODOLOGÍA

Los enfoques cualitativos permiten la comprensión de los fenómenos y su significación desde el propio mundo y la realidad de las personas. Esto incluye motivos, significados y otros aspectos de las vidas de los individuos y de los grupos. También incluye los actos diarios, su comportamiento en los escenarios ordinarios en situaciones comunes y la forma de las acciones que se generan y los condicionantes objetivos que influyen en ellas (33). La metodología cualitativa parte de un paradigma distinto al cuantitativo debido a que es a través de la visión constructivista o paradigma naturista que desarrolla su enfoque, pues lleva a cabo la investigación en lugares naturales y en los cuales las personas desarrollan su actividad cotidiana. No parte de la simulación ni de experimentos estrechamente controlados, sino de la realidad

vivida por el actor (34).

Son muchos los aspectos de la salud que tienen su naturaleza en lo social y en el comportamiento; de ahí que, cuando se pretende abordar investigativamente dicho tema, se puede tener en cuenta modelos de investigación flexibles y naturales que de alguna manera ayuden y favorezcan el acercamiento hacia las complejas interacciones generadas por la diversidad de prácticas, conductas, comportamientos y patrones sociales.

La ciencia positivista busca predecir y controlar el fenómeno; el constructivismo pretende la comprensión profunda y es así como el indagador en la primera controla las circunstancias, mientras que en la segunda es facilitador y co-participante en el proceso indagatorio. Otra diferencia entre los paradigmas plantea que la verdad para los positivistas consiste en la hipótesis verificada o no desmentida, mientras que para el constructivista el conocimiento se compone de construcciones sobre las que hay algún consenso (34). Es así como desde esta óptica cualitativa, para poder comprender los fenómenos sociales, el investigador necesita descubrir “la definición de la situación del actor” (35); o sea, su percepción e interpretación de la realidad y la forma como se relaciona esta con su comportamiento.

En el presente estudio se utilizó un enfoque cualitativo al aplicar algunas técnicas de la teoría fundamentada (36), la cual es una metodología que intenta desarrollar teoría partiendo de datos sistemáticamente captados y analizados; lo que la convierte en una forma de pensar acerca de ciertos datos y conceptualizarlos en forma simultánea a través de un proceso sistemático, interactivo e iterativo del investigador con la información recogida y analizada llamado “análisis comparativo constante”. El soporte teórico de la teoría fundada es el interaccionismo simbólico, el cual se fundamenta en: (i) los seres humanos actúan según el significado que las cosas tienen para ellos; (ii) dicho significado surge de la interacción social que

se tiene con los demás; (iii) estos significados se modifican por la interpretación que las personas hacen (37).

El muestreo fue inicialmente selectivo y luego teórico, es decir, que no está predeterminado y se hace según lo disponga la necesidad surgida por la teoría emergente. Ante una teoría fundada bien formulada, el lector encontrará explicaciones pertinentes sobre las conductas observadas tanto comprensiva como inductivamente, ligada a los datos por medio de las hipótesis emergentes que hubiesen resultado más apropiadas y que surgen de la comparación constante de los datos. “El interés del muestreo teórico es captar la variedad y la dimensión de un tema o un fenómeno” (36, 38). Es de suma importancia resaltar que la teoría fundamentada no se desarrolla como proceso investigativo, en forma lineal. Se requiere concomitantemente la recolección de datos, la codificación abierta, la elaboración de memos y de gráficos que vayan interpretando los datos obtenidos.

La recolección de los datos se hace en el medio natural y se puede llevar a cabo con entrevistas semiestructuradas, teniendo en cuenta que la guía de preguntas puede ir cambiando con el avance del estudio; ajustándose a la teoría surgida. Uno de los procesos básicos en la dinámica de recolección y análisis de información es el de categorizar los datos, conforme a los patrones surgidos producto de la comparación permanente de los mismos. Según Glaser, la identificación de distintas piezas de información de acuerdo con esos criterios de ordenamiento se denomina ‘codificación’. Dependiendo del momento investigativo, dicha codificación toma diferentes formas para permitir un abordaje alternativo de relación entre los datos y la teoría.

En el enfoque cualitativo, las construcciones por variadas que sean se muestran de manera fiel y precisa; manteniendo la integridad de los informantes; considerando la interpretación

que ellos hacen de la realidad, como la de alguien que se encuentra ubicado en un contexto específico. Debido al interés en el estudio por parte del investigador y de los informantes, cada procedimiento requiere de total información y de la voluntad explícita de todos en participar. El garantizar la confidencialidad, protegiendo la identidad de los informantes, es un requisito *sine qua non* para desarrollar los aspectos éticos de este tipo de estudios y se evidencia con el uso de códigos y el manejo adecuado de la información (36).

En el estudio participaron 21 usuarios de servicios de salud residentes en los municipios colombianos de Caldas y Rionegro en Antioquia. A todos se les pidió consentimiento informado previo a la entrevista, tras informarles los objetivos de la investigación, y se adquirió con ellos el compromiso del manejo confidencial de los datos suministrados y de mantener el anonimato de sus nombres. El estudio se llevó a cabo durante 18 meses en cuatro fases. La primera incluyó la formalización de la propuesta, el acceso a los informantes y siete entrevistas semiestructuradas iniciales, las cuales fueron analizadas con el procedimiento de codificación abierta sobre la transcripción íntegra del contenido y verificación de la transcripción fiel de las entrevistas. Desde entonces se elaboraron los primeros memos analíticos y se orientó la búsqueda bibliográfica que guió al muestreo teórico. Estas entrevistas generaron los códigos que permitieron la emergencia de las primeras categorías descriptivas. En la segunda fase se llevaron a cabo otras siete entrevistas y se continuó con el análisis por medio de la codificación abierta; además se utilizó la codificación axial para refinar, describir y relacionar las categorías analíticas emergidas. En la tercera fase se realizaron las últimas siete entrevistas y se hizo análisis concomitante por medio de la codificación abierta, axial y selectiva; esto permitió refinar las categorías analíticas y la categoría interpretativa final. El estudio produjo 1520 códigos y 6 categorías descriptivas, se escribieron 150 memos analíticos y algunas figuras que dan cuenta del proceso y de la línea

de argumentación que surgió al relacionar las categorías (figura 1).



Figura 1. Categorías descriptivas del proceso de atención en salud.

Fuente: elaboración propia.

Como categorías analíticas se encontraron en primer lugar *sentir la necesidad de consultar* y finalmente *moviéndose entre la satisfacción y la* genera expectativas, en segundo *negociación que* encuentros dispares generadores de dependencia parte del diverso reconocimiento de la enfermedad en la atención en salud (figura 2).

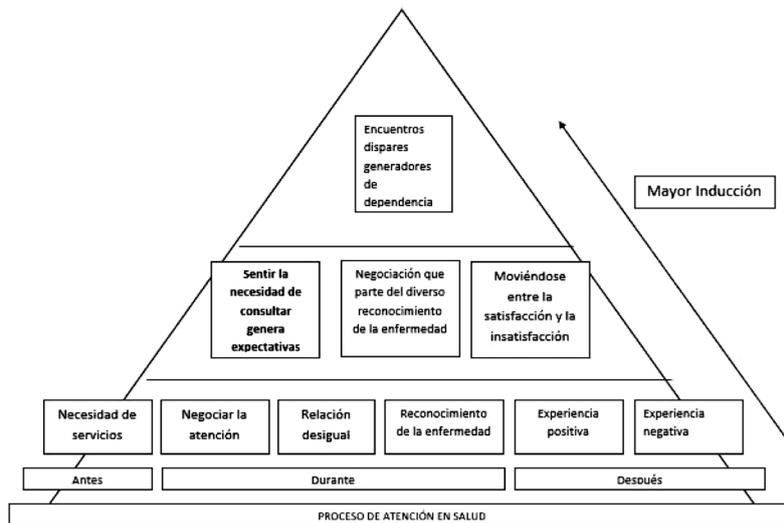


Figura 2. Categorías analíticas emergentes.

Fuente: elaboración propia.

En este artículo se desarrollan los resultados de la categoría *sentir la necesidad de consultar genera expectativas* como punto de inicio para comprender el complejo proceso de atención y los itinerarios terapéuticos y burocráticos que son recorridos por los usuarios de servicios de salud. La conceptualización teórica que da cuenta de dicha categoría se expresa en forma narrativa y además se agrega en forma textual parte de los datos originales con su correspondiente código, así se puede observar la veracidad y la relación de la teoría emergida con los datos que la fundaron.

RESULTADOS

Al entrevistar a los sujetos sobre la necesidad de atención en salud, se identificaron trayectorias que van desde la aparición del sufrimiento o afectación hasta la atención en una institución hospitalaria. A lo largo de estos itinerarios el sujeto construye, desde su sufrimiento y afectación, un síntoma; y desde este, con toda la carga de su historia de vida en una cultura determinada, elabora una idea de enfermedad que signa una necesidad y unas expectativas sobre la misma. La necesidad construida lo lleva a una búsqueda por la atención de su situación, la cual considera en estos casos que puede ser resuelta en un hospital. En esta institución el sujeto enfermo se encuentra con el personal de salud y su tradición biomédica, con un discurso sobre el cuerpo y la enfermedad que contrasta con las construcciones propias del sujeto, lo cual produce un juego de asignación de roles y reelaboración de expectativas que ofrece un nuevo escenario en el que agenciar su necesidad.

La necesidad de atención en salud es un proceso que parte de una dimensión subjetiva. En este proceso el sujeto transita por unos itinerarios atravesados por el dolor y el sufrimiento. Este emprende unas búsquedas de atención a esta necesidad y en este trasegar, llega al hospital:

[...] si, nadie sabe el dolor de nadie entonces uno debe ser bien atendido y uno va es porque lo necesita. (E1-P6)

[...] yo digo que el corazón no duele, pero como que las arterias se me llenaron de sangre y me cogió un golpe hasta que me dobló, entonces ya le dije a un hermano mío que me llevara hasta el hospital e inmediatamente me atendieron. (E4-P2)

Al hablar de necesidad y de lo que lleva a la persona a consultar es preciso tener en cuenta el significado que de los signos, síntomas y enfermedades ha construido en su propio proceso vital. Entra en relación un cuerpo que se manifiesta, una enfermedad que corre. Un sujeto y un entorno próximo que lee e interpreta su situación, construye el síntoma y en consecuencia una noción propia de enfermedad mediada por la cultura. Partir de si un ser humano se considera o no enfermo, es fundamental para comprender la búsqueda de ayuda y por lo tanto de la utilización de los servicios de salud. Dependiendo del papel que la cultura en mención le asigne a la medicina moderna, y su lugar expedito, el hospital, se establecerán las relaciones con ella.

[...] a mí me daba dizque ataques de ausencia, entonces es una falla de memoria que yo tuve, a mí me mataron el único hijo que yo tenía y entonces sufrí un trauma nervioso y desde que existe el hospital yo soy de allá. (E3-P2)

El síntoma hace que el sujeto interprete que algo puede funcionar mal en él. Al situarlo en la concepción biológica del cuerpo, surge el proceso de identificación y construcción de la enfermedad. Esta experiencia no solo es individual, sino también colectiva. Cuando el sujeto hace manifiesta su condición de enfermedad, con la familia y entorno social, teje una red de significados. En esta interacción con el otro, el sujeto elabora unas estrategias para mediar su interacción a partir de la condición de enfermo.

[...] el miércoles empezó con fiebre, maluco, no quería comer, malaganoso, bueno [...] eso fue el miércoles por la tarde; Entonces yo dije: No [...] Si amanece así lo llevo para donde el médico y ahí mismo pues sí amaneció así y me lo llevé para el hospital. (E16- P3)

Dicha situación de enfermedad, enfrenta al paciente y a sus allegados a problemas complejos que implican ajustes en el campo emocional y vital. Es una situación de tensión que unida al sufrimiento, la discapacidad y la alteración de la cotidianidad lleva a generar unas expectativas de los sujetos en cuestión. El proceso de enfermedad no solo produce unas alteraciones corpóreas, sino que también conlleva a cambios en las pautas de vida del sujeto; definidas como normales en relación con su trayectoria.

[...] yo era desesperada por venirme para la casa [...] Pues me duele que me digan que me tienen que hospitalizar [...] qué pesar de mí niña, le va a quedar todo el oficio a ella, pues a mí me traumatiza que me vayan a dejar, pero porque yo sé que dejo a mi niña sola con la obligación y porque dejo mis hijos y mi marido aquí solos. (E5-P8)

El concepto de necesidad de ayuda no es unívoco en los pacientes. Este se construye según los entramados simbólicos, las creencias y las situaciones contingentes de la enfermedad. La necesidad de buscar servicios de salud depende de la propia valoración del proceso de enfermedad y en consecuencia los tiempos de las acciones de los enfermos son relativos al síntoma, a las concepciones del proceso salud-enfermedad, al entorno familiar y a las condiciones socioeconómicas. En las entrevistas se encontró que los sujetos en un primer momento esperan antes de buscar ayuda. Si la persona se demora mucho en hacerlo o no lo hace, los otros pueden poner en duda su sensatez. Sin embargo las demoras para consultar pueden deberse a varias causas tales como no tener tiempo

o dinero, no contar con quien cuide a los hijos, tener un nivel socioeconómico o educativo bajo, sentir un gran peso psicológico o por las barreras de acceso al sistema de salud.

[...] y eso que siempre me aguanté quince días encerrada en esa pieza, no venía sino aquí a que mi hermana me aplicara las inyecciones, es que yo estoy viva por un milagro de Dios. Yo me ponía a pensar, ¿Qué hago ahora sin poder trabajar? ¿Con qué voy donde el médico?, ¿Con qué me hago esa cirugía? (E10- P7)

[...] hay cosas que no me gustan como hacer esas benditas filas y esperar para que lo atiendan a uno, lo mandan de un lado a otro, tiene uno primero que hacer diez filas antes de llegar al consultorio. (E17-P6)

Al tiempo que se configura la necesidad de consultar, el paciente genera una serie de estrategias en pro de retornar a la normalidad. Realiza una toma de decisiones frente a la valoración que hace del síntoma, las tradiciones médicas, las capacidades propias y la selección entre las alternativas que posee para la búsqueda de ayuda.

[...] yo hacía como ocho días estaba enferma de un dolorcito acá, me ponía yo a pensar que de pronto era como uno de esos miquitos⁴ que le dan a uno, que eso va pasando con algo, entonces yo esperaba que se me quitara con una pastilla, sobándome alguna cosa. (E8-P4)

[...] por ejemplo el año pasado llegó mi mamá con un mareo y le di la pastilla y le digo yo: mamá, ¿nada que se le quita ese mareo? Y me dijo: nada, yo estoy borracha y me hablaba enredado y entonces yo ahí mismo me fui con ella para urgencias. (E13-P12)

⁴ En el argot popular 'miquitos' hace referencia a dolor y espasmo muscular en el cuello.

Podemos entender la atención en salud como un proceso donde un sujeto inicia unos itinerarios terapéuticos y burocráticos. Acude a la institución, transita por una serie de pasos administrativos, y dependiendo de las condiciones complejas del sistema de salud es atendido y de esa atención se derivan unos cursos de acción y unos terapéuticos. Aunque en este trasegar se presenten barreras, el paciente busca agenciar una solución a su necesidad. Actuando bajo su condición de enfermedad, en permanente debate y negociación con los actores en salud e institucionales.

[...] yo me voy para una consulta y si voy muy enferma, yo voy para ver si me dan una cita, si hay ficho, muy bien o sino yo voy a urgencias si yo veo que estoy muy mal, porque si no es de mucha necesidad entonces espero a recibir un ficho porque para que va uno a urgencias sabiendo que no está. (E8-P6)

[...] yo he ido al [Hospital] cuando esta enfermedad me estaba empezando, yo iba allá con ese cólico y desesperado y hablé con el vigilante y le dije: hermano, brégueme a pasar hermano que estoy muy enfermo y dijo: a no, que pena hermano, pero tiene que esperar su turno y yo: hermano coloque la cita mía de las primeras a ver si me la pasan, hermano es que estoy muy desesperado de ese cólico. (E6-P10)

[...] [mi hijo] se puso amarillo y se me enfermó, entonces duré con el niño todo un día en el Hospital; que haga una vuelta aquí, que haga la otra allí y nada; por la noche le dio que fiebre tan horrible, para dejarlo hospitalizado [...] al niño lo pusieron en unas lámparas y al niño no le taparon los ojos [...] duró tres días hospitalizado. (E14-P7)

Los pacientes en sus itinerarios están en constante negociación y evaluación del tipo de atención que necesitan, en muchos casos pueden comenzar en primera instancia por el autocuidado y recurren

a los saberes populares sobre la enfermedad que creen tener; en otros, acuden a un lego o acuden a un profesional de la medicina de tradición occidental.

[...] es que de todas maneras nosotros no tenemos más para donde correr sino para el Hospital porque por una parte lo atienden a uno como más ligero. Por otra parte, inmediatamente usted sabe que un consultorio (particular) uno va con un dolor y le dicen: vaya hágase aplicar esto, tómese esto, en cambio allá en el Hospital, inmediatamente le aplican la droga que uno necesite para el dolor. (E7-P9)

El hospital dispone del personal de salud que provee cuidados, implementos y procedimientos necesarios, así como el espacio requerido, y determina las acciones para abordar la enfermedad y con esto suplir la necesidad del sujeto. En este contexto el sujeto es concebido como vulnerable e incapaz de proveerse por sí mismo una solución, se considera que no posee el conocimiento de lo que necesita ni sabe cómo afrontarlo convirtiéndose en paciente para el sistema. Sin embargo, en la práctica, el sujeto no es pasivo, se reviste de una serie de estrategias que le permiten negociar y tener cierta capacidad de agencia intentando reedificar su autonomía.

[...] que, haciendo vueltas, que cada que coronaba⁵ allá, “ya con este certificado está”, “bueno gracias”. “Vaya al Seguro que le den la orden para cirugía”, “¿cuál orden?” uno va y no le dan ninguna orden, “ahora no hay cupo”, “no hay contrato con el hospital, porque el Seguro le debe plata” [...] “a no que ya este necesita dizque otro examen”, se iba y él le hacía el examen y “a ver doctor vine por la orden” y hasta que ya me dijeron, “ponga una tutela”. (E1-P9-10)

⁵ Coronar, en este contexto, significa alcanzar el objetivo.

Sentir la necesidad de consultar, desde la perspectiva institucional hospitalaria, está condicionada por la definición de un rol del enfermo. Esto significa que, para la institución, una vez el paciente está en ella hace una ‘entrega’ de su capacidad y competencia para ayudarse a sí mismo; lo cual le confiere un nuevo estado de incapacidad. Así se observa en una de las entrevistas:

[...] doctor, sálmelo en todo caso, haga lo que sea, en las manos de Dios y en las tuyas [...], no tengo más que hacer, yo no voy a poner en riesgo la vida de mi niño como lo adoro. (E16-P3)

Encontramos en las entrevistas que la necesidad de ayuda depende, por un lado, del grado de sufrimiento, de qué tanto incapacite a la persona y del riesgo de muerte. Durante el proceso de búsqueda y atención en salud, el paciente configura múltiples expectativas que van desde la necesidad hasta la atención y persisten una vez se ha prestado la misma.

[...] que examinen bien, que me hagan el análisis completo en toda forma, eso es lo que yo espero, que me analicen bien la enfermedad [...] el médico que diga “saque la lengua” y no más y apenas le atisbe a uno el ojo [...] eso no es ningún examen. (E1-P7)

[...] que ellos lo atiendan a uno bien desde que uno entre, primero que todo la educación, “bueno días, que se le ofrece, en qué podemos colaborarle, ayudarle”, porque muchas veces hasta se les olvida esas frases [...] que lo atiendan a uno con una sonrisa o con una mirada que realmente le dé a uno moral. (E4-P8)

[...] porque me atendieron bien, porque no tuve nada que sentir y me llenaron mis necesidades, me las suplieron, entonces tengo que estar agradecida por eso, debo salir agradecida. (E18-P8)

Necesidades como expectativas son construcciones dinámicas que atraviesan el antes, el durante y el después de la consulta médica. Sobre las expectativas encontramos que estas no solo demandan una curación, sino también otros elementos que componen la atención y la relación del paciente con el personal de salud y la institución. Las expectativas surgidas de la necesidad son diversas y no apelan únicamente a la resolución por medio de la curación médica. Entre las múltiples expectativas está ser bien atendidos, ser escuchados, ser examinados, ser informados e intervenidos.

[...] [una atención] buena [...], es que llegue yo con un dolor y me lo calmen, que yo pueda salir aliviado, porque uno ir a un centro de salud y uno salir con el mismo dolor, mejor uno no va. (E6-P11)

Así como las expectativas acompañan las necesidades a lo largo de los itinerarios del sujeto, el dolor/sufrimiento subyace a estos y lo moviliza en su agencia por buscar unos actos resolutivos de aquello que lo aqueja. Aunque la experiencia del dolor tenga una explicación desde lo biológico en el discurso médico, el sujeto lo resignifica como sufrimiento, desbordando esta explicación al insertarlo desde su aparición en el orden de lo simbólico. Esto configura uno de los ejes movilizados de la necesidad del paciente, que se traduce en que la medicina le ofrezca una solución a su dolor/sufrimiento.

¿qué resultado espera obtener cuando va a una atención al Hospital? “No, que me digan que el mal que tengo no es malo, no es maligno” [...] la doctora me dijo, “tranquila que usted no tiene cáncer”. (E3-P10)

[...] ¿qué espera recibir usted en el Hospital? Que me atiendan, y que si es por ejemplo un dolor de muela, que me calmen el dolor y ya... pues si es por urgencias, y ya después se consulta. (E14-P7)

[...] cuando usted sale para el Hospital, ¿Qué espera recibir? Atención médica, que me atiendan ligero para que me quiten el dolor. (E20-P5)

El dolor/sufrimiento, el síntoma, la construcción de enfermedad, la necesidad de atención en salud y las expectativas que emergen de ella, movilizan a los sujetos a trasegar por una serie de itinerarios. Estos se configuran como caminos propios marcados por las contingencias de cada historia personal; encuadrada en la cultura, las condiciones socioeconómicas y el sistema de salud. Cuando estos caminos se cruzan en el hospital, que atiende al sujeto desde el discurso y las técnicas de la medicina occidental, el sujeto entra a negociar los significados construidos asumiendo la condición de paciente y agenciando su necesidad dentro del sistema.

DISCUSIÓN

Cuando un paciente siente un sufrimiento, o dolencia, se encuentra inmerso en un proceso donde identifica su situación como enfermedad a partir de la elaboración del síntoma como producto que emerge desde la corporeidad y la subjetividad (39, 40) y que se enmarca en la cultura (41, 42). La necesidad de atención en salud se va decantando en una necesidad por consultar. Esta se identifica cuando se pone en juego su autonomía y su capacidad, pues su condición de enfermedad es un estado de vulnerabilidad (11, 13) que puede ser visto como un estado de posibilidad en tanto se agencian, a partir de allí, unas transformaciones (9). Esto le lleva a identificar una necesidad sentida para hacerla manifiesta (7, 43) si lo considera socialmente conveniente (6, 13), tomando la decisión de qué hacer frente a la misma. Esta decisión implica el comienzo de unos itinerarios terapéuticos y burocráticos donde los pacientes, como se encontró en los entrevistados, encararon acciones para preservar o recuperar su salud utilizando diversos recursos y prácticas (1, 20, 21, 22, 23, 25).

Los itinerarios, más que indicar flujos predeterminados, son caminos diversos; configurados por construcciones subjetivas individuales y colectivas del proceso de enfermedad (20, 23, 25). En estos, múltiples factores y capitales entran en juego en las posibilidades y limitaciones que tienen los sujetos en el medio social. En los entrevistados se encontraron factores como las condiciones socioeconómicas, las creencias propias sobre la enfermedad, la experiencia con el sistema de salud y la estructura misma del sistema, que impusieron unos itinerarios tanto terapéuticos como burocráticos. Bajo este último título, Abadía y Oviedo advierten que el sistema de salud colombiano antepone a las necesidades percibidas por los pacientes unos itinerarios que responden a requisitos administrativos y burocráticos basados en los intereses y conveniencias de las aseguradoras en salud (1). Como se da cuenta en los caminos trazados por los entrevistados por medio de filas, trámites, selección de servicios y la acción de tutela.

Los sujetos inmersos en unos itinerarios construyen una noción propia de lo que experimentan como síntoma y afección; y elaboran expectativas que moldean y son moldeadas por los distintos cursos que toman en la sociedad y la cultura (19, 20, 26). Los trasegares van desde el autocuidado hasta acudir a otras prácticas curativas o acudir a un profesional en medicina. A lo largo de estos, enfrentan diversas barreras que los obligan a modificar sus estrategias y expectativas. Es preciso aclarar que los itinerarios terapéuticos no se limitan al transitar por las instituciones biomédicas, sino que son el camino que obliga la dolencia (18, 20, 23, 31). Esta investigación —al centrarse en el paciente que acude al hospital— se enfoca en la medicina alopática, erigida en el sistema de salud colombiano como el modelo médico dominante; aunque parte del reconocimiento del pluralismo médico que identifica en nuestras sociedades a los diversos actores y sistemas en atención en salud en los que incluso el autocuidado puede ser una alternativa al modelo biomédico hegemónico (31, 32).

En la voz de los sujetos se reconocen los caminos transitados y las construcciones individuales donde emerge la importancia de otras prácticas y agentes en salud que tienen sentido en cada búsqueda. En estas se encontró que el individuo (por medio del autocuidado), la familia y el personal de salud, fueron los actores presentes de mayor relevancia en los itinerarios, siendo el hospital un sitio referente y sobre el cual se construye identidad y pertenencia (31, 32). El médico, en consecuencia, y el hospital en términos políticos, legales y socioculturales, ha sido la instancia que confiere la legitimidad de enfermedad al enfermo (6).

El sujeto aquejado por un dolor o una alteración en su corporeidad⁶ ve interrogada su existencia. Esta irrupción paulatina o intempestiva en y desde su cuerpo implica reacomodar su trama simbólica. Reacomodación que busca organizar un caos, so pena de poner en juego la existencia, y que implica sufrimiento (40, 44). El sujeto que sufre con toda su historia de vida y con todos los que lo rodean emprende una búsqueda de alivio (39). Configura en un primer momento una explicación lógica y legítima (según los límites de su entorno cultural), que deriva en una noción de enfermedad (6). Esta lo encauza en la búsqueda de una cura, que puede iniciar con una espera silenciosa o puede llevarlo frenéticamente a consultar a un curandero o al servicio médico hospitalario.

Durante este proceso de construcción de la enfermedad, la búsqueda de sentido y la reacomodación simbólica no cesan; por tanto, el sufrimiento continúa en paralelo con una búsqueda llena de expectativas y promesas que muchas veces se alejan del centro mismo de la interpretación que el médico hace de la enfermedad (45). El cuerpo en su concepción de corporeidad experimenta unos procesos patológicos (entendidos no solo desde la patología de la medicina moderna, sino desde el origen del concepto de *pathos* como sufrimiento) que siguen unos ritmos y flujos propios.

⁶ Concepción que intenta superar los dualismos mente-cuerpo, propios de la concepción mecanicista del mismo (46, 47).

Estos pueden configurarse en síntoma al situar la experiencia del dolor/sufrimiento en el lenguaje, en tanto se transfiguran a una experiencia sensible de la cual se hace un acto de consciencia. El síntoma es una interpretación consciente de una corporeidad sentida donde el sujeto dota de significación dicha corporeidad desde su historia de vida y su cultura (45, 48).

Una vez se inscribe la enfermedad en el horizonte de sentido del sujeto, este debe hacerla un hecho social; por tanto, busca legitimarla ante distintas instancias. Este proceso de legitimación juega en las coordenadas mismas que ofrece la sociedad; la cual indica los límites de lo lícito, de lo que es verdadero y de lo que tiene sentido (39, 45). La legitimación de la enfermedad une el mundo de las formas (los signos, las pruebas) con los sufrimientos sentidos. El signo, aquello que puede mostrar el sujeto, participa en la legitimación del sufrimiento (49). En principio son el sujeto que padece y su familia los que procuran el reconocimiento social de la enfermedad. Sin embargo, la medicina moderna occidental está dotada socialmente de la autoridad para legitimar la enfermedad. Es esta quien le da al sujeto el estatuto oficial de enfermo y la que determina el diagnóstico legítimo y por lo tanto con repercusiones en el ámbito legal, familiar, laboral entre otros (6).

La construcción social de la enfermedad tiene una temporalidad que corre de forma distinta a la historia natural de la enfermedad. El tiempo de las alteraciones orgánicas no es el mismo de las interpretaciones de los síntomas (44). El tiempo del sujeto en expresar su necesidad y consultar juega en la evaluación que los otros hacen de este, lo que a la vez confiere o no legitimidad (39). Adicionalmente el sistema de salud impone unos tiempos administrativos que ponen barreras (1, 2) tal como se dio cuenta en las entrevistas. En estos itinerarios, el sujeto agencia una solución con el cuerpo sufriente y se mueve entre las diferentes dimensiones temporales y las posibilidades u obstáculos.

Cuando el sujeto llega a un servicio hospitalario se da el encuentro entre dos mundos. El mundo del enfermo y el de la institución en salud. Esta le da el rol de enfermo asignándole nuevas expectativas (50) y lo somete a tramas burocráticas, que por momentos desdibujan sus necesidades, para imponer las necesidades propias del sistema, la institución y sus profesionales (1). El médico como representante del discurso de la medicina moderna se posiciona no solo como profesional de la salud, sino como un sujeto con un marco cultural y de creencias con las que se acerca a otro sujeto que reconoce como paciente (39). Esto explica el enfoque de esta investigación, al tomar el hospital y el personal de salud como las instancias analizadas en la búsqueda de resolución de las necesidades en salud y moldeadas socioculturalmente en el acto de la consulta; lo cual está atravesado por la elaboración de expectativas, como se trabajó a partir de la experiencia de los pacientes.

CONCLUSIÓN

La necesidad de atención en salud es producto de la concepción subjetiva de la enfermedad a partir de las historias de vida, en la cultura. En que la corporeidad es el lugar donde el dolor y el sufrimiento se manifiestan a través del lenguaje, permitiendo la construcción del síntoma y —en consecuencia— de la enfermedad. Llevando al sujeto por unos itinerarios en los que elabora múltiples expectativas en búsqueda de una solución. Esta experiencia se juega en unas temporalidades diversas en las que la historia de vida del sujeto, la cultura a la que pertenece, su grupo familiar y la medicina, convergen dando forma y legitimidad al fenómeno de enfermedad. Que hace del enfermar una cuestión social que trasciende la concepción biomédica del mismo, en que la institución médica y los agentes en salud entran en juego y negociación con las concepciones de los pacientes, su entramado simbólico y creencias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abadía Barrero CE., Oviedo Manrique DG. Itinerarios burocráticos de la salud en Colombia: la burocracia neoliberal, su estado y la ciudadanía en salud. *Rev Gerenc Polit Salud*. 2010; 9 (18): 86-102.
2. Echeverry ME. Derecho a la salud, estado y globalización. *Rev Fac Nal Salud Pública*. 2006; 24 (número especial): 81-96.
3. Hernández M. El derecho a la salud en Colombia: obstáculos estructurales para su realización. *Rev Salud Pública*. 2000; 2 (2): 121-144.
4. Hernández M., Torres-Tovar M. Nueva reforma en el sector salud en Colombia: portarse bien para la salud financiera del sistema. *Med. Social*. 2010; 5 (4): 241-245.
5. Merlano-Porras CA., Gorbanev I. Sistema de salud en Colombia: una revisión sistemática de literatura. *Rev Gerenc Polit Salud*. 2013; 12 (24): 74-86.
6. Telles JL., Pollack MH. Feeling sick. The experience and legitimation of illness. *Soc Sci Med A*. 1981; 15A: 243-251.
7. Bradshaw J. Jonathan Bradshaw on social Policy. *Selected Writings 1972-2011*. New York: University of York; 2013.
8. Spicker P., Álvarez S., Gordon D. Pobreza, un glosario internacional. Buenos Aires: CLACSO; 2009.
9. Max-Neef M. El desarrollo a escala humana. Conceptos, aplicaciones y algunas reflexiones. Montevideo: Editorial Nordan Comunidad; 1998.
10. Casado G., Demetrio E. Introducción a los servicios sociales. Madrid: Editorial Popular; 1997.
11. Doyal L., Gough I. Una teoría de las necesidades humanas. Barcelona: ICARIA; 1994.
12. Puig M., Sabater P., Rodríguez N. Necesidades humanas: evolución del concepto según la perspectiva social. *Aposta, Revista de Ciencias Sociales*. 2012; 54: 1-12.
13. Spiker P. Need as claims. *Soc Policy Adm*. 1993; 27 (1): 7-17.
14. Navas H., Moiso A. Modelos conceptuales para la investigación de necesidades en salud y utilización de servicios en poblaciones localizadas. *Cuad Med Soc*. 1994; 69.
15. Echeverry ME. La acción de tutela en salud: una herramienta para la construcción del derecho a la salud como derecho fundamental. *Indignación justa: estudios sobre la acción de tutela en salud en Medellín*. Medellín: Hombre Nuevo Editores; 2013. p. 43-108.
16. Molina G. et al. Dilemas en las decisiones en la atención en salud. Ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera en el sistema de salud colombiano. *Rev Gerenc Polit Salud*. 2010; 9 (18 supl. 1): 103-117.
17. Pasarin L. Itinerarios terapéuticos y redes sociales: actores y elementos que direccionan los procesos de salud/enfermedad/atención. Disponible en: <https://www.academica.org/lorena.pasarin/21.pdf>.
18. Perdiguero E. Una reflexión sobre el pluralismo médico. En: Fernández G., coordinador. *Salud e interculturalidad en América Latina: antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito: Ediciones Abya-Yala; 2006. p. 33-49.
19. Augé M. L'Anthropologie de la maladie. *L'Homme*. 1986; 26 (97-98): 81-90.
20. Augé M. Introduction. *History and Anthropology*. 1985; 2 (1): 1-13.
21. Sindzingre NA. Présentation: Tradition et biomédecine. *Sci Soc Sante*. 1985; 3 (3-4): 9-26.
22. Sindzingre NA. Healing is as healing does: Pragmatic resolution of misfortune among the Senufo (Ivory Coast). *History and Anthropology*. 1985; 2 (1): 33-57.

23. Sindzingre NA. L'interprétation de l'infortune: Un itinéraire Senufo (Côte d'Ivoire). *Sci Soc Sante*. 1983; 1 (3-4): 7-36.
24. Pinho P., Gomes P. Itinerários terapêuticos: Trajetorias entrecruzadas na busca por cuidados. *Interface. Comunicação, Saúde, Educação*. 2012; 16 (41): 435-447.
25. Lobo L. et al. Itinerarios terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. *Ciencia & Saúde Coletiva*. 2011; 16 (11): 4433-4442.
26. Martínez A. Os itinerários terapêuticos e a relação médico-paciente. Belo Horizonte: Universitat Rovira i Virgili; 2006.
27. Córdoba CI., Duque, MC. Itinerarios terapêuticos en el cuidado de la salud de los infantes de un barrio de Bogotá. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*. 2002; 4 (1-2): 11-27.
28. Rodrigues F., Tao SA. A experiência da enfermidade e o itinerário terapêutico vivenciado por uma pessoa com infarto. *Rev Eletrônica de Enfermagem*. 2009; 11 (1): 101-109.
29. Venturiello MP. Itinerario terapêutico de las personas con discapacidad y mediaciones em el cuidado de la salud: la mirada de los familiares. *Physis. Rev. Saúde Coletiva*. 2012; 22 (3): 1063-1083.
30. Goldberg A. Trayectorias migratorias, itinerarios de salud y experiencias de participación política de mujeres migrantes bolivianas que trabajaron y vivieron en talleres textiles clandestinos del área metropolitana de Buenos Aires, Argentina. *Anuario Americanista Europeo*. 2013; 11: 199-216.
31. Menéndez EL. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Cien. Saude Colet*. 2003; 8 (1): 185-207.
32. Menéndez EL. El modelo médico hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica modelo de autoatención en salud. *Arxiu d'Ètnografia de Catalunya*. 1984; 3: 83-119.
33. Schwartz H., Jacobs J. Introducción a las bases conceptuales de la metodología de investigación cualitativa en salud. *Métodos cualitativos y métodos cuantitativos dos enfoques a la sociología*. Ciudad de México: Editorial Trillas; 1984. p. 22-57.
34. Lincoln YS. Sympathetic Connections Between Qualitative methods and health research. *Qual Health Res*. 1992; 2 (4): 375-391.
35. Thomas WL., Swaine D. *The Child in America, behavior problems and programs*. Nueva York: Aldred a Knopf; 1928.
36. Glaser B., Strauss A. *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. New York: Aldine de Gruyter; 1967.
37. Blumer H. *Symbolic Interaction: Perspective and Method*. Englewood Cliffs New Jersey: Prentice Hall; 1969.
38. Glaser B., Strauss A. *Basics of Qualitative Research-Grounded Theory Procedures and Techiques*. Newbury Park: Sage; 1990.
39. Le Bretón D. *Antropología del dolor*. Barcelona: Seix Barral, Los Tres Mundos; 1999.
40. Mol A. *The body multiple. Ontology in medical practice*. Durham: Duke University Press; 2002.
41. Kleiman A., Eisenberg L., Good B. Clinical lesson from anthropologic and cross-cultural research. *Ann Intern Med*. 1978; 88: 251-258.
42. Kleinman A., Benson P. Anthropology in the Clinic: The problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS Med*. 2006; 3 (10): 1673-1676.
43. Bradshaw J. *The conceptualization and measurement of need: A social policy perspective. Researching the people's health*. London: Routledge; 1994.
44. Mol A., Law J. Embodied action, enacted bodies. The example of hypoglycaemia. *Body Soc*. 2004; 10 (2-3): 43-62.

45. Alves P. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. *Cad Saúde Publica*. 1993; 9 (3): 263-271.
46. Cabra NA. El cuerpo en Colombia: estado del arte, cuerpo y subjetividad. Bogotá: IESCO, IDEP; 2014.
47. Le Bretón D. Antropología del cuerpo y modernidad. Buenos Aires: Nueva Visión; 2002.
48. Zola I. Culture and symptoms: An analysis of patient's presenting complaints. *Am Sociol Rev*. 1966; 31 (5): 615-630.
49. Goffman E. Estigma. La identidad deteriorada. Buenos Aires: Amorrortu editores; 2006.
50. Parsons T. El sistema social. Madrid: Alianza Editorial; 1999.

MOTIVACIÓN Y LOGROS EN PROCESOS DE EDUCACIÓN PARA LA SEXUALIDAD CON DOCENTES

*Lucila Niño Bautista**
*María del Pilar Oviedo Cáceres***
*Fabio Alberto Camargo Figuera****
*Claudia Milena Velasco Rangel*****
*María Constanza Hakspiel Plata******
*Liliana Patricia Pineda Rodríguez******

Recibido en septiembre 02 de 2017, aceptado en octubre 19 de 2017

Citar este artículo así:

Niño Bautista L. et al. Motivación y logros en procesos de educación para la sexualidad con docentes. Hacia Promoc. Salud. 2018; 23 (1): 106-122. DOI: 10.17151/hpsal.2018.23.1.8

Resumen

Objetivo: Evaluar la motivación como elemento esencial en el proceso de capacitación sobre educación para la sexualidad de un grupo docente de educación básica y media y apreciar los cambios alcanzados por el colectivo. **Materiales y métodos:** Estudio con diseño mixto secuencial explicativo-cuantitativo-cualitativo con 81 docentes de dos instituciones públicas de Oiba y Simacota (Santander), quienes participaron de manera voluntaria en la investigación durante 2016. La etapa cuantitativa, diseño de corte transversal y enfoque empírico analítico no experimental, evaluó la motivación del colectivo antes de iniciar la capacitación. Se utilizó instrumento construido y validado previamente por el equipo investigador; se analizó mediante el modelo de Rasch y se establecieron relaciones significativas entre variables sociodemográficas y tipos de motivación. En la etapa cualitativa se utilizó el enfoque fenomenológico y la técnica del conversatorio para recabar lo esencial de la experiencia del colectivo y logros alcanzados. **Resultados:** Más de la mitad del grupo mostró motivación interna alta; la motivación externa se distribuyó en baja, media y alta y hubo un grupo desmotivado en nivel bajo.

* Enfermera, Magíster en Educación. Instituto PROINAPSA, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia. Correo electrónico: lucinino@hotmail.com.  orcid.org/0000-0003-2511-8294. Autora para correspondencia.

** Optómetra, Magíster en Salud Pública. Instituto PROINAPSA, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia. Correo electrónico: poviedoc@hotmail.com.  orcid.org/0000-0002-2576-8409.

*** Enfermero, PhD. en Epidemiología. Escuela de Enfermería, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia. Correo electrónico: falcamfi@uis.edu.co.  orcid.org/0000-0001-6070-9327.

**** Enfermera, Magíster en Pedagogía. Instituto PROINAPSA, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia. Correo electrónico: mile0833@hotmail.com.  orcid.org/0000-0002-9368-2818.

***** Enfermera, Especialista en Educación y Orientación Sexual. Instituto PROINAPSA, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia. Correo electrónico: mconina@yahoo.com.  orcid.org/0000-0002-1881-9351.

***** Psicóloga. Instituto PROINAPSA, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia. Correo electrónico: liliana.piedar@live.com.  orcid.org/0000-0002-9836-275X.



La confiabilidad de las personas en los tres grupos fue muy baja, lo cual puede sugerir que la muestra no fue la mejor para medir el constructo, aunque el instrumento (ítems) mostró buenas propiedades para evaluarlo. La etapa cualitativa corroboró motivación interna alta en el grupo, amplió la comprensión de los resultados cuantitativos e identificó cambios importantes en el colectivo. **Conclusiones:** Los testimonios que aportaron muchos de los asistentes evidenciaron cambios en relación con la educación para la sexualidad, lo cual era el objetivo a lograr.

Palabras clave

Motivación, encuesta, análisis cuantitativo, análisis cualitativo, docentes, educación sexual (*fuentes: DeCS, BIREME*).

MOTIVATION AND ACHIEVEMENT IN EDUCATION PROCESSES FOR TEACHING SEXUALITY

Abstract

Objective: To evaluate motivation as an essential element to the training process on education for the sexuality of an elementary and middle school group of teachers and to appreciate the changes achieved by the group. **Materials and methods:** Explanatory-quantitative-qualitative sequential mixed design study with 81 teachers from two public educational institutions of Oiba and Simacota, Department of Santander, who participated voluntarily in the research project during 2016. The quantitative stage, a cross-sectional design and non-experimental analytical empirical approach, evaluated the motivation of the group before starting the training. An instrument built and validated previously by the research team was used and it was analyzed using the Rasch model, establishing significant relationships between sociodemographic variables and types of motivation. In the qualitative stage, the phenomenological approach and the conversational technique were used to gather the essential of the experience lived by the group and achievements. **Results:** More than half of the group showed high internal motivation; the external motivation was distributed in low, medium and high and a demotivated group in a low-level was identified. The reliability of the individuals in the three groups was very low which may suggest that the sample was not the best to measure the construct, although the instrument (items) showed good properties to evaluate it. The qualitative stage corroborated high internal motivation in the group, expanded the understanding of quantitative results and identified important changes in the group. **Conclusions:** The testimonies contributed by many of the attendees evidenced changes in relation to the education for the sexuality, which was the objective to be achieved.

Key words

Motivation, survey, quantitative analysis, qualitative analysis, teachers, sexual education (*source: MeSH, NLM*).

MOTIVAÇÃO E LOGROS EM PROCESSOS DE EDUCAÇÃO PARA A SEXUALIDADE COM DOCENTES

Resumo

Objetivo: Avaliar a motivação como elemento essencial no processo de capacitação sobre educação para a sexualidade de um grupo de professores de ensino fundamental e médio e apreciar os câmbios alcançados pelo coletivo. **Materiais e métodos:** Estudo com desenho misto seqüencial explicativo-quantitativo - qualitativo com 81 professores de duas instituições públicas de Oiba e Simacota em Santander- Colômbia, quem participaram de maneira voluntaria na pesquisa durante 2016. A etapa quantitativa, desenho de corte transversal e enfoque empírico analítico não experimental, avaliaram a motivação do coletivo antes de iniciar a capacitação. Utilizou se instrumento construído e validado previamente pela equipe pesquisador; analisou se mediante o modelo de Rasch e se estabeleceram relações significativas entre variáveis sócio-demográficas e tipos de motivação. Na etapa qualitativa se utilizou o enfoque fenomenológico e a técnica do dialogo para conseguir o essencial da experiência do coletivo e logros alcançados. **Resultados:** Mais da metade do grupo mostrou motivação interna alta; a motivação externa se distribuiu em baixa, media e alta e houve um grupo desmotivado no nível baixo. A confiabilidade das pessoas nos três grupos foi muito baixa, o qual pode sugerir que a amostra não foi à melhor para medir o constructo, porém o instrumento (itens) mostrou boas propriedades para avaliar-lo. A etapa qualitativa corroborou motivação interna alta no grupo, ampliou a compreensão dos resultados quantitativos e identificou câmbios importantes no coletivo. **Conclusões:** As testemunhas que aportaram muitos dos assistentes evidenciaram câmbios em relação com a educação para a sexualidade, o qual era o objetivo a lograr.

Palavras chave

Motivação, enquete, análise quantitativa, análise qualitativa, professores, educação sexual (*fonte: DeCS, BIREME*).

INTRODUCCIÓN

La motivación, elemento clave en los procesos de educación continua y crecimiento profesional de las y los profesores de educación básica y media, es un tema sobre el cual se investiga muy poco (1); en especial, cuando el personal docente tiene años de estar ejerciendo su rol; se privilegia el estudio de los factores socioemocionales y su relación con el aprendizaje en los colectivos que van a iniciar trabajo docente o cuando se trata del aprendizaje de estudiantes (2, 3).

En el escenario educativo la motivación de profesoras y profesores relacionada con los temas que enseñan es un punto clave puesto que ellas y

ellos son el centro de atención de sus estudiantes quienes los observan, analizan y valoran de manera sistemática y no consciente, percibiendo el acompañamiento emocional que dan a las palabras y la coherencia entre lo que dicen y lo que hacen respecto al tema que tratan en especial, cuando este se refiere al comportamiento humano. Por ello la motivación, las actitudes y los comportamientos percibidos en las personas docentes inciden directa y definitivamente en el proceso de aprendizaje de sus estudiantes especialmente en la infancia (4). Como lo expresan Maquillón y Hernández (5), la motivación es el motor que mueve toda conducta por lo tanto permite provocar cambios en comportamientos, actitudes y prácticas no solo a nivel escolar, sino a lo largo de la vida.

Aunque no se encontraron en las fuentes consultadas artículos específicos sobre la relación entre motivación docente y logros de los procesos de educación para la sexualidad con estudiantes, se identificaron trabajos con resultados importantes sobre el papel de la motivación en el logro de metas definidas en el escenario educativo. Investigadores de Mount Kenya University (6), al hacer una evaluación de factores motivacionales intrínsecos y extrínsecos en relación con la eficiencia del maestro en el aula y en su trabajo institucional, encontraron una relación significativa entre motivación y desempeño docente; asimismo, expresaron que el sistema educativo ponía en riesgo su calidad si no se asegura la motivación del personal docente. Respecto al tema objeto de este trabajo no se puede olvidar que algunos maestros eluden hablar con sus estudiantes sobre sexualidad, pues en general sienten que no están suficientemente preparados para este abordaje (7); por ello un factor esencial para apoyar al cuerpo docente en su desempeño exitoso como personas facilitadoras de procesos de educación para la sexualidad, tiene que ver con identificar y estimular los factores motivacionales desde el comienzo de la capacitación en el tema y así orientar mejor este proceso.

En otros estudios se identificó la relación entre la motivación para ejercer una profesión y la adecuada formación del talento humano (8), la incidencia de la motivación en el desempeño del rol docente como facilitador del éxito escolar (9) y su estrecha relación con la voluntad de las y los docentes capacitados para aplicar y dar continuidad a la práctica de los tópicos aprendidos, lo cual reviste la mayor importancia en términos de formación para toda la vida (10). Es importante, además, recordar que la motivación y las actitudes como primeros eslabones en el proceso educativo son fundamentales para que profesoras y profesores decidan mantenerse actualizados para el desempeño de su importante labor; por ello conocer las características de la motivación en las personas que van a adelantar un proceso de aprendizaje en cualquier etapa de la vida es

importante, pero más aún cuando se trata de grupos docentes por el potencial de desarrollo que pueden desencadenar dado que la motivación se considera como un constructo con gran potencia explicativa y predictora de la conducta humana (11). También es fundamental tener en mente el valor de la escuela como escenario donde se educan los escolares para el manejo de su sexualidad; ya que, como lo dice Quaresma da Silva (12), las escuelas han demostrado ser altamente eficientes en la misión de educar para producir cuerpos y subjetividades ajustados a determinadas normas, deberes y exigencias aprobados y legitimados socialmente.

El Instituto PROINAPSA, de la Universidad Industrial de Santander, ha identificado por su trabajo con grupos docentes de educación básica y media que reciben capacitación en educación para la sexualidad, que la motivación incide directamente en el fortalecimiento docente para el manejo adecuado de las inquietudes y problemas relacionados con la sexualidad que viven las y los estudiantes y es vital en el éxito de los proyectos pedagógicos sobre educación sexual y construcción de ciudadanía regulados en Colombia por el Decreto 1860 de 1994 (artículo 36). De allí nació el interés por investigar sobre el tema y en un primer trabajo realizado se desarrolló un instrumento para evaluar la motivación de los profesores (13); a partir de esa experiencia se propuso realizar la presente investigación cuyo objetivo fue evaluar la motivación inicial de un grupo de profesores de educación básica y media de dos municipios de Santander y estimularla a lo largo de un proceso de capacitación en educación para la sexualidad, para apreciar los cambios y logros alcanzados por este colectivo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio con diseño mixto secuencial explicativo-cuantitativo-cualitativo en los municipios de Oiba y Simacota (Santander) durante 2015 (14, 15); la muestra estuvo constituida por 81 docentes de dos instituciones públicas

(con sedes urbanas y rurales) de educación básica y media que aceptaron participar de manera voluntaria en el presente estudio, por lo que fue una muestra de conveniencia. El grupo docente de los dos municipios (89 personas), participó de un proceso de capacitación en educación para la sexualidad (proyecto de intervención) y en paralelo a dicho proceso se llevó a cabo la investigación como se describe a continuación.

El *proceso de capacitación* en educación para la sexualidad llevado a cabo se desarrolló en seis momentos clave: (i) socialización del proyecto aprobado y concertación del cronograma de trabajo; (ii) levantamiento de la línea de base y al final la de resultados; (iii) una capacitación que permitió el desarrollo de aprendizajes a través de un proceso formativo y de capacitación presencial dirigido a docentes, adolescentes y jóvenes al igual que a representantes del sector salud, educación y otras instituciones de cada municipio. Se buscó construir saberes individuales y colectivos a partir de las potencialidades y necesidades de cada persona para lo cual las facilitadoras se encargaron de acompañar al grupo de participantes en este recorrido, propiciando experiencias significativas. Al final se realizó un encuentro entre las diferentes instituciones educativas para intercambiar experiencias y cambios experimentados por los participantes; (iv) entrega de cajas de herramientas de materiales didácticos a los diferentes grupos intervenidos; (v) asistencia técnica a lo largo del proceso en encuentros de trabajo con docentes y docentes con familias; (vi) movilización y comunicación: se elaboró una estrategia de comunicación educativa conjunta para los municipios de Oiba y Simacota (mesas de trabajo) con participación de adolescentes, docentes y representantes de los equipos municipales, orientada a la difusión y discusión sobre derechos sexuales y reproductivos y equidad de género.

Cabe resaltar que el modelo pedagógico que PROINAPSA UIS utiliza es de carácter constructivista en donde la libertad para compartir

saberes, pensamientos, emociones y prácticas mediante el diálogo abierto y respetuoso es transversal en los procesos formativos y por lo tanto facilitador de la reflexión y caracterización de los problemas o barreras personales, así como de los avances percibidos por los docentes.

Etapa cuantitativa

En esta etapa de la investigación —mediante diseño de corte transversal y enfoque empírico analítico no experimental— se evaluó la motivación interna, externa y la desmotivación del colectivo docente, previo al inicio del proceso de capacitación, utilizando la encuesta desarrollada por el Instituto PROINAPSA UIS (13) en el marco de la teoría de Deci y Ryan (16) y tomando como referentes modelos de encuestas desarrolladas bajo la misma teoría y validadas en diversos escenarios (17, 18). Dicha etapa permitió valorar cuantitativamente la motivación inicial del grupo docente utilizando, de la teoría de respuesta al ítem TRI del modelo de Rasch.

Para la recolección de datos se utilizó la encuesta mencionada, constituida por 10 ítems de selección sobre variables socioculturales y demográficas y 56 ítems con opción de respuesta dicotómica (Sí, No) referidas a la motivación interna (21 ítems), externa (22 ítems) y desmotivación (13 ítems), para un total de 66 ítems. La recolección de los datos se llevó a cabo en el primer encuentro con el colectivo docente (el cual no mostraba mucho entusiasmo) en el que se compartió información sobre el objetivo del estudio a realizar, la condición de anonimato en el diligenciamiento de la encuesta y el rigor ético con el que se manejaría la información aportada por cada quien y se resolvieron preguntas de los asistentes; posteriormente se solicitó su consentimiento informado de manera verbal y a aquellos que expresaron su intención de no participar, se les respetó su decisión.

A continuación se instruyó al grupo docente que permaneció en el salón sobre la estructura de

la encuesta y la lectura reflexiva requerida para responderla. Los datos recolectados en la encuesta recibieron doble digitación en Excel por diferentes personas y se corrigieron errores en las bases de datos previo a ser transferidas a los paquetes estadísticos Stata 12.0 (19) y Winstep 3.81 (20) para su análisis. Para determinar la motivación en el grupo docente se utilizaron los estadísticos del modelo de Rasch: (i) valor de las medidas de ítems y docentes; (ii) valores Infit y Outfit - MNSQ; (iii) confiabilidad y separación por ítems y docentes y (iv) valores de la varianza y la varianza inexplicada en el primer contraste; a partir de este modelo fue generada una medida (variable) para cada una de las tres categorías de la motivación, dicha variable fue presentada en una escala de 0 a 100. Con relación a las variables sociodemográficas se utilizaron los promedios y la desviación estándar y para establecer relación significativa con los tipos de motivación se empleó la prueba U Mann-Whitney y la prueba de Kruskal-Wallis debido a que las variables no siguieron una distribución normal. Para identificar el funcionamiento diferencial del ítem FDI por sexo se utilizó la prueba de Mantel-Haenszel. Los resultados obtenidos en la etapa cuantitativa permitieron construir el perfil de la motivación en el colectivo docente, así como las relaciones significativas y no significativas entre variables.

Posterior al primer encuentro, el grupo docente participó de la capacitación específica en educación para la sexualidad (4 talleres) y a continuación recibió asistencia técnica orientada a fortalecerlos en sus competencias para el manejo de la temática durante los 8 meses que duró el trabajo de docentes con estudiantes; la evaluación de resultados fue cualitativa como se indicará a continuación.

Etapa cualitativa

En la segunda etapa de la investigación, de corte cualitativo, se utilizó el enfoque fenomenológico por su capacidad de recabar lo esencial de la experiencia vivida por profesoras y profesores

dada su naturaleza introspectiva durante el proceso de capacitación y en su interacción con los estudiantes, familias y mesas de trabajo en cada municipio. Este enfoque metodológico tiene como foco entender el significado que tienen los eventos para las personas, en este caso, el significado que las personas docentes le otorgaron a esta vivencia y los logros obtenidos para su vida personal y su trabajo docente.

Se utilizó la técnica del conversatorio y se estimuló a los colectivos participantes a compartir sus reflexiones, experiencias y aprendizajes durante la capacitación, en los encuentros de asistencia técnica y en los encuentros con familias. En estos conversatorios, previo consentimiento informado verbal, los colectivos docentes aceptaron la grabación y registro de dicha actividad.

La información relevante se consignó en diarios de campo para luego hacer el análisis siguiendo las fases propuestas por Taylor y Bogdan, quienes plantean una técnica para el análisis de la información a partir de los hallazgos dados en las entrevistas. Por lo tanto se siguió el proceso de descubrimiento, codificación y relativización de los datos. La fase de descubrimiento permitió identificar temas y desarrollar proposiciones; posteriormente la segunda fase permitió la codificación de los datos y el refinamiento de la comprensión del tema de estudio. Finalmente las personas investigadoras relativizaron los datos, es decir se profundizó en la comprensión de estos en el contexto en el que fueron recogidos (21).

Las transcripciones fueron leídas y releídas por los investigadores con el fin de fomentar la familiaridad con el contenido y obtener una visión general de patrones emergentes en los datos. Los datos de cada transcripción fueron inspeccionados, teniendo especial énfasis en los puntos de vista de las personas participantes en relación al tema de estudio. Estos fueron codificados línea por línea y códigos similares fueron agrupados en temas. Los conversatorios fueron liderados por dos

autoras del manuscrito, quienes fueron entrenadas para el desarrollo de estos encuentros y quienes a la vez tienen amplia experiencia en la realización de procesos de trabajo en educación sexual. Este trabajo fue realizado siguiendo los principios y lineamientos contenidos en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia; con fundamento en dichos lineamientos el estudio se consideró sin riesgo; asimismo, se observaron los principios éticos contenidos en la Declaración de Helsinki para investigación con seres humanos.

RESULTADOS

El estudio se efectuó en Oiba y Simacota, dos municipios pequeños de Santander, con alrededor de 10 000 habitantes por cada uno, los cuales, de acuerdo con el índice de ruralidad construido por el PNUD (22), pertenecen al 75 % de municipios con características de ruralidad del país y en los que los rasgos del modelo patriarcal inciden aún con fuerza en las condiciones de género y en la sexualidad de las personas. Cada municipio cuenta con un colegio público y sedes en el área urbana y rural; del total de 89 docentes participaron 81 de manera voluntaria en la investigación, equivalentes al 92 %.

Perfil sociodemográfico del grupo docente

La edad de los participantes estuvo entre los 26 y los 63 años con promedio de edad de 48 años; el 82,7 % eran mujeres y el 59 % de los asistentes estaban casados. El 66,6 % tenía hijos o hijas menores de 18 años; además, el 17,2 % tenía a cargo otros menores de edad (18 años). El 28,4 % tenía grado profesional y el 64,2 % especialización; respecto a los años de experiencia, la mayoría, el 60,5 %, habían laborado por más de 20 años.

Etapa cuantitativa

Para el análisis mediante el modelo de Rasch se estudiaron por separado los tres componentes de la motivación (interna, externa y desmotivación) dado que una de las características de este modelo es la unidimensionalidad de la variable latente bajo estudio. Una vez realizado el proceso de depuración inicial, para excluir ítems y personas que no se ajustaron a los parámetros Rasch, se procedió al análisis de los componentes de la motivación; los resultados para ítems y docentes se observan en la tabla 1.

Tabla 1. Valores de parámetros Rasch, en constructos sobre motivación.

Parámetros	Motivación interna	Motivación externa	Desmotivación
No. de ítems	9 Ítems	17 Ítems	11 Ítems
Valores medida	19,1 a 79,1; prom 50,3 DE 18,1	17,6 y 89,5; prom 47,4 DE 25,4	24,7 a 80,8; prom 48,1 DE 15,5
Infit MNSQ	0,43 a 1,43; prom 1,0	0,73 a 1,37; prom 0,98	0,67 a 1,2; prom 0,99
Outfit MNSQ	0,10 a 1,12; prom 0,67	0,06 a 1,69; prom 0,74	0,17 a 1,34; prom 0,84
Confiabilidad	0,78	0,97	0,86
Separación	1,87 (2,5 estratos)	5,35 (7 estratos)	2,45 (3,6 estratos)
Unidimensionalidad	Varianza por medidas 34,6 % Varianza inexplicada 1 ^{er} contraste 2,6 autovalores	Varianza por medidas 73,6 % Varianza inexplicada 1 ^{er} contraste 2,2 autovalores	Varianza por medidas 24,7 % Varianza inexplicada 1 ^{er} contraste 1,8 autovalores
No. de docentes	75 docentes	77 docentes	76 docentes

Valores medida	17,2 a 83,2; prom 72,2; DE 15,1	26,1 a 82,1; prom 54,0 DE 11,1	15,2 a 62,5; prom 28,1; DE 10,9
Infit MNSQ	0,51 a 2,21; prom 1,0	0,15 a 3,25; prom 0,98	0,56 a 1,76; prom 1,0
Outfit MNSQ	0,21 a 1,91; prom 0,67	0,7 a 6,50; prom 0,74	0,28 a 1,76; prom 0,84
Confiabilidad	0,30	0,65	0,05
Separación	0,65 (1,2 estratos)	1,35 (2,1 estratos)	0,22 (0,6 estratos)

Fuente: elaboración propia.

Motivación interna (MI)

Los ítems tuvieron un ajuste óptimo en Infit; su promedio en 1,0 indica ajuste perfecto entre datos y modelo (23); con relación al Outfit, el ajuste fue menos bueno. No hubo mucha variedad en la dificultad de ítems, pues solo se conformaron 2,5 estratos (24). La varianza por las medidas y la varianza inexplicada en el primer contraste confirmaron la unidimensionalidad del constructo.

Los docentes, en su mayoría sobre el promedio, demostraron habilidad para responder a los ítems. Hubo poco ajuste al modelo; Linacre indica que el Infit por encima de 2,0 distorsiona o degrada el sistema de medición, lo cual puede ser causado por una o dos personas que respondieron de manera irreflexiva ítems cuya dificultad está cerca de la habilidad de la persona para responderlos (responder por salir del paso); la medida por debajo de 0,5 no aporta a la medición pero no la degrada, aunque puede alterar la confiabilidad y la separación (25). La separación en 0,65 indicó un solo grupo homogéneo en su MI; la confiabilidad en 0,30 (bastante baja) muestra que, si a los mismos individuos se les hubiera medido su MI en otro momento (previo a la capacitación), los resultados hubieran podido ser diferentes a los actuales (26); aunque estos pudieron ser afectados por el tamaño de la muestra y la homogeneidad del grupo (27).

Motivación externa (ME)

Los ítems tuvieron buen ajuste, su confiabilidad fue muy buena, la separación según el grado

de dificultad permitió 7 estratos de ítems y la unidimensionalidad fue corroborada; asimismo, gran parte de la varianza fue explicada por las medidas.

Los docentes tuvieron ajuste deficiente al modelo según Infit y Outfit; el Infit, como ya se dijo, es sensible a respuestas inesperadas para ítems cercanos a la habilidad para responderlos. El Outfit es afectado por respuestas imprevistas a ítems difíciles o lejanos de las habilidades para comprenderlos y responder adecuadamente. La baja confiabilidad se relaciona posiblemente con tamaño de muestra e indica igualmente que una nueva medición daría resultados diferentes; solo 2 estratos de docentes indican cercanía a la homogeneidad o pocas diferencias.

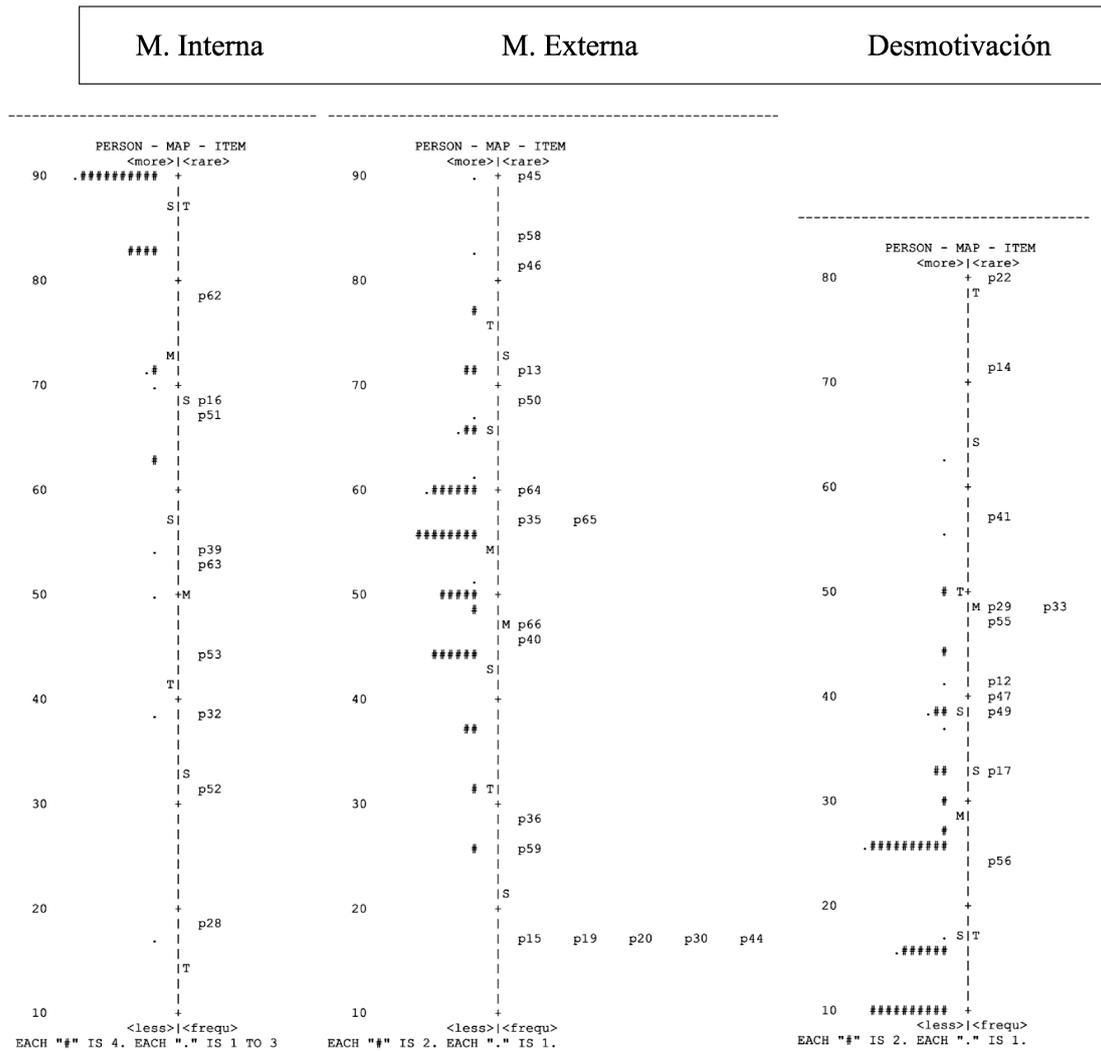
Desmotivación (D)

Ítems con buen ajuste al modelo con mejores resultados en parámetros del Infit, confiabilidad dentro de límites aceptados, separación en tres grupos de ítems y unidimensionalidad del constructo.

Los resultados para docentes se ajustaron al modelo de Rasch con mejor desempeño en Infit; confiabilidad muy baja, lo cual indica inestabilidad frente al constructo y se mostraron como un grupo homogéneo desmotivado.

Otro instrumento que provee Winstep para identificar gráficamente el comportamiento de ítems y personas en la misma escala de medición

(0 a 100) es el mapa de Wright. En la gráfica 1 se observan los mapas de MI, ME y D.



Gráfica 1. Comportamiento de ítems y docentes según parámetros Rasch en motivación interna, externa y desmotivación. Mapa de Wright.

El primer mapa de Wright (MI), muestra los 75 docentes al lado izquierdo del eje y al derecho los 9 ítems; 65,3 % del grupo docente se ubicó por encima del promedio (72,2) y el 56 % alcanzó el nivel más alto corroborando un grupo homogéneo con alta MI. Por su parte los ítems se distribuyeron más homogéneamente a lo largo del eje, 4 por debajo de la media (50,3) y 5 por encima.

En el mapa del centro (ME), los 77 docentes a la izquierda del eje mostraron una distribución más cercana a la normal indicando la presencia de docentes con baja, media y alta ME; los 17 ítems a la derecha se repartieron y el 53 % quedó por debajo de la media (47,4). Hay 4 ítems ubicados en el nivel más bajo de dificultad (15, 19, 20, 30, 44) y uno, el ítem 45, en el máximo nivel; en general, hay menos ítems de nivel medio de dificultad.

En el mapa de Wright de la derecha hay concentración del 75 % de docentes (D) por debajo de la media (28,1 %). Esta ubicación indica que la desmotivación es baja, lo cual concuerda con la inestabilidad que muestra la confiabilidad; o dicho de otra forma, su desmotivación puede cambiar en cualquier momento. Los ítems muestran distribución a lo largo del eje y un ítem en el más alto nivel de dificultad (p22); faltaría poblar con más ítems muy fáciles y difíciles.

Hecho el análisis de los tres constructos, según Rasch, se procedió a comparar los promedios de cada una de las categorías (MI, ME y D) con los obtenidos en las variables sociodemográficas y culturales del grupo docente buscando cuáles de

ellos estaban relacionados y mostraron significancia estadística. Para este ejercicio se procedió a convertir las variables con varias posiciones en variables con respuestas agrupadas en dos posiciones (ejemplo: estado civil que tenía seis opciones: soltero, casado, divorciado, separado, viudo, unión libre, se agrupó en –soltero, -con pareja) y otras en tres posiciones (ejemplo: nivel educativo alcanzado, que ofrecía siete opciones: educación media, normalista superior, tecnólogo, profesional, especialista, magíster, doctor, se agrupó en: educación media y normalista, profesional, posgrado) para utilizar las pruebas de Mann Whitney o Kruskal Wallis según el caso. En la tabla 2 se puede observar cuáles variables mostraron resultados estadísticamente significativos.

Tabla 2. Relación de motivación interna, externa y desmotivación con variables sociodemográficas.

Variables	Motivación interna	Motivación externa	Desmotivación
Sexo	No	No	Hombres Md = 8,2 Mujeres Md = 25,6 p=0,018
Estado civil	No	No	No
Tener hijos < 18 años	Si Md = 83,3 No Md = 99,7 p=0,058	No	No
Otros menores a cargo	No	No	No
Max nivel educativo	No	No	Ed Media y Normal Md = 0,02 Ed Profesional Md = 15,3 Posgrado Md = 25,6 p=0,014
Área conocimiento	No	Religión y Ética p=0,017 Si Md = 55,6 No Md = 50,5 Sociales p=0,026 Si Md = 55,6 No Md = 50,5 Deportes p=0,006 Si Md = 55,6 No Md = 47,5	No
Motivación docencia	No	No	No
Años experiencia	No	No	No
Religión profesada	No	No	No
Funcionamiento diferencial del ítem FDI por sexo	No	Si para ítem 57	Si para ítem 43

Fuente: *elaboración propia*.

Solo hubo resultados con significancia estadística para 3 variables: sexo, nivel educativo y materias o asignaturas que conducían las/los profesores. Las mujeres fueron más afectadas por la desmotivación; la motivación externa fue influida por las cátedras de *Religión y Ética*, *Sociales y Deportes*; el FDI por sexo influyó en ítem 57 de motivación externa y en 43 de desmotivación, los cuales fueron excluidos previo a los análisis Rasch. Vale la pena señalar que el tener hijos menores de 18 años estuvo muy cerca de ser estadísticamente significativo ($p=0,058$) para la motivación interna de las personas docentes.

Etapa cualitativa

Al realizar el análisis de discurso de las personas docentes entrevistadas se identifica que la motivación para participar en procesos de educación para la sexualidad está relacionada con la posibilidad de adquirir mayores conocimientos en la temática, los cuales a la vez permitirán mejorar su práctica docente. Otro aspecto relacionado con la motivación para vincularse a estos procesos formativos tiene que ver con la posibilidad de hacer un proceso individual que les permita transformar sus concepciones y creencias alrededor de esta temática. Los anteriores elementos están mediados por las creencias religiosas y el contexto institucional en el que se desempeñan las personas participantes.

Proceso formativo como posibilidad para el aprendizaje

Para las personas docentes que participaron en los conversatorios, los procesos formativos en educación para la sexualidad fueron considerados como una oportunidad para aumentar sus conocimientos sobre la temática:

[...] aprender acerca de respeto, libertad, tolerancia y construcción de paz, desde las diferentes temáticas de sexualidad, principalmente los derechos sexuales y reproductivos (H, 43 años).

[...] es útil abrir espacio para hacer estas reflexiones, a veces no nos conocemos lo suficiente (M, 34 años).

Las motivaciones manifestadas por las personas docentes, para participar, estuvieron impulsadas por el aporte que el proceso formativo les podía brindar para mejorar sus prácticas docentes y para aportar en la solución de las inquietudes y situaciones que se presentan en la cotidianidad de la población estudiantil.

[...] fortalecernos como educadores para la sexualidad, para dar respuesta a las inquietudes de niñas y niños (H, 39 años).

[...] para poder educar a niñas y niños con calidad y calidez (M, 48 años).

[...] conjugar la teoría y la práctica, de manera que sea posible enseñar acerca de sexualidad a los estudiantes (H, 49 años).

En el discurso de las personas participantes se hizo reiterativo el reconocimiento del rol docente en la transformación y mejoramiento de las instituciones educativas y, a su vez, de la realidad y futuro de las niñas y los niños; por tanto, estos elementos fueron considerados como potenciadores de sus motivaciones.

[...] fortalecernos como educadores para la vida (M, 29 años).

[...] es responsabilidad del maestro que se formen personas que le aporten al país (H, 55 años).

[...] tenemos el compromiso de transformar la escuela (H, 36 años).

Vale decir que las motivaciones previamente mencionadas, corresponden prioritariamente a motivaciones internas y algunas están mediadas por algunos elementos de contexto (externos) como la religión y las dinámicas institucionales. Para algunas personas entrevistadas, sus creencias

religiosas se convierten en elementos que impactan en su vinculación y adherencia a estos procesos formativos:

[...] es un tema muy difícil de tratar para mí como docente, respeto a la gente, pero aun así sigue siendo difícil porque me educaron con la concepción que sólo debe existir como parejas hombre y mujer (H, 57 años).

Pese a ello, se identifican casos en los cuales se da mayor preeminencia a su rol docente:

[...] como personas tenemos una posición, pero si se nos presenta un caso de homosexualismo debemos desprendernos de nuestras creencias (M, 59 años).

En relación a los aspectos institucionales, los directivos escolares jugaron un papel determinante en la motivación de las personas docentes: algunos mostraron plena convicción sobre la importancia de la educación para la sexualidad e influyeron positivamente en el comportamiento de los docentes (ME); otros mostraron un comportamiento ambivalente y otros se mostraron en desacuerdo con la temática a desarrollar en el proceso de capacitación.

[...] entre más se imparte educación sexual más se genera promiscuidad en las y los estudiantes (M, 48 años).

Proceso formativo como una oportunidad para el fortalecimiento individual

Las personas en sus intervenciones identificaron el aporte que brindan los procesos formativos en educación para la sexualidad y para su fortalecimiento individual (MI); por ello las motivaciones de su vinculación están relacionadas con aspectos específicos como la transformación de sus imaginarios, concepciones y creencias.

[...] que se pueda iniciar un proceso de cambio de creencias en nosotros los docentes (M, 42 años).

[...] Yo como hombre nunca antes me había tomado el tiempo para hacer un ejercicio de este tipo (H, 57 años).

[...] Dejar mitos y cambiar actitudes (M, 34 años).

Motivaciones posteriores al proceso de capacitación

Una vez finalizado el proceso formativo se identificaron nuevamente las motivaciones y percepciones que tenía el colectivo docente en relación a su participación, encontrando en algunos casos el fortalecimiento de sus motivaciones iniciales y en otros la transformación de sus imaginarios y barreras para participar. Como se identificó, en un primer momento, las motivaciones principales estaban mediadas por la posibilidad de mejorar las prácticas docentes; lo cual explica el peso que tiene en el discurso de las personas entrevistadas, las herramientas conceptuales y metodológicas que adquirieron para su ejercicio docente.

[...] a mí me ha servido este proceso para trabajar con mis estudiantes de una forma más amigable; me gustó la metodología, me comprometo a no dejar que este tejido se caiga, a trabajar en equipo y ser más empática con mis estudiantes, para poder ayudarles mejor (M, 42 años).

Por otra parte, y teniendo en cuenta que otro elemento de motivación inicial tuvo que ver con la posibilidad de hacer transformaciones individuales, al finalizar el proceso formativo las personas entrevistadas identificaron el aporte dado para su fortalecimiento y mejoría de las relaciones familiares.

[...] me comprometo a llevarlo a mi casa y empezar cambios en mí, más que en los demás (M, 47 años).

[...] me han ayudado a implementar los temas con mi familia, a tener cambios personales y eso ha contribuido en la mejora de mi enseñanza a niños y niñas del colegio (M, 48 años).

DISCUSIÓN

La medición de la motivación del grupo docente, previo al proceso de capacitación, permitió identificar el comportamiento de una variable latente que influye definitivamente en los procesos de aprendizaje y en sus resultados como lo indican Bosa Carreño y Méndez Garrido (28). Asimismo, la motivación promueve la creación de un buen ambiente de aprendizaje y ayuda a que componentes de la motivación externa influyan sobre la interna y la fortalezcan, lo cual es una ganancia importante por la estabilidad que tiene la motivación interna, tal como lo mencionaron García Sánchez y Cruz Vargas (29). Se encontró un colectivo docente, mostrando todo el abanico de la motivación según Deci y Ryan: alta motivación interna, algunos respondiendo a motivaciones externas y otros desmotivados; sin embargo, en todos los casos, con alta probabilidad de cambio en su condición de motivación al verse afectada por cuestiones circunstanciales que incidieron en la forma como se respondió la encuesta como ya se comentó anteriormente. El resultado del proceso educativo fue positivo, como se constató en la etapa cualitativa, lo cual indicó el cumplimiento del objetivo de la investigación y resaltó la importancia de aportar en la capacitación docente para el manejo de la educación para la sexualidad dado que la formación que reciben en las universidades sobre este componente de la vida cotidiana aún deja vacíos por llenar no solo en Colombia (30, 31, 32).

Ahora bien, es importante señalar algunos aspectos técnicos que deben considerarse en futuros trabajos: la muestra de docentes y el número de ítems por

constructo fue pequeña, lo cual, a criterio de investigadores ya citados como Zamora (24), puede afectar la estabilidad de los resultados obtenidos; aunque no hay pauta unificada frente al tema y Oreja Rodríguez (25), citando a Linacre, Fisher, Barnes y Wise y otros, indica que las medidas del modelo de Rasch son estables así se utilicen muestras pequeñas; por ello es recomendable manejar muestras más grandes para superar estas dudas.

Sobre el instrumento se puede decir que mostró buen ajuste al modelo de Rasch (tabla 1), con presencia de ítems desde bajo hasta máximo nivel de dificultad, lo cual es una mejora al instrumento si se le compara con la primera versión validada por el grupo investigador. Sin embargo es conveniente construir y validar más ítems de baja y alta complejidad para continuar fortaleciendo el instrumento, que hasta ahora parece situarse como pionero para la medición de la motivación de docentes de educación básica y media que participan en procesos de capacitación para ofrecer educación en sexualidad. Por otra parte, recabando la experiencia de esta investigación, es importante recordar que las condiciones del contexto al momento de aplicar el instrumento inciden y afectan las respuestas dadas por los encuestados; por tanto, esta variable no se puede despreciar al momento de recoger datos.

El perfil descrito mediante los resultados de la *fase cuantitativa* fue comprendido mejor con la información *cualitativa* obtenida; asimismo, esto permitió articular los resultados de la etapa cuantitativa y la etapa cualitativa.

Efectivamente los participantes en el proceso indicaron que buena parte del grupo estaba desmotivado y hasta contrariado al ser convocado con un mandato de corte autoritario por parte de sus directivos; además, se añadieron circunstancias que generaron mayor molestia y fueron la convocatoria de la primera reunión al final de la jornada laboral y la noticia de que la capacitación se haría en contra

jornada: estas situaciones dieron explicación a las respuestas descuidadas o al azar en la encuesta. Una situación similar en el análisis de un colectivo docente, pero con resultados que no ajustaron a Rasch en motivación interna y desmotivación, se dio en la prueba de validez del instrumento realizada anteriormente por el grupo investigador (13); dado que esa investigación fue netamente cuantitativa, no se exploraron razones para comprender los resultados obtenidos y se planteó como hipótesis que dichos resultados probablemente se debían a que había faltado mayor información previa acerca de la capacitación que recibirían y/o que aún había alta resistencia para hablar sobre sexualidad. Aunque son grupos y contextos un tanto diferentes al de la presente investigación, comparten los problemas de la citación y las condiciones en que se realizó el proceso formativo; por tanto, pareciera que la temática de la sexualidad como tabú en la cultura patriarcal ha venido cediendo terreno; sin embargo esta es una hipótesis que deberá ser probada mediante investigación formal.

La información *cualitativa* recogida en los conversatorios permitió identificar que la metodología participativa, dialógica y creativa, junto con la cercanía y trato amable de las facilitadoras, ayudó al fortalecimiento de la motivación de los participantes y abrió la puerta del cambio en buena parte del grupo docente al igual que el estímulo al compromiso con sí mismos, con sus familias y sus estudiantes (33); también lograron superar las molestias y dificultades que implicaba trabajar en el proceso formativo luego de la jornada laboral y abrieron sus mentes a temas que aún son difíciles de abordar y discutir explícitamente.

CONCLUSIONES

El estudio permitió demostrar que estimular la motivación, en especial la interna, tiene una fuerte incidencia en el éxito de los procesos de capacitación en grupos docentes de educación básica y media; hallazgo también referido por González y Rodríguez (34). La evaluación de la

motivación inicial mediante un instrumento con valoración previa y resultados de buen ajuste al modelo de Rasch y que en esta ocasión volvió a mostrar evidencias de validez, permitió identificar de manera segura las características del grupo docente en la triada motivación interna, motivación externa y desmotivación de acuerdo a la teoría de Deci y Ryan. La motivación interna (la más estable, pues depende de condiciones propias y por lo tanto es la persona quien autorregula su comportamiento) estaba presente y era alta en la mayoría de los integrantes del grupo; respecto a la motivación externa había dos grupos con habilidades diferentes estimulados principalmente por el tipo de asignaturas que enseñaban y finalmente había un solo grupo de personas desmotivadas, pero su nivel de desmotivación era bajo. La medición de la motivación inicial permitió identificar que sí había interés por aprender y que el proceso educativo podría dar buenos frutos.

Los resultados obtenidos en la etapa cualitativa permitieron corroborar la motivación interna existente, las condiciones que acompañaron el primer encuentro con el grupo docente y que afectaron las respuestas dadas a los ítems de la encuesta y el compromiso que comenzaron a demostrar las personas docentes como respuesta a la conducción del proceso educativo. Los testimonios que aportaron muchos de los asistentes evidenciaron los cambios en las maneras de pensar, sentir y actuar en relación con la educación para la sexualidad, lo cual era el objetivo a lograr. Los resultados obtenidos afianzan metodológicamente las intervenciones en las que el conocimiento se acompaña de los sentimientos y las emociones en un marco de respeto mutuo, en especial cuando se deben abordar temas que tocan fibras interiores de las personas como sucede con la educación para la sexualidad con colectivos docentes.

Por otra parte, este trabajo con diseño mixto ha sido un buen ejemplo de la complementariedad de los métodos cuantitativos y cualitativos para obtener

mejores interpretaciones de resultados y mejores aprendizajes sobre el manejo que ha de darse a los primeros encuentros con los grupos docentes que van a participar en procesos formativos a fin de incrementar su motivación interna, la cual, como se ha demostrado, es fundamental en el éxito de los aprendizajes y en la sostenibilidad de los mismos. Los resultados alcanzados ponen en evidencia que los esfuerzos que se hagan para apoyar y fortalecer a los docentes de educación básica y media para el abordaje pedagógico de la educación para la sexualidad de sus estudiantes y en el manejo de sus propios miedos, mitos y prejuicios en el área, poco a poco van logrando su propósito, que se convierte en oportunidad de formación complementaria para el ejercicio docente, pues las universidades no están ofreciendo la formación integral requerida en el área de la sexualidad para los futuros graduados.

AGRADECIMIENTOS

Al grupo de rectoras, rectores y docentes que aceptaron participar en el trabajo investigativo y lo fortalecieron con su cooperación y sus aportes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lobato C., Madinabeitia A. Perfiles motivacionales del profesorado ante la formación en metodologías activas en la universidad. *Formación Universitaria*. 2011; 4 (1): 37-48.
2. Márquez-Aragón M. La formación inicial para el nuevo perfil del docente de secundaria. Relación entre la teoría y la práctica. Tesis doctoral. Málaga: Universidad de Málaga; 2009.
3. Puerto-Guerrero AH. Motivar el cambio a partir de la educación para la salud. *Rev Salud Pública*. 2012; 14 (2): 129-141.
4. Rodríguez-Pérez N. La motivación del profesor. Un factor fundamental para la eficacia del proceso de enseñanza-aprendizaje de idiomas. *Encuentro*. 2012; 21: 126-142.
5. Maquilón Sánchez JJ., Hernández Pina F. Influencia de la motivación en el rendimiento académico de los estudiantes de formación profesional. *REIFOP*. 2011; 14 (1): 81-100.
6. Onjoro V., Bwari Arogo R., Etende Embeywa H. Leadership Motivation and Mentoring Can Improve Efficiency of a Classroom Teacher and Workers in Institutions. *Journal of Education and Practice*. 2015; 6 (15): 1-15.
7. Puchner L., Klein NA. Skirting the Issue: Teachers' Experiences "Addressing Sexuality in Middle School Language Arts". *RMLE*. 2012; 36 (1): 1-16.
8. Vallejo Portuondo G. El aprendizaje desde la perspectiva de la motivación profesional y las actitudes. *MEDISAN*. 2011; 15 (3): 363-368.
9. Steinmann A., Bosch B., Aiassa D. Student Motivation and Expectations for Learning Science at the University Level: An Exploratory Study. *RMIE*. 2013; 18 (57): 585-598.
10. Newton C., Becker K., Bell S. Learning and development opportunities as a tool for the retention of volunteers: A motivational perspective. *Human Resource Management Journal*. 2014; 24 (4): 514-530.
11. Núñez MC., Fontana M., Pascual I. Exploratory study of the motivational characteristics of pupils in compulsory secondary educational and their relation to academic performance expectation. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*. 2011; 9 (1): 357-382.
12. Quaresma da Silva D. Instrumentación de la educación sexual en escuelas municipales de enseñanza fundamental en Rio Grande do Sul, Brazil. *EccoS Revista Científica*. 2014; 35: 125-140.
11. Hakspiel-Plata MC. et al. Diseño y validación de encuesta sobre motivación de docentes frente a procesos de educación para la sexualidad. *Rev Univ Salud*. 2016; 18 (1): 46-57.
12. Pereira Pérez Z. Los diseños de método mixto en la investigación en educación: una experiencia concreta. *Revista Electrónica Educare*. 2011; 15 (1): 15-29.
13. Valenzuela Medina JE. Formación de identidad en estudiantes universitarios: Un diseño combinado secuencial explicativo. Disponible en: <http://www.ciad.mx/archivos/desarrollo/publicaciones/Tesis%20asesoradas/Doctorado/ValenzuelaErnesto.pdf>.
14. Deci EL., Ryan RM. The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behaviour. *Psychological Inquiry*. 2000; 11 (4): 227-268.
15. Balaguer I., Castillo I., Duda J. Propiedades psicométricas de la escala de motivación deportiva en deportistas españoles. *Revista Mexicana de Psicología*. 2007; 24 (2): 197-207.
16. Núñez Alonso JL. Validación de la escala de motivación educativa (EME) en Paraguay. *Interamerican Journal of Psychology*. 2006; 40 (2), 185-192.
17. StataCorp. Stata Statistical Software. Texas: College Station; 2012.
18. Linacre JM. WINSTEPS. Rasch measurement computer program. Chicago: Winsteps.com; 2013.

19. Taylor SJ., Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos en investigación. La búsqueda de los significados. Barcelona: Paidós; 1992.
20. PNUD. Colombia rural. Razones para la esperanza. Informe Nacional de Desarrollo Humano. Bogotá: INDH-PNUD; 2011.
21. González Montesinos MJ. El análisis de reactivos con el modelo Rasch. Sonora: Universidad de Sonora; 2008.
22. Orozco Vargas LC. Medición en salud: diagnóstico y medición de resultados. Bucaramanga: Universidad Industrial de Santander; 2010.
23. Linacre JM. ¿What do Infit and Outfit, Mean-square and Standardized mean? Disponible en: <http://www.rasch.org/rmt/rmt162f.htm>.
24. Zamora JA. Análisis de la confiabilidad de los resultados de la prueba de diagnóstico matemática en la Universidad Nacional de Costa Rica utilizando el modelo de Rasch. *Actualidades en Psicología*. 2015; 29 (119): 153-165.
25. Oreja JR. Mediciones, posicionamientos y diagnósticos competitivos. Santa Cruz de Tenerife: Universidad de la Laguna; 2015.
26. Boza Carreño Á., Méndez Garrido JM. Aprendizaje motivado en alumnos universitarios: validación y resultados generales de una escala. *Revista de Investigación Educativa*. 2013; 31 (2): 331-347.
27. García ME., Cruz ML. El alumno motivado: un análisis empírico de los factores motivadores intrínsecos y extrínsecos en el aula de inglés. *Revista Investigación en la Escuela*. 2016; 90: 72-93.
28. González Y. El papel del docente en la educación para la sexualidad: algunas reflexiones en el proceso educativo escolar. *Revista Electrónica Actualidades Investigativas en Educación*. 2015; 15 (3): 1-15.
29. Preinfalk-Fernández ML. Desafíos de la formación docente en materia de educación sexual. *Revista Electrónica Educare*. 2015; 19 (1): 85-101.
30. Altmann H. Diversidade sexual e educação: desafios para a formação docente. *Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana*. 2013; 13: 69-82.
31. Huertas JA. Los efectos de los afectos en la motivación y la autorregulación. *Cienc. Psicol*. 2012; 6 (1): 45-55.
32. González M., Rodríguez B. Factores motivacionales de los adultos para el estudio de una lengua extranjera. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*. 2017; 30: 129-141.



Revisiones

EVOLUCIÓN HISTÓRICO-POLÍTICA DE LA SALUD INDÍGENA EN CALDAS: APROXIMACIÓN A LA DETERMINACIÓN SOCIAL EN SALUD

*Eduardo Lozano Ordoñez**

*Miriam Salazar Henao***

Recibido en agosto 11 de 2016, aceptado en octubre 09 de 2017

Citar este artículo así:

Lozano Ordoñez E., Salazar Henao M. Evolución histórico-política de la salud indígena en Caldas: aproximación a la determinación social en salud. *Hacia Promoc. Salud.* 2018; 23 (1): 125-140. DOI: 10.17151/hpsal.2018.23.1.9

Resumen

Objetivo: Realizar una aproximación histórica a la evolución del proceso de la salud y la enfermedad en la población indígena del municipio de Riosucio, Caldas, visualizando la determinación social en salud. **Método:** Se realizó una búsqueda, selección y revisión temática de artículos originales y secundarios escritos en inglés y español, entre 2005 y 2015, en diferentes bases de datos: MedlinePlus, SciELO, PubMed, Cochrane, SeDICI, Dialnet, Latindex y Redalyc. **Resultados:** Se revisaron 70 artículos, 50 tenían inclusión directa o indirecta sobre la situación histórica o actual de la salud indígena. Esta aproximación histórica a la evolución del proceso de la salud se organizó en tres etapas: la primera que incluye desde la época precolombina, La Conquista, La Colonia hasta mediados del siglo XVII; la segunda entre los siglos XVIII, XIX, e inicios del XX y la tercera etapa a la luz de los cambios que generó la Ley 100 en Colombia, en donde converge la determinación en el campo de la salud indígena con la salud autóctona de la cultura Emberá Chamí. **Conclusiones:** La población Emberá Chamí, en el departamento de Caldas, es una muestra clara de la situación actual de las condiciones indígenas; destacando principalmente la interculturalidad como fenómeno irreversible y obligatorio en su espacio y tiempo. Saber cómo manejar esta interculturalidad es probablemente la clave de la conservación de la cultura indígena en todos los resguardos de Colombia.

Palabras clave

Determinación social en salud, interculturalidad, Emberá Chamí, Riosucio, salud indígena, derechos a la salud de las comunidades indígenas (*Fuente: DeCS, BIREME*).

*Médico Epidemiólogo Clínico y de Campo, candidato a doctor en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. Universidad de Manizales, Manizales, Colombia. Correo electrónico: elozan@yahoo.com.  orcid.org/0000-0002-9755-889X. Autor para correspondencia.

** Doctora en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. Docente investigadora Centro de Estudios Avanzados en Niñez y Juventud —CINDE—, Manizales, Colombia. Correo electrónico: myriam@umanizales.edu.co.  orcid.org/0000-0003-3591-5668.



HISTORICAL-POLITICAL EVOLUTION OF INDIGENOUS HEALTH POLICY IN CALDAS: AN APPROACH TO SOCIAL DETERMINATION IN HEALTH

Abstract

Objective: To carry out a historical approach to the evolution of the health and disease processes in the indigenous population in the municipality of Riosucio, Caldas, visualizing the social determination in health. **Method:** A search, selection and thematic review of original and secondary articles written in English and Spanish, published between 2005 and 2015 in the different databases: Medline plus, Scielo, Pubmed, Cochrane, Sedeci, Dialnet, Latindex and Redalyc was made. **Results:** A total of 70 articles, of which 50 have direct or indirect inclusion on the historical or current situation of indigenous health, were reviewed. This historical approach to the evolution of the health process was organized in three stages: the first stage includes the pre-Columbian era, the conquest, the colony until the middle 17th century; the second stage includes the eighteenth, nineteenth, the beginning of the twentieth century; and the third stage includes the changes brought about by Law 100 in Colombia, where the determination in the field of indigenous health converges with the native health of the Embera Chamí culture. **Conclusions:** The Embera Chami population in the department of Caldas is a clear example of the current situation of indigenous conditions, highlighting mainly interculturality as an irreversible and obligatory phenomenon in their space and time. Knowing how to handle this interculturality is, probably, the key to preserving indigenous culture in all Colombian shelters.

Key words

Social determination in health, interculturality, Emberá Chamí, Riosucio, native health, rights of indigenous communities, (*Source: DeCS, BIREME*).

EVOLUÇÃO HISTÓRICA- POLÍTICA DA SAÚDE INDÍGENA EM CALDAS: APROXIMAÇÃO À DETERMINAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE

Resumo

Objetivo: Realizar uma aproximação histórica à evolução do processo da saúde e a doença na povoação indígena do município de Riosucio, Caldas, visualizando a determinação social em saúde. **Método:** Realizou-se uma busca, uma seleção e revisão temática de artigos originais e secundários escritos em inglês e espanhol, entre 2005 e 2015, em diferentes bases de dados: MedlinePlus, SciELO, PubMed, Cochrane, SeDICI, Dialnet, Latindex e Redalyc. **Resultados:** Revisaram-se 70 artigos, 50 tinham inclusão direta ou indireta sobre a situação histórica ou atual da saúde indígena. Esta aproximação histórica à evolução do processo da saúde se organizou em três etapas: a primeira que inclui desde a época pré-colombina, A Conquista, A Colônia até mediados do século XVII; a segunda entre os séculos XVIII, XIX, e inícios do XX e a terceira etapa à luz dos câmbios que gerou a Lei 100 em Colômbia, onde converge a determinação no campo da saúde indígena com a saúde autóctone da cultura Emberá Chamí “Grupo indígena que pertence a região de Riosucio Caldas- Colômbia. **Conclusões:** A povoação Emberá Chamí, no departamento de Caldas, é uma mostra clara da situação atual das condições indígenas; destacando principalmente a interculturalidade como fenômeno irreversível e obrigatório em seu espaço e tempo. Saber como controlar esta interculturalidade é provavelmente a chave da conservação da cultura indígena em todos os resguardos de Colômbia.

Palavras-chave

Determinação social em saúde, interculturalidade, Emberá Chamí, Riosucio, saúde indígena, direito à saúde das comunidades indígenas (*Fonte: DeCS, BIREME*).

INTRODUCCIÓN

Este texto se deriva de la investigación “Determinación social en la salud en la infancia indígena Emberá Chamí, de Riosucio, Caldas, Colombia”¹. El proceso salud-enfermedad adquiere historicidad porque los procesos donde tiene lugar, son circunstancias de los individuos que han ocurrido en el transcurso de su existencia y cada una de ellas está definida en condiciones y contextos específicos de la sociedad; es decir que no se puede dar cuenta de ello, al margen del momento histórico en el que se desarrollan.

El carácter social e histórico de la salud y la enfermedad pueden explicarse asumiendo que son momentos de un mismo proceso que, si bien tiene que ver con la plasticidad del organismo para responder “a través de sus condiciones de desarrollo”, ocurre en un contexto de existencia de los individuos en sociedad y en un momento de devenir histórico. Por lo tanto el trabajo de investigación con una comunidad indígena, específicamente con el grupo poblacional en primera infancia, requiere tener como base nuevas comprensiones en su historicidad, sociedad, cultura, etnia, economía y estado actual de la salud.

Se reconocen los diferentes conceptos que se le han desarrollado a los determinantes de la salud. Sin embargo en este escrito acogemos a la enfermedad como determinación puesto que no es solo un acontecimiento que ocurre en el tiempo, sino que el tiempo transcurrido del sujeto en su entorno de producción y reproducción social es el

que explica la presencia de la salud y la enfermedad; tal como lo acogen el movimiento de la medicina social latinoamericana y la medicina colectiva (1).

Según Foucault, “la práctica médica no es un dado puro, sino que está inscrita en un sistema histórico y cruzada por sistemas económicos y de poder” (2); sugiriendo la relación entre la salud y las ciencias sociales. Teniendo en cuenta esta afirmación, se pretende plasmar con este artículo una reflexión sobre los aspectos culturales y políticos que históricamente han influido en la salud en poblaciones indígenas y sus relaciones en la determinación social y la situación actual de la salud indígena en el territorio caldense.

MATERIALES Y MÉTODOS

Luego de una revisión temática en diferentes bases de datos —MedlinePlus, SciELO, PubMed, Cochrane, SeDICI, Dialnet, Latindex y REDALyC— de 70 artículos directos e indirectos, publicados entre 2005 y 2015, se escogieron 50 de estos. Se encontró que el contexto histórico de los pueblos indígenas se divide en tres etapas. En la primera se tomó la historia precolombina, la época del Nuevo Reino de Granada antes de las reformas borbónicas, incluyendo La Conquista y La Colonia, hasta la primera mitad del siglo XVII (3, 4). La segunda etapa incluyó los siglos XVIII, XIX, hasta inicios del XX, en donde predomina la inserción de las ciencias útiles² y las reformas sanitarias. Finalmente la tercera etapa en la que convergen la Ley 100 de 1993 y las tradiciones de

¹ Investigación de tesis de grado en ciencias sociales, que analiza la determinación social en la salud en la población de 0-5 años de los indígenas Emberá Chamí de Riosucio (Caldas)

² El término ciencias útiles es propio de la época de la Ilustración para referirse a las ciencias que mejor se acomodaban a la idea de progreso en los siglos XVIII y XIX tales como las matemáticas, la física, la química, la botánica, la mineralogía y las ciencias naturales en general.

la salud autóctona de la cultura Emberá; las cuales se aplican en los resguardos de los municipios de Riosucio y Supía a través de sus médicos tradicionales y parteras según sus saberes, prácticas y tradiciones ancestrales.

RESULTADOS

Época precolombina, la conquista, la colonia y la república

La medicina precolombina, aunque variaba de cultura en cultura de acuerdo a las creencias propias de cada población indígena y sus recursos, tenía una misma base general: naturista y espiritual (5, 6, 7, 8). Los chamanes y curanderos, representantes de la salud de estas poblaciones, eran los responsables de aplicar la medicina dentro de unos parámetros combinados entre el saber y la magia (9).

Se reconocían enfermedades propias de América con unas características específicas según el espacio geográfico, natural, biológico, que no existían en Europa tales como la malaria y la disenteria³. Sin embargo existían otras enfermedades europeas que los nativos americanos no conocían y para las cuales no tenían una defensa inmunológica ni tampoco experiencia médica como lo eran la lepra, la fiebre amarilla, la viruela, la sífilis, el cólera y el tifo epidémico, siendo traídas por los barcos españoles y portugueses (3). Emilio Quevedo, reconocido investigador en historia de la medicina, afirma que estas enfermedades provocaron más muertes en los indígenas que las batallas de La Conquista.

Desde los años 1500, y luego del descubrimiento, la corona española reconocía a los indígenas como a los otros y “como habitantes recientemente

incorporados al reino y vasallos libres de la corona en igualdad de derechos y de sus formas de protección, en igualdad de circunstancias que sus “iguales” europeos” (10, 11). Obviamente esto representaba solo un enunciado, toda vez que en ningún momento se venía cumpliendo con esta demanda de respeto puesto que el maltrato y la explotación de los indígenas por parte de los españoles siempre fue un hecho notorio.

En 1511, el sermón pronunciado en el buque La Española por parte de fray Antonio de Montesinos criticaba el trato que los españoles solían dar a los indígenas llamados “naturales” (10). En 1512 en Burgos, y luego en 1513 en Valladolid, gracias a la iniciativa de Montesinos, se desarrollaron leyes que intentaron proteger a los indígenas; no así el derecho a conservar su tierra. Posteriormente fray Bartolomé de las Casas criticaría estas leyes debido a que, a pesar de todo, en La Conquista y La Colonia, la situación de los indígenas siempre fue de sumisión, sometimiento y explotación por parte de los españoles y sus descendientes.

A finales del siglo XVI, e inicios del XVII, la escuela de teólogos-juristas de Salamanca reelaboró la doctrina escolástica y moderó el pensamiento cristiano medieval. El rasgo básico de la escuela española fue la fidelidad al dogma. Los principales representantes fueron Francisco de Vitoria, Domingo de Soto, Domingo Báñez, Luis de Molina y Francisco Suárez. Los puntos básicos de esta doctrina incluían que el derecho natural, aunque de origen divino, debía coexistir con el derecho positivo⁴; en donde el derecho natural es objetivo y normativo, inmutable y universal, predominando el intelectualismo (12).

Las influencias de estos conceptos están dadas por la llamada escuela del iusnaturalismo o derecho natural, que es una doctrina ética y jurídica que defiende la existencia de derechos del hombre

³ Malaria o paludismo: enfermedad típica de los países tropicales que consiste en una infección de los glóbulos rojos de la sangre. Producida por un parásito protozoario, el *Plasmodium*, y transmitida por la picadura del mosquito *Anopheles*. Disenteria: enfermedad infecciosa que se caracteriza por la inflamación y ulceración del intestino grueso y produce fiebre, dolor abdominal y diarrea con mucosidades y sangre.

⁴ El derecho positivo es el conjunto de normas jurídicas escritas por un soberano. Esto es, toda la creación jurídica del órgano estatal que ejerce función legislativa.

fundados o determinados por la naturaleza humana (13). A partir de lo anterior, la corona española creó las Leyes Nuevas de 1542-1543; las cuales fueron un conjunto legislativo, que pretendía mejorar las condiciones de los indígenas de la América española por medio de la revisión de la encomienda y el planteamiento de una serie de derechos para que los indígenas vivieran en una mejor condición. Estas leyes tuvieron como consecuencia un efímero triunfo de la línea indianista; pero la reacción de los encomenderos fue tan airada que, en 1545, Carlos V las derogó (14).

Posteriormente, el hijo de Carlos V, Felipe II, en 1573, ordenó poner fin a La Conquista dando inicio a la “pacificación”; con lo que se dio una estructura legal a la penetración misionera a las áreas marginales de los dominios hispanos en las Indias. Este período logró imponer las ideas espirituales españolas y prácticamente erradicar las ideas espirituales propias de los indígenas, en el campo religioso, con predominio de las ideas dominantes de la corona española.

Como paso previo al proceso evangelizador de la cristianización de los pueblos indígenas, se desarrolló una política para su supuesta protección sostenida sobre dos pilares fundamentales: la segregación racial respecto de otros grupos a fin de evitar extorsiones, malos tratos o abusos y la dotación de tierras suficientes para la habitación (15).

Esto dio lugar a la “República de Indios” (1549), diferenciada de la de los conquistadores o “República de Españoles”. Por lo que fue tarea de unos funcionarios públicos, del siglo XVII, llamados oidores-visitadores, el inquirir entre otras cosas si estos asentamientos marginales coloniales vivían libres de intrusos, si habían recibido agravios y si tenían tierras suficientes para su manutención y para hacer frente al pago del tributo. Siempre hubo usurpación por conquistadores y corrupción en estas funciones (10). El indígena contaba con el recurso llamado “tutela”, un recurso político

legal para quejarse ante la corona y reclamar sus derechos. Es curioso, pero luego de tanto tiempo vuelve a surgir en la Constitución de 1991 como uno de los recursos más utilizados hoy no solo por los indígenas sino por la población colombiana en general.

En la Nueva Granada, en 1560, el oidor Tomás López adelantó visitas y gestiones para “el juntar y poblar de los indios naturales”. La asignación de los resguardos no solo fue posterior (1593), sino que reformó la propiedad agraria. Se trató de dos procesos distintos: el de la configuración de los pueblos, que fue motivado por una razón de interés religioso que en términos estratégicos resultaba fundamental para controlar los pueblos sometidos y un proceso de asignación de resguardos, a finales del siglo XVI, con la razón principal de apropiarse de las tierras indígenas. Al crear el resguardo, se legitimaba el despojo de aproximadamente el 95 % de las tierras indígenas conquistadas (16, 17).

El surgimiento de este ordenamiento espacial opera como un elemento legitimador de una estructura política y social para controlar y dominar. Michel Foucault sustenta este concepto como una poderosa herramienta en manos del sistema político. En *Vigilar y castigar*, asimila este modelo con el “panóptico”. Lo describe como un sistema para inducir, en el detenido de una prisión, un estado consciente y permanente de visibilidad que garantiza el funcionamiento automático del poder y como técnica para modificar la conducta o reeducar a los individuos, por lo que no solo es un aparato de poder sino también de saber (18, 19). Distribuir en dos tipos de pueblos, el español y el indígena, se consideró de vital importancia dentro del proceso de imposición de un nuevo orden religioso y político. El problema del espacio en su carácter de escenario era imprescindible para la acción humana y la importancia de su ordenamiento para reflejar e inculcar determinados valores, lo que Bourdieu denominaría como el ordenamiento espacial (20).

Entodo este tiempo hubo una reubicación de los grupos indígenas prehispánicos en nuevos asentamientos, lugares seleccionados por los conquistadores para formar los pueblos coloniales y para impulsar la implantación del nuevo modelo económico colonial de desarrollo de la hacienda, la mina y el obraje que se expresó en términos de aculturación forzada y transformación de las raíces indígenas; como lugares en donde los “naturales” aprendiesen a vivir “a la manera española”. Lo anterior, provocó la transformación étnica y la alteración del equilibrio del medio ambiente que habían mantenido las comunidades indígenas por milenios (21).

Como consecuencia de ello, en el último cuarto de siglo, los principios utilitaristas en boga en toda Europa se asociaron con el establecimiento de la llamada “política de cercados” que buscaba poner en producción privada individual todas las tierras comunales existentes (21).

Una de las figuras que surgió de este proceso de colonización fue la del “encomendero”, un español dueño de tierras a quien la corona le encargaba un número de indígenas que eran utilizados como trabajadores de sus propiedades; asimismo, el encomendero debía ampararlos y promulgar la fe católica entre ellos. El concepto de la encomienda no implicaba la propiedad sobre los indígenas, ya que si el encomendero moría el indígena volvía a la corona y esta podría asignárselo a otro encomendero.

En los dos siglos de sometimiento de las tierras americanas, nunca hubo suficientes indígenas para los encomenderos; en los virreinos de México y Perú, se presentaron cambios para orientar a los indígenas como mano de obra para trabajos públicos. En el siglo XVII, por efecto de estos trabajos y por enfermedades no controladas, el número de indígenas había disminuido. Esto hizo desaparecer la encomienda y se recurrió a otras fuentes de grupos humanos: la población negra traída del África, en condición de esclavos, fue la alternativa en el nuevo continente.

En virtud de esta nueva política se consolidó el proceso de exterminio de los pueblos indígenas y la venta de las tierras comunales a favor de grandes propietarios, intensificándose así el latifundismo como fenómeno crítico socioeconómico de inestabilidad continua de Latinoamérica. La tendencia del indígena que vivía en las tierras nuevas de Colombia, siempre fue la de vivir disperso y no la de crear agrupaciones o pueblos. La expectativa de los españoles era todo lo contrario.

Para defenderse de La Conquista, los indígenas quemaban sus poblaciones para negarse al sometimiento. Así pues, la ignición fue una actividad propia de los españoles para agredirlos (21).

Esta política de segregación, como la de protección de las tierras comunales, operó hasta mediados del siglo XVIII cuando se introdujeron modificaciones importantes. Los indígenas iniciaron desde entonces una lucha que se basó en tres ejes, tierra, autonomía y cultura, contra los regímenes hegemónicos de La Colonia y la República.

La medicina en este período de conquista y colonización tuvo grandes cambios, inicialmente al ingresar nuevas enfermedades se produjo un exterminio indígena para que los españoles disminuyeran la población nativa. En México, a pesar de su organización y mayor número, Pizarro al enviar soldados infectados con viruela trajo como consecuencia una reducción notable de ellos. De igual forma la fiebre amarilla, originaria de las Américas, era controlada por la medicina indígena por su poca transmisión; aunque al llegar los llamados “barcos negros” de África, se importó el vector *Aedes aegypti* el cual ayudó a extender la enfermedad por todo el continente (3).

En el siglo XVI con la unión de dos reinos en España, Castilla y Aragón, se creó una unidad ideológica: la unidad de la fe. Logrando integrar la cristiandad europea y utilizando la inquisición como arma para desarrollar esta política de unión,

que se reflejó en los nuevos territorios conquistados (23). Una de las tendencias que logro desarrollar este proceso político, fue el modernismo de la ciencia y con ello de la medicina. Se estimuló la formación de médicos y la transformación de hospitales, de zonas que realizaban aislamiento de grupos sociales peligrosos, a la medicalización de las zonas hospitalarias (4)⁵.

Esto implicó la llegada de más médicos a América, quienes se encontraron con una medicina que se basaba en saberes y creencias indígenas; toda vez que los curanderos eran quienes orientaban las prácticas de la medicina indígena hasta ahora, por lo que en muchas ocasiones los nuevos médicos tuvieron que respetar estas formas de salud propias (3).

Sin embargo, con la entrada de la medicina francesa y la Ilustración, la medicina europea se impuso en la época de la colonización; dejando en un segundo plano la medicina tradicional. La medicina francesa, fue la que predominó y se difundió en la colonización con la creación de hospitales o neumonios como instrumento principal (10, 24).

La orientación que toma la actividad médica durante la segunda mitad del siglo XVIII, y comienzos del XIX, en el Nuevo Reino de Granada, está enmarcada en el contexto de las reformas que la Casa de Borbón impondría en el imperio español: apoyando la política de reorganización de la Secretaría de Guerra⁶, que buscaba un imperio que se pudiera enfrentar a Inglaterra; además, como ya se ha planteado, se llevó a cabo el ingreso de las ciencias útiles y la reforma de las profesiones sanitarias (3). Se trataba de un concepto similar al que se estaba experimentando en Francia, por parte de la Ilustración, que en el Nuevo Reino se denominaría despotismo ilustrado⁷.

⁵ Un ejemplo de esto es el Hospital Departamental Universitario Santa Sofía de Caldas, el cual fue construido en las afueras de la zona urbana; declarado, inicialmente, en 1953, como sanatorio antituberculoso.

⁶ Es un ministerio creado por la monarquía española para enfrentar la guerra de sucesión por la corona que dejó Carlos II, sin herederos directos, ya que en su testamento dejó como heredero a Felipe V de Borbón.

⁷ El despotismo ilustrado es un concepto político que surge en la

Esto trajo como consecuencia la promoción e instauración de hospitales, así como escuelas de medicina. También se reconocen personajes como José Celestino Mutis quien, al llegar a Cartagena en 1761 como médico de cabecera del Virrey Messía de la Cerda, inicialmente se concentró en la educación en la capital Santa Fe de Bogotá (3). En 1783, bajo el liderazgo de Mutis, y por orden del rey Carlos III, se iniciaron las expediciones botánicas buscando conocer la biodiversidad y riqueza botánica de los nuevos territorios conquistados (25)⁸.

La orientación y apoyo indígena en las expediciones botánicas en el territorio colombiano, y en todo el continente, tuvieron un protagonismo especial y ayudaron a preservar conocimientos propios de estas culturas nativas (25).

En Europa, desde los siglos XVII y XVIII, la ciencia con la Ilustración había dado un giro hacia el positivismo. Las concepciones médicas y la actitud clínica de la Ilustración, llamadas protoclinicas por Foucault, sufrieron un importante cambio en la Francia posrevolucionaria a finales del siglo XVIII e inicios del XIX (1). Se cerraron los hospitales y las escuelas de medicina porque se consideraban un viejo baluarte del régimen derrocado (3).

Desde el siglo XVIII, en materia de educación, la república⁹ ya independiente manifestó este espíritu con el plan de estudios de Moreno y Escandón, la reforma de estudios médicos de Mutis y Miguel de la Isla y en las obras de Nariño y Pedro Fermín (3, 25, 26).

segunda mitad del siglo XVIII en Europa (Austria, Rusia y Prusia), que se enmarca dentro de las monarquías absolutas y que pertenece a los sistemas de gobierno del antiguo régimen europeo; incluyendo las ideas filosóficas de la Ilustración, según las cuales las decisiones humanas son guiadas por la razón.

⁸ Inventario de la naturaleza del Virreinato de Nueva Granada realizado por José Celestino Mutis durante el reinado de Carlos III de España, conocido en la historiografía colombiana como la "Expedición botánica".

⁹ Colombia se conforma como Estado en 1810 a partir del Virreinato de Nueva Granada, colonia del Imperio español; en 1886 toma definitivamente el nombre de República de Colombia.

Esta reforma dio nacimiento a programas de renovación conceptual en medicina, como lo es la mentalidad anatomoclínica planteada por Marie François Bichat, en 1800, con su libro *Traite des membranes* (3). La medicina en el mundo se dividió en dos líneas a partir de allí, dejando el concepto antiguo humoralista de Hipócrates y Galeno y pasando a la medicina fisiológica de Broussais y la patología anatomoclínica de los seguidores de Bichat (22, 23).

En el siglo XIX, los conceptos de la Ilustración continuaron, aparece la Ley del 18 de mayo de 1826; ley expedida por el general Francisco de Paula Santander, quien apoyaba esta nueva mirada que no era antirreligiosa ni materialista (3). Los hospitales en el nuevo gobierno continuaron con el paso de secularización y medicalización, concepto que iba en contra vía de los de la Ilustración. Las ordenanzas de Cundinamarca en 1834, definidas por Bolívar, legislaron las condiciones de los hospitales hacia una administración civil no religiosa y con un enfoque hacia la atención de los pobres e indígenas. Refuerza el concepto de médico en el papel de la salud y confirma la salud más como un problema privado (3, 26).

Las tres maneras de entender la medicina que perduraron hasta la disolución de la Nueva Granada y la creación de los Estados Unidos de Colombia fueron las de Brown, Broussais y la de Mutis. Seguidas por el empirismo, hasta 1864, que introdujo el concepto anatomoclínico a Colombia. Nuevas escuelas de medicina surgieron, aunque la salud pública no cambió (3, 27).

En Colombia, entre 1867 y 1910, se esbozan las dos mentalidades médicas importadas de Francia: la anatomopatológica y la fisiopatológica iniciada por François Magendie, la cual fue bien definida por Carl Bernard en 1850. Ambas líneas se desarrollaron en el país, teniendo influencia en los nuevos descubrimientos científicos de las diferentes ciencias (24, 28).

Posteriormente, de 1910 a 1930, se instalaron los laboratorios en el país. Esto como reflejo del movimiento mundial en contra del Leriche y después de que Estados Unidos con sus transformaciones económicas, políticas y militares trascendentales desarrollara las escuelas de medicina (24, 29).

La visión más amplia de la época, converge el concepto anatomoclínico de la medicina con el soporte de los resultados de bacteriología en los pacientes. En Colombia, la medicina norteamericana toma auge apoyándose en los conceptos de Carl Bernard. En salud pública hay un énfasis en las enfermedades infecciosas tales como la peste bubónica, el cólera, el pian¹⁰, la viruela, la lepra, la fiebre tifoidea y la fiebre amarilla. Se inicia la vacunación masiva y la construcción de los lazaretos para los enfermos que sufrían de lepra, incluyendo la población indígena.

En 1939, en el gobierno liberal de Alfonso López Pumarejo, se comienza la modernización de la medicina actual; se transita de la concepción de la medicina europea, a la medicina norteamericana. Esto genera polémicas entre franceses y norteamericanos, incidiendo en la educación médica (30). Evolucionan las dos formas ya enunciadas, coexistiendo en Colombia, hasta 1957, cuando las escuelas norteamericanas confirman su principal influencia en la salud del país con la influencia de la Universidad de Tulane (30). En esta época no se reconocen cambios o nuevas influencias propias de las culturas indígenas en el país.

Por su parte la Ley 135 de 1965, sobre reforma social agraria, trajo una luz de esperanza a los indígenas. Los artículos 29 y 61 aclaran que no se podrán tocar los territorios que son parte de un resguardo indígena o los que son habitados por estos, lo cual representa un respeto hacia el concepto de resguardo (31).

¹⁰ Es una forma de infección tropical de la piel, los huesos y las articulaciones, llamada también *frambesia tropical*, *poly papilloma tropicum*, *thymosis* o *yaws*; causada por la espiroqueta *Treponema pallidum pertenue*.

En 1971 se formó la primera organización político-administrativa indígena del país en Toribio, Cauca, que desde entonces defiende los principios indígenas en los diferentes frentes del país. La defensa del resguardo, que suma los tres ejes de lucha (tierra, autonomía y cultura), se resumía en el reconocimiento de un espacio propio para cada pueblo indígena (31).

Las conquistas legales indígenas, obtenidas a lo largo de toda la vida republicana, fueron elevadas a rango constitucional en la Constitución de 1991. A través de la Ley 21 de 1991, se aprobó el Convenio 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes de la 76ª Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) realizada en Ginebra (Suiza) en 1989 (32).

La Constitución de 1991, hace el reconocimiento y protección a la diversidad étnica y cultural; el reconocimiento de la autonomía de los grupos indígenas y de sus formas propias de gobierno; la reafirmación del carácter inalienable de los territorios indígenas y protección de las tierras comunales; la protección a los recursos naturales y la creación de las entidades territoriales indígenas dentro del ordenamiento territorial de la Nación (33).

La Ley 100 de 1993, que instaura el sistema nacional de salud que hoy nos rige, incluye a los indígenas en un nivel especial del régimen subsidiado; con el beneficio de proveer los servicios previstos por esta ley, sin costo alguno a estas poblaciones. Sin embargo se debe destacar que el sistema de salud se basa en una medicina netamente occidental, desconociendo la parte sociocultural de la salud de estas etnias. Además, desconoce la incidencia mayor en la salud colectiva y la determinación social en salud propia de cada una de las microculturas indígenas.

En cuanto a la Ley 160 de 1994, en su capítulo XIV, esta refuerza el concepto de resguardo indígena; apoyando la solución territorial, social y económica

de estas zonas (34). Por primera vez en la historia de Colombia, el gobierno nacional concertó con los pueblos indígenas el Plan de Desarrollo Prosperidad para Todos a través de la Ley 1450 de 2011. Bajo ese marco, el Ministerio de Salud avanza en su compromiso por la estructuración de un sistema de salud indígena.

Los temas fundamentales que trabajaron 15 delegados de los 87 pueblos indígenas del país se focalizaron en la construcción colectiva de las políticas públicas en salud, la estructuración, desarrollo e implementación del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI), la atención intercultural en la que se trabajaron aspectos relacionados con las adecuaciones interculturales de la prestación de servicios de salud y el Plan Decenal de Salud Pública, la formación del recurso humano tradicional en salud, la definición de la suficiencia de la unidad per cápita (UPC) entre otros (35).

Luego de una lucha de 4 años, el 7 de septiembre de 2014, se logra la aprobación por parte del presidente Juan Manuel Santos del Decreto autónomo de los pueblos indígenas; este incluye cuatro temas fundamentales: el SGP o Sistema General de Participaciones de los resguardos indígenas, que orienta el manejo de los recursos a las gobernaciones indígenas y no a los alcaldes; el SEIP o Sistema de Educación Indígena Propia; la Jurisdicción Especial Indígena y finalmente el SISPI, que incluye el sistema de promoción y prevención de estas microculturas. El desarrollo y la socialización del SISPI en los 105 resguardos indígenas, que cubre a 1'378.884 habitantes, se está realizando actualmente; buscando respeto a las tradiciones indígenas y control en los procesos de la determinación social en salud mediante la educación. Hoy, la Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria) y la sentencia C-313 de 2014 defienden la salud como ley fundamental brindando apoyo especial a la salud de las comunidades indígenas.

DISCUSIÓN

En Riosucio y zonas aledañas se tiene que reconocer que hoy no existe una cultura pura, por la influencia de otras, y menos aun cuando han pasado más de 500 años de historia en América; es decir que hay una multiculturalidad con procesos de interculturalidad muy marcados debido a que además de los indígenas Emberá Chamí propios de la zona habitaron los españoles y sus descendientes, así como las poblaciones afrodescendientes que fueron traídas para trabajar en las minas de oro y europeos que ingresaron en el siglo pasado al huir de la Segunda Guerra Mundial.

La multiculturalidad se define como la coexistencia de diferentes culturas en un mismo espacio geográfico, en donde debido a las jerarquías tanto sociales como políticas se pueden crear conflictos por el menosprecio de unas u otras. Sin embargo el objetivo de la convivencia en la multiculturalidad es el de promover la igualdad y diversidad de culturas (36, 37).

La interculturalidad es el intercambio o interacción de dos o más culturas a través del diálogo. A pesar de que existen diferencias entre diversas culturas, no existe ninguna cultura hegemónica; es decir que ninguna está por encima de otra. Todas son iguales, en el sentido de los derechos humanos. La interculturalidad se da por diferentes formas como la comunicación entre culturas y la inmigración, siendo una hibridez cultural; o sea que diversas culturas conviven y se mezclan entre sí, sin hacerse un mestizaje (36, 37).

Desde la antropología sociocultural un sistema médico se concibe como un conjunto organizado, coherente y estratificado de agentes terapéuticos, modelos explicativos de salud-enfermedad y prácticas y tecnologías al servicio de la salud individual y colectiva. La forma en que estos elementos se organizan internamente, otorgando coherencia al sistema, depende del modelo sociocultural en que se desarrolla la medicina.

En consecuencia, las medicinas son construcciones culturales que responden a necesidades de un entorno social específico y en las cuales es posible distinguir una dimensión conceptual y otra conductual. La dimensión conceptual de los sistemas médicos está determinada directamente por la cultura de los pacientes y profesionales (38).

En el municipio de Riosucio y sus resguardos indígenas se ha desarrollado un proceso en el que la multiculturalidad ha buscado la igualdad, sin menosprecio de ninguna cultura; toda vez que los derechos se basan en el espacio físico de los resguardos y quienes los habitan y no en la procedencia étnica de cada habitante. Con respecto a la interculturalidad, el mestizaje se ha dado no solo desde el concepto étnico sino también desde el concepto social y cultural; incluyendo las características del sustento económico de los habitantes de los diferentes resguardos.

En el municipio de Riosucio (Caldas) los datos de salud de sus habitantes —que incluye a todos los habitantes de los resguardos— se consignan anualmente en un documento denominado perfil epidemiológico, realizado desde el punto de vista de la medicina occidental, de acuerdo a los requerimientos del Instituto Nacional de Salud; igualmente se hace un documento de perfil epidemiológico propio de enfermedades indígenas, elaborado por médicos tradicionales y parteras¹¹.

Las enfermedades odontológicas, la hipertensión arterial primaria, las infecciones urinarias, la rinfaringitis, la enfermedad de diarrea aguda, la lumbalgia y los traumas, son las principales enfermedades de consulta externa en los hospitales locales (39). Las primeras causas intrahospitalarias de la población de Riosucio son la neumonía, dolores abdominales, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la infección de vías urinarias,

¹¹ Al haber dos interpretaciones de las enfermedades en una población, una por la cultura occidental y la otra por la cultura indígena Emberá Chamí, se puede hablar de dos perfiles epidemiológicos independientes.

las coleditiasis, la apendicitis, los traumas en la cabeza, insuficiencia cardiaca congestiva, traumas en otras partes del cuerpo y finalmente las anemias (39).

La primera vez que se realizó un perfil epidemiológico propio de las comunidades indígenas en el municipio de Riosucio, fue en el año 2011. Culturalmente este perfil recobra la historia y conocimientos que se han dado por cientos de años. Presenta un enfoque propio de la salud de los indígenas, e incluye condiciones que ellos mismos identifican dentro de su cultura como enfermedades (40). Realizado en reuniones de su población con los chamanes, jaibanás, médicos tradicionales y parteras, teniendo en cuenta la conceptualización propia de la cultura Emberá Chamí sobre las enfermedades por energías, la madre naturaleza y los espíritus, que son tradicionales e históricas, y que la medicina occidental no puede curar (40).

Respetan estos conceptos, clasificándolas como “enfermedades afueranas” y “enfermedades propias”. Luego las organizan en subgrupos como enfermedades de la mujer, enfermedades energéticas, enfermedades espirituales, enfermedades naturales y enfermedades postizas.

Las “enfermedades afueranas”, son aquellas enfermedades que fueron traídas durante la conquista y que aún persisten en el territorio ancestral afectando a la población indígena. Estas son principalmente infecciosas (41).

Las “enfermedades propias”, son aquellas enfermedades que en ocasiones no presentan síntomas corporales pero si espirituales y que no se pueden diagnosticar por medio de exámenes y laboratorios. Son enfermedades que las personas han venido sufriendo de forma histórica en los territorios, con nombres propios, y son producidas de forma sobrenatural por espíritus o por energías provenientes de una fuerza negativa. Solo pueden ser diagnosticadas por los dones de los médicos tradicionales al ser producidas por el ambiente y

los aspectos sociales, y solo pueden ser tratadas por elementos de la madre naturaleza (41).

En general, todos los procesos de interacción social y cultural que involucren la existencia de diferentes y a veces antagónicos sistemas de creencias están sujetos a importantes fricciones. Sin embargo los conflictos entre diferentes sistemas médicos no emergen solo de las diferencias en los modelos explicativos que los sustentan, sino también de la dominación social de un modelo de salud sobre otro (42).

El complejo contexto de la interculturalidad, demanda de los actores el establecimiento de relaciones entre culturas y personas que intercambian sus cosmovisiones en un ambiente de afirmación cultural de los saberes indígenas. De hecho, Ishizawa considera que el diálogo de saberes es “la relación mutuamente enriquecedora entre personas y culturas, puestas en colaboración por un destino compartido” (43).

Incursionar en el estudio comprensivo de la determinación social en salud para la primera infancia en las poblaciones indígenas, por ejemplo Wayúu y Emberá Chamí, implica pensar de otra manera el proceso de indagación que permita hacer construcciones en torno a los saberes propios que les caracteriza y a las políticas públicas que afectan en este sentido a esas culturas indígenas.

Lo anterior, significa que brindar oportunidades para la comprensión de la determinación social de la salud para la primera infancia en otras poblaciones étnicas implica asumir una actitud de reconocimiento del otro. Este reconocimiento aparece en todas las prácticas de saberes locales y occidentales, y se espera lograr objetivarlas en el marco de un sistema integrado de salud. En este sentido la lucha por el reconocimiento es propia de la relación humana; entendida como el enfrentamiento de dos personas, dos sujetos, que luchan por ser reconocidos por el otro. En esta dialéctica, Hegel aclara que la lucha por

el reconocimiento es un espacio ético y político en el que se plantean las relaciones sociales y cuyo resultado último se puede agrupar con el término instituciones sociales y políticas (44).

El reconocimiento de los saberes ancestrales de la población indígena parte de la aceptación de un predominio del saber-poder de la cultura occidental que ha subvalorado los saberes locales, culturales, tradicionales; lo cual demanda, para este programa de investigación, una necesidad de orientar estrategias y acciones conjuntas para empoderar a estas comunidades logrando su activa participación a través del diálogo de saberes. Este empoderamiento podría comprenderse, no obstante, como bien lo expresa Rappaport, desde el modelo del “empoderamiento como potenciación” y el efecto en un desarrollo social con la dinámica de la participación (45). El empoderamiento por medio de esta perspectiva se relaciona con el poder como la capacidad de ser, de expresarse uno mismo. Su sentido del poder está muy cerca de la capacidad humana. De allí que las relaciones de poder puedan entonces significar dominación, desafíos y resistencias o servir para obtener control sobre ellas.

En este marco de ideas, desocultar saberes ancestrales que por épocas han sido reprimidos por no estar a tono con los conocimientos científicos es una oportunidad que se presenta con este programa de investigación para recuperar tradiciones, reafirmar culturas y sobre todo constituir comunidades vitales que compartan e intercambien sus visiones de vida en torno a la salud en primera infancia. Como bien lo expresa Mejía, “estos sistemas de saber tienen vida propia, toda vez que funcionan en mundos singulares y diferentes que solo son explicables en esas particularidades del mundo que lo constituye, y ello le exige construir categorías que tienen valor, explicación, sentido en las enunciaciones de su cultura” (46).

Kaplan, ya advertía que la industrialización de la producción ha convertido al conocimiento científico en la moneda corriente de la tecnología. Las leyes de la naturaleza se emplean para separar a las personas de su medio terrenal. Se crean nuevos nucleamientos urbanos a una velocidad vertiginosa al mismo tiempo que tribus enteras, grupos étnicos y hasta Naciones han sido desarraigadas de sus moradas ancestrales y dispersas por tierras extrañas (47).

El concepto de poder en Foucault supone una crítica a la concepción tradicional entendida como soberanía-obediencia, que se lleva a cabo por múltiples técnicas y tácticas específicas que responden a urgencias determinadas y configuran estrategias. Tal como lo concibe es esencialmente positivo, incita, suscita, produce. No es fundamentalmente represivo sino que se ejerce, se posee y pasa por los dominados tanto como por los dominadores (48, 49).

Es claro que, para este trabajo investigativo, el crear ambientes propicios para el diálogo de saberes permite a las culturas en conversación visibilizar sus visiones frente hacia a la determinación social y estructural para la salud en primera infancia; empoderando las comunidades y superando todas las tensiones que han separado las culturas.

La aplicación de la interculturalidad en la salud, para el tratamiento de las enfermedades, es lo que se observa hoy en la población indígena de Riosucio; así como, prácticamente, en todas las culturas indígenas del país. El sistema nacional de salud con sus hospitales y todo el andamiaje de la medicina occidental es aceptado por la cultura indígena. Sin embargo esto no desplaza, ni ha hecho desaparecer, su propio concepto cultural de enfermedad. Ya que por su lado continúan los representantes culturales de la salud, principalmente los médicos tradicionales y las parteras, aplicando su concepción de enfermedad y respetando la medicina occidental (50).

Una política o enfoque intercultural en salud tiene al menos dos niveles de expresión: uno el de las acciones y actividades que materializan la interacción entre medicinas y otro el de la cultura que sustenta los modelos médicos en interacción. Este último, el más complejo de desarrollar, implica trascender desde la acción médica concreta hacia la implementación de un modelo pluricultural de salud y sociedad. Es un proceso que requiere transformaciones estructurales de largo plazo y responsabilidades que sobrepasan a los actores del sistema de salud, pues son las estructuras del Estado en conjunto con las sociedades indígenas quienes deben establecer las bases para un proyecto multicultural de sociedad (51).

El camino a seguir es fomentar el acercamiento entre las dos medicinas, respetando sus principios y sus protagonistas, profundizando en el aspecto de la atención primaria en salud y el manejo de la salud colectiva comenzando por la familia; tendencia que debe marcar la medicina occidental. En cuanto a la medicina indígena apoyar el SISPI, respetando sus tratamientos tanto naturales como espirituales; de esta manera se podría observar que los principios de la interculturalidad en salud son totalmente aplicables (52).

CONCLUSIONES

Antes del descubrimiento y en la preconquista la población autóctona americana, identificada como indígena por territorio y cultura, tenía su propia forma de concebir la salud que compartía los conceptos de manejo natural y espiritual. Con la llegada de los españoles, arriban nuevas enfermedades que fueron tan devastadoras como la misma conquista. El manejo de la salud indígena sufrió un cambio importante, al intervenir los conceptos y métodos de los nuevos visitantes en este proceso.

Nunca hubo un respeto real por la cultura indígena y sus creencias, a pesar de los decretos reales que ordenaban lo contrario. La nueva religión estuvo de lado de la defensa de los derechos indígenas, pero las creencias propias indígenas fueron erradicadas. No hay mayores cambios luego de la colonización en cuanto a la política de manejo de las poblaciones indígenas. Solo en los siglos XX y XXI se nota un cambio real en los derechos y políticas en salud para los indígenas con la Constitución de 1991, y con la posterior promulgación del SISPI. Este programa en salud, como parte de un decreto de autonomía indígena, busca recuperar y respetar las creencias culturales de los pueblos indígenas.

La población Emberá Chamí, en el departamento de Caldas, es una muestra clara de la situación actual de las condiciones indígenas; destacando principalmente la interculturalidad que se vive como un fenómeno irreversible y obligatorio en el espacio y tiempo de los indígenas. El saber cómo manejar esta interculturalidad es probablemente la clave de conservación de la cultura indígena en todos los resguardos de Colombia.

AGRADECIMIENTOS

Al Concejo de Resguardos indígenas de Caldas — CRIDEC—, a la Asociación de Cabildos Indígenas de Caldas —ACICAL— y a la Alcaldía de Riosucio de Caldas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arias SA. Epidemiología, equidad en salud y justicia social. *Rev Fac Nac Sal Púb.* 2017; 35 (2): 186-196.
2. Foucault M. *La vida de los hombres infames.* La Plata: Ediciones Altamira; 1996.
3. Quevedo E. *Historia social de la ciencia en Colombia. Medicina. Tomo VII.* Bogotá: COLCIENCIAS; 1993.
4. Miranda N., Quevedo E., Hernández M. *Historia social de la ciencia en Colombia. Medicina. Tomo VIII.* Bogotá: COLCIENCIAS; 1993.
5. Pontón JH. *La medicina en la época precolombina os psicoestimulantes y los venenos de flechas.* Disponible en: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/academedicina/va-60/academ24360-medicinaprecolombina/>.
6. Reichel-Dolmatoff G. *Colombia indígena, período prehispánico.* En: Jaramillo Uribe J., editor. *Manual de historia de Colombia.* Bogotá: Instituto Colombiano de Cultura; 1982. p. 33-118.
7. Friede J. *Colombia indígena, período prehispánico.* En: Jaramillo Uribe J., editor. *Manual de historia de Colombia.* Bogotá: Instituto Colombiano de Cultura; 1982. p. 119-224.
8. Arango Cano J. *Mitos, leyendas y dioses chibchas.* Bogotá: Editorial Plaza & Janés; 1991.
9. Pteziani JC. *La medicina en la historia (I). Culturas Precolombinas.* *Revista Centro Médico.* 1997; 42 (1): 42-46.
10. Chávez HD. *La sociedad colonial americana.* Disponible en: <https://portalacademico.cch.unam.mx/repositorio-de-sitios/historico-social/historia-de-mexico-1/HMI/Colonia.pdf>
11. González López F. *Conjuros y hospitales.* Manizales: Gobernación de Caldas; 2005.
12. Grice-Hutchinson M. *El concepto de la Escuela de Salamanca: sus orígenes y su desarrollo.* *Revista de Historia Económica.* 1989; VII (2): 21-25.
13. Aguirre SAC. *Fenomenología jurídica y derecho natural. Iusnaturalismo clásico y doctrina apriorica del derecho.* *Eikasias.* 2008; IV (21): 57-75.
14. Orozco OG. *El Estado borbónico en la nueva España.* Disponible en: <http://www.omarguerrero.org/articulos/Borbonico.pdf>.
15. Restrepo LA. *Proceso histórico de los derechos humanos en Colombia.* Bogotá: Instituto para el Desarrollo de la Democracia Luis Carlos Galán; 1995.
16. Bohórquez CL. *El resguardo en la Nueva Granada. ¿Proteccionismo o despojo?* Bogotá: Editorial Nueva América; 1997.
17. Herrera M. *Los pueblos que no eran pueblos.* Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5755023.pdf>
18. Bentham J. *El panóptico.* Madrid: Ediciones La Piqueta; 1979.
19. Foucault M. *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión.* Buenos Aires: Siglo XXI editores; 2002.
20. Fowler W., Zavaleta E. *El pensamiento de Pierre Bourdieu: apuntes para una mirada arqueológica.* *Rev Museología Koot.* 2003; 3 (4): 117-135.
21. García FM. *Derechos humanos de los indígenas. Las instituciones coloniales fallaron en su defensa.* *Credencial Historia.* 2002; 156.
22. Todorov T. *La conquista de América: el problema del otro.* Ciudad de México: Siglo XXI editores; 2010.
23. Saavedra JJ. *De los medicamentos aldeaños a través de los tiempos y los años.* Bogotá: Lafrancol S.A.; 2013.

24. Miranda N. Historia social de la ciencia en Colombia. Medicina. Tomo VIII. Bogotá: COLCIENCIAS; 1993.
25. Angarita MDC., Rincón S. Los caminos históricos de la Real Expedición Botánica. Quiroga. 2013; 3: 40-54.
26. Ministerio de Educación Nacional. Mutis y la Expedición Botánica. En: Arbeláez EP. Colección Bicentenario: ciencia y la Expedición Botánica en la Independencia. Bogotá: Ministerio de Educación Nacional; 2012.
27. Wilhite JF. Los discípulos de Mutis y la Ilustración en la Nueva Granada: la educación, la historia y la literatura. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/John_Wilhite2/publication/267027516_LOS_DISCIPULOS_DE_MUTIS_Y_LA_ILUSTRACION_EN_LA_NUEVA_GRANADA_la_educacion_la_historia_y_la_literatura/links/544162cf0cf2e6f0c0f61a84/LOS-DISCIPULOS-DE-MUTIS-Y-LA-ILUSTRACION-EN-LA-NUEVA-GRANADA-la-educacion-la-historia-y-la-literatura.pdf.
28. Díaz López Z. La política dirige la economía: libertad, progreso y educación. En: Ocampo JF., editor. Historias de las ideas políticas en Colombia. Bogotá: Pensar: Instituto de Estudios Sociales y Culturales; 2008. p. 107-144.
29. Ocampo JF. La política dirige la economía: libertad, progreso y educación. En: Ocampo JF., editor. Historias de las ideas políticas en Colombia. Bogotá: Pensar: Instituto de Estudios Sociales y Culturales; 2008. p. 145-180.
30. Robledo E. Apuntaciones sobre la medicina en Colombia. Cali: Universidad del Valle; 1959.
31. Diario Oficial. Ley 160 de 1994. Sistema Nacional de reforma agraria y desarrollo rural campesino. Bogotá: Diario Oficial; 1994.
32. de Solano F. Proceso histórico al conquistador. Madrid: Alianza; 1987.
33. Sánchez Reyes JD. Organización de los sistemas territoriales de seguridad social en salud en Colombia. Bogotá: Ministerio de Salud; 1995.
34. Dirección local de Salud del municipio de Riosucio. Boletín epidemiológico de Riosucio. Riosucio: Alcaldía de Riosucio; 2013.
35. CRIDEC. Pueblos indígenas avanzan en la estructuración del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI). Boletín de Prensa. 2012.
36. Alarcon AM., Vidal A., Neira J. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Revista Médica de Chile. 2003; 131: 1061-1065.
37. Chaves M. La multiculturalidad estatalizada: indígenas, afrodescendientes y configuraciones de Estado. Bogotá: Instituto Colombiano de Antropología e Historia; 2012.
38. Hernández VH. Cultura, multiculturalidad, interculturalidad y transculturalidad: evolución de un término. Disponible en: <https://es.slideshare.net/especialistaenigualdad9/article04-31134494>
39. Dirección local de Salud de Riosucio. Perfil epidemiológico de Riosucio. Riosucio: Alcaldía de Riosucio; 2013.
40. Sánchez Gutiérrez E., Molina Echeverry H. Documentos para la historia del movimiento indígena colombiano contemporáneo. En: Ministerio de Cultura, coordinador. Bogotá: Biblioteca Básica de los Pueblos Indígenas de Colombia; 2010.
41. Montes de Echeverri S. Documentos SUPERSALUD gobierno de Colombia. Disponible en: <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Sentencias/CE-SC-RAD2002-N1443.pdf>.
42. Escobar A. Una minga para el postdesarrollo: lugar, medio ambiente y movimientos sociales en las transformaciones globales. Bogotá: Ediciones Desde abajo; 2013.

43. Ishizawa J., Rengifo VG. Diálogo de saberes. Una aproximación epistemológica. Lima, Perú: AMC Editores; 2012.
44. Pardo JA. ¿De qué trata la *Fenomenología del espíritu* de Hegel? Disponible en: <http://biblioteca.itam.mx/estudios/60-89/86/JoseAntonioPardoDequetrala.pdf>.
45. Rappaport J. La teoría de la potenciación (*Empowerment*). En: Hombrados IM., coordinadora. Introducción a la psicología comunitaria. Granada: Ediciones Aljibe. 1996.
46. Mejía MR. Las búsquedas del pensamiento propio desde el buen vivir y la educación popular. Urgencias de la educación latinoamericana a propósito de las relaciones entre el saber y conocimiento. *Rev Edu y Ciud.* 2012; 23: 9-26.
47. Kaplan JL. Adolescencia. El adiós a la infancia. Buenos Aires: Paidós; 1991.
48. Tirado FR., Mora M. El espacio y el poder: Michel Foucault y la crítica de la historia. *Rev Espiral.* 2002; 9 (25): 11-36.
49. Foucault M. El nacimiento de la clínica. Ciudad de México: Siglo XXI editores; 2012.
50. Calvo de Vanegas P. Riosucio. Manizales: Biblioteca de Autores Caldenses; 1933.
51. Nayip F., Narváez H. Interculturalidad en salud: competencias en prácticas de salud con población. *Cienc Enferm.* 2012; XVIII (3): 17-24.
52. Departamento Nacional de Planeación. Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 Anexo IV. Acuerdos con los Pueblos Indígenas. Disponible en: <http://www.vicepresidencia.gov.co/programas/Documents/Plan-nacional-desarrollo-2010-anexo-acuerdos-pueblos-indigenas.pdf>

AUTORES

Adán Joskowicz

Licenciado en Psicología. Hospital General de Agudos Doctor Enrique Tornú, Buenos Aires, Argentina. Correo electrónico: adanjoskowicz@hotmail.com. ORCID: 0000-0001-6596-4394.

Agostina Gieco

Licenciada en Sociología. Hospital General de Agudos Doctor Enrique Tornú, Buenos Aires, Argentina. Correo electrónico: agosgieco@hotmail.com. ORCID: 0000-0001-8268-938X.

Álvaro de Jesús Giraldo Pineda

Licenciado en Sociología, Magíster en Salud pública y en Antropología. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Correo electrónico: alvaro.giraldo@udea.edu.co. ORCID: /0000-0001-8942-6750.

Andrés Felipe Tirado Otálvaro

Enfermero, Magíster en Epidemiología. Universidad Pontificia Bolivariana, Escuela Ciencias de la Salud. Medellín, Colombia. Correo electrónico: felipe.tirado@upb.edu.co. ORCID: 0000-0001-9010-1494.

Carlos Enrique Yepes Delgado

Médico y cirujano, Ph.D. en Epidemiología. Universidad de Antioquia, Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia. Correo electrónico: caenyede@gmail.com. ORCID: 0000-0001-5656-4989.

Carolina Duarte Alarcón

Psicóloga. Magíster Salud Ocupacional. Pontificia Universidad Javeriana. Cali, Colombia. Correo electrónico: carolinamb@gmail.com. ORCID: 0000-0003-3739-0260

Carolina Enríquez Guerrero

Enfermera. Magíster en Epidemiología y Enfermería. Universidad del Rosario. Bogotá, Colombia. Autor para correspondencia. Correo electrónico: carolinamb@urosario.edu.co. ORCID: 0000-0002-8065-3452.

Christian Ricardo Zea Forero

Ingeniero Mecánico. Magíster en Ingeniería. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: crzea@javeriana.edu.co. ORCID: 0000-0003-0987-6212.

Claudia Milena Velasco Rangel

Enfermera, Magíster en Pedagogía. Instituto PROINAPSA, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia. Correo electrónico: mile0833@hotmail.com. ORCID: 0000-0002-9368-2818.

Claudio Basanisi

Médico. Hospital General de Agudos Doctor Enrique Tornú, Buenos Aires, Argentina. Correo electrónico: basanisiclaudio@hotmail.com. ORCID: 0000-0003-1384-650X.

Diego Brosio

Médico, Especialista en Clínica Médica. Hospital General de Agudos Doctor Enrique Tornú, Buenos Aires, Argentina. Correo electrónico: dr.brosio@gmail.com. ORCID: 0000-0002-5021-2779.

Eduardo Lozano Ordoñez

Médico Epidemiólogo Clínico y de Campo, candidato a doctor en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. Universidad de Manizales, Manizales, Colombia. Correo electrónico: elozan@yahoo.com. ORCID: 0000-0002-9755-889X.

Eliana Sofía Angulo Valencia

Socióloga. Magíster en Salud Pública. Universidad del Pacífico. Buenaventura, Colombia. Correo electrónico: eliana.sofia.angulo@gmail.com. ORCID: 0000-0001-6034-7127

Fabio Alberto Camargo Figuera

Enfermero, Ph.D. en Epidemiología. Escuela de Enfermería, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia. Correo electrónico: falcamfi@uis.edu.co. ORCID: 0000-0001-6070-9327.

Jairo Camilo Guevara Farías

Médico y cirujano. Universidad de Antioquia, Medellín, Hospital San Juan de Dios, Santa Fe de Antioquia, Colombia. Autor para correspondencia. Correo electrónico: jcguevaraf@gmail.com. ORCID: 0000-0002- 8139-2549.

Juan David Velásquez Tirado

Médico, Psiquiatra de Enlace. Universidad Pontificia Bolivariana, Escuela Ciencias de la Salud. Medellín, Colombia. Correo electrónico: juan.velasquez@upb.edu.co. ORCID: 000-0002- 4638-2927.

Juan Carlos Restrepo Medrano

Enfermero, Ph.D. en salud Pública. Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería. Medellín, Colombia. Correo electrónico: juanrestrepo8@gmail.com. ORCID: 0000-0001- 9750-5467.

Julián Pardo García

Médico Interno. Universidad del Rosario. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: julian.pardog@urosario.edu.co. ORCID: 0000-0002- 3743-9637.

Julieta Insaurrealde

Licenciada en Ciencias de la Comunicación Social. Hospital General de Agudos Doctor Enrique Tornú, Buenos Aires, Argentina. Correo electrónico: july_insaurrealde@hotmail.com. ORCID: 0000-0002-0312- 1022.

Laura Vanesa Durán Cortés

Diseñadora Industrial. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: duvan.laura@javeriana.edu.co. ORCID: 0000-0003- 2813-5022.

Liliana Patricia Pineda Rodríguez

Psicóloga. Instituto PROINAPSA, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia. Correo electrónico: liliana.piedar@live.com. ORCID: 0000-0002- 9836-275X.

Lucila Niño Bautista

Enfermera, Magíster en Educación. Instituto PROINAPSA, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia. Correo electrónico: lucinino@hotmail.com. ORCID: 0000-0003- 2511-8294.

Lucelly López López

Gerente en Sistemas de Información en Salud, Especialista en Estadística. Universidad Pontificia Bolivariana, Escuela Ciencias de la Salud, Colombia. Correo electrónico: lucelly.lopez@upb.edu.co. ORCID: 0000-0002- 1534-520X.

Luis Fernando Giraldo Ferrer

Médico, Psiquiatra. ESE Hospital CARISMA. Medellín, Colombia. Autor para correspondencia. Correo electrónico: luisgiral doferrer@yahoo.com. ORCID: 0000-0002- 9329-8015.

María Alejandra Valero

Médico Interno. Universidad del Rosario. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: mariaa.valero@urosario.edu.co. ORCID: 000-0003- 2703-8992

María Constanza Hakspiel Plata

Enfermera, Especialista en Educación y Orientación Sexual. Instituto PROINAPSA, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia. Correo electrónico: mconina@yahoo.com. ORCID: 0000-0002-1881-9351.

María del Pilar Oviedo Cáceres

Óptometra, Magíster en Salud Pública. Instituto PROINAPSA, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia. Correo electrónico: poviedoc@hotmail.com. ORCID: 0000-0002-2576- 8409.

María Florencia Rosso

Licenciada en Psicología. Hospital General de Agudos Doctor Enrique Tornú, Buenos Aires, Argentina. Correo electrónico: m.flor.rosso@gmail.com. ORCID: 0000-0003- 3902-6737.

Maria Teresa Varela Arévalo

Psicóloga. Magíster en Epidemiología. Pontificia Universidad Javeriana. Cali, Colombia. Correo electrónico: mtvarela@javerianacali.edu.co. ORCID: 0000-0002- 7702-2457

Mario Hernández Álvarez

Médico, Bioeticista. Magíster y Doctor en Historia. Profesor Asociado al Departamento de Salud Pública. Coordinador del Doctorado Interfacultades en Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia. Correo electrónico: mariohernandez62@gmail.com

Martha Lucía Bernal Castro

Diseñadora Industrial. Magíster en Relaciones Internacionales. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia. Autor para correspondencia. Correo electrónico: marthabernal@javeriana.edu.co. ORCID: 0000-0003- 0343-7577.

Mayra Alomo

Licenciada en Trabajo Social. Hospital General de Agudos Doctor Enrique Tornú, Buenos Aires, Argentina. Correo electrónico: mayra.alomo@yahoo.es. ORCID: 0000-0001- 9224-4587.

Miriam Salazar Henao

PhD en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. Universidad de Manizales, Manizales, Colombia. Correo electrónico: myriam@umanizales.edu.co. ORCID: 0000-0003- 3591-5668.

Natalia Botero Jaramillo

Antropóloga, Magíster en Historia. Universidad de Antioquia, Universidad de Medellín, Medellín, Colombia. Correo electrónico: natalia.boteroj@udea.edu.co. ORCID: 0000-0002- 0126-1013.

Ovidio Rincón Becerra

Diseñador Industrial. Magíster en Salud y Seguridad en el Trabajo. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: rincono@javeriana.edu.co. ORCID: 0000-0001-9122-535X.

Paula Andrea Hoyos Hernández

Psicóloga. Magíster en Familia. Pontificia Universidad Javeriana. Cali, Colombia. Correo electrónico: paulahoyos@javerianacali.edu.co. ORCID: 0000-0001- 7948-6338

Rocio Carvajal Barona

Enfermera. Magíster en Salud Pública. Pontificia Universidad Javeriana. Cali, Colombia. Autor para correspondencia. Correo electrónico: rcarvajal@javerianacali.edu.co. ORCID: 0000-0001- 8525-3995

Yenny Barreto-Z

Enfermera. Magíster en Salud Pública. Universidad del Rosario. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: yenny.barreto@urosario.edu.co. ORCID: 0000-0002-5881- 0693.

EVALUADORES

Alejandro Estrada Restrepo

Profesional en Sistemas de Información en Salud, Magíster en Epidemiología. Universidad de Antioquia. Medellín, Antioquia. Correo electrónico: alejandro.estrada@udea.edu.co

Andrea Brabete

PhD Mujeres y Salud. University of Montreal. Montreal, Canadá. Correo electrónico: ac.brabete@psi.ucm.es

Carmen Leticia Gorriti

Enfermera, PhD en Ciencias de Enfermería. ULADECH CATÓLICA. Chimbote, Perú. Correo electrónico: cgorrritis@uladech.edu.pe.

Claudio Fernando Muñoz Poblete

Kinesiologo, PhD en Salud Pública. Universidad de la Frontera. La Frontera, Chile. Correo electrónico: claudio.munoz@ufrontera.cl

Diana Patricia Molina Berrio

Psicóloga, Magíster en Salud Pública. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. Correo electrónico: dpatricia.molina@udea.edu.co

Electra Victoria González

Asistente Social, Magíster en in Population Research. Universidad de Chile. Santiago, Chile. Correo electrónico: evgonzalez@med.uchile.cl

Elizabeth Fujimori

PhD en Salud Pública. Universidad de São Paulo. São Paulo, Brasil. Correo electrónico: efujimor@usp.br

Gisela Esther González

Enfermera, PhD en Ciencias Gerenciales. Centro para la Investigación y la atención en Salud "Cerinpros". Sincelejo, Colombia. Correo electrónico: cerinpross@yahoo.com

Isabel Cristina Posada Zapata

Psicóloga, Magíster en Salud Pública. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. Correo electrónico: Isabel.posada@udea.edu.co

Jorge López Puga

Psicólogo, PhD en Psicología. Universidad Católica de Murcia. Murcia, España. Correo electrónico: jpuga@ucam.edu

Karen Liseth Cabarcas

Psicóloga, Magíster en Psicología. Universidad Católica de Colombia. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: klcabarcas@ucatolica.edu.co

Laura Débora Acosta

Licenciada en Nutrición, PhD en Demografía. Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba, Argentina. Correo electrónico: ldacosta@conicet.gov.ar

Marías Dorys Cardona

Administradora de empresas, PhD en Demografía. Universidad CES. Medellín, Colombia. Correo electrónico: dcardona@ces.edu.co

María del Pilar Escobar Potes

Enfermera, Magíster En Investigación y Tecnología Educativa. Universidad de Caldas. Manizales, Colombia. Correo electrónico: pilares@ucaldas.edu.co

María del Pilar Matud Aznar

Psicóloga, PhD en Psicología. Universidad de la Laguna. La Laguna, España. Correo electrónico: pmatud@ull.es

María Eugenia Gómez López

Psicóloga, PhD en Psicología y Salud. Instituto Nacional de Perinatología. México. Correo electrónico: eugenia.gomez@inper.mx

María Eugenia Pico Merchán

Enfermera, Magíster en Educación y desarrollo humano. Universidad de Caldas. Mnaizales, Colombia. Correo electrónico: maria.pico@ucaldas.edu.co

Margarita María Gómez Gómez

Licenciada en Filosofía, Magister en Salud Colectiva. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. Correo electrónico: margaritam.gomez@gmail.com

Minerva García Rangel

Enfermera, Magíster en Salud Pública. Universidad Autónoma de San Luis Potosí. San Luis Potosí, México. Correo electrónico: minerva.garcia@uaslp.mx

Raúl Fernando Guerrero

Enfermero, PhD en Ciencias de Enfermería. Universidad de Guanajuato. Guanajuato, México. Correo electrónico: rf.guerrerocastaneda@ugto.mx

Samuel Andrés Arias

Médico, Magíster en epidemiología. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. Correo electrónico: samuel.arias@udea.edu.co

Sergio Raúl Muñoz Navarro

Licenciado en Matemáticas, PhD en Salud Pública. Universidad de la Frontera. La frontera, Chile. Correo electrónico: sergio.munoz.n@ufrontera.cl

Sonia Jaimovich Pérez

Enfermera, Magíster en Salud Pública. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile. Correo electrónico: sjaimovi@uc.cl

Vilma Florisa Velásquez Gutiérrez

Enfermera, PhD en Educación de adultos. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: vvelasquez@unal.edu.co

Yanine González López

Psicóloga, PhD en Ciencias Sociales Niñez y Juventud. Universidad Antonio Nariño. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: yanine.gonzalez@uan.edu.co

INDICACIONES PARA LOS AUTORES

La Revista Hacia la Promoción de la Salud es una publicación semestral, de carácter científico, indexada en el Índice Bibliográfico Nacional Publindex de COLCIENCIAS; con una distribución nacional e internacional a entidades de carácter académico, asistencial y administrativo del sector salud. Está dirigida a todas aquellas personas naturales o jurídicas con interés en las diferentes áreas propuestas. Tiene como finalidad socializar las experiencias académicas, investigativas, de proyección y de docencia, tanto de docentes como de estudiantes, egresados de pregrado y postgrado, profesionales de las áreas de la salud, sociales y afines del país y del mundo, que realicen aportes para el desarrollo de las siguientes temáticas:

- Conceptualización sobre salud y vida.
- Salud pública.
- Educación para la salud.
- Estilos de vida saludables.
- Comunicación social en salud.
- Mercadeo social.
- Orientación de los servicios de salud.
- Políticas públicas saludables.
- Ambientes favorables a la salud.
- Negociación y manejo de conflictos.
- Participación social.
- Alianzas estratégicas.
- Desarrollo social y humano.
- Ciencias sociales y salud.

SECCIONES

La revista contiene las siguientes secciones:

Editorial: punto de vista del Comité Editorial, del editor o de autores invitados.

Artículo de investigación científica y tecnológica: documento que presenta de manera detallada los resultados originales de proyectos terminados de investigación¹; debe indicar: introducción, materiales y métodos, resultados, discusión, conclusiones, agradecimientos y referencias bibliográficas.

Artículo de revisión: documento resultado de una investigación terminada en la que se analizan, sistematizan e integran los resultados de investigaciones publicadas o no, sobre un campo en ciencia o tecnología, con el fin de dar cuenta de los avances y las tendencias de desarrollo. Se caracteriza por presentar una cuidadosa revisión bibliográfica de por lo menos 50 referencias².

Artículo de reflexión: documento que presenta resultados de investigación terminada desde una perspectiva analítica, interpretativa o crítica del autor, sobre un tema específico, recurriendo a fuentes originales³.

SELECCIÓN DE ARTÍCULOS PARA PUBLICACIÓN

El estudio y la selección inicial de los escritos están a cargo del Comité Editorial, que acepta o rechaza los originales, atendiendo a la calidad científica, la concordancia con las temáticas propias de la revista y la vigencia temporal de los resultados. Además, el Comité puede solicitar modificaciones y hacer las recomendaciones que se estimen necesarias para ajustar el documento a las indicaciones de la Revista. Luego de esta revisión, será sometido a evaluación por uno o dos pares académicos externos, quienes emiten un concepto en el cual se acepta el artículo sin cambios, se acepta sujeto a cambios o se rechaza. En el caso en que del concepto de los evaluadores se deriven controversias, estas serán resueltas inicialmente por el Editor de la Revista o de ser necesario se solicitará una segunda o tercera evaluación por pares académicos. Se debe aclarar que la identidad de los autores no es revelada a los evaluadores, ni la de estos a los primeros, es decir, que el proceso es anónimo dado que los evaluadores no conocen los nombres de los autores y viceversa. La recepción de un artículo no implica compromiso con respecto a su publicación. Se acusará recibido del artículo y los originales no se devolverán; por lo tanto, el autor debe dejar copia de todo el material enviado. El proceso de revisión y corrección de los artículos implica un tiempo que debe ser tenido en cuenta por el/ los autor/es, en la decisión de envío del mismo.

¹ Tomado de Base Bibliográfica Nacional - BBN Publindex Índice Bibliográfico Nacional Publindex – IBN Publindex, febrero de 2010, p. 7.

²⁻³ *Ibidem*, p. 7.

ENVÍO DEL DOCUMENTO

El documento debe ser enviado al correo electrónico reprosa@ucaldas.edu.co, dirigido a la Editora de la revista; estar estructurado en Microsoft Word, tipo de fuente Times New Roman, tamaño 11; no exceder las 25 páginas a doble espacio, en tamaño carta; las márgenes deben ser de 3 cm y las páginas se numerarán consecutivamente en la esquina inferior derecha. Adjunto a este envío deberá remitirse el formato de **DECLARACIÓN DE COMPROMISO DE AUTORES** diligenciado, el cual puede ser consultado en la página web de la revista.

DERECHOS DE REPRODUCCIÓN

Si el documento es aceptado para publicación, los derechos de reproducción serán de la Universidad de Caldas. Como se mencionó, cada artículo debe ir acompañado de una carta de declaración de compromiso de los autores en la cual se especifica que es inédito e indica que los derechos de reproducción son propiedad exclusiva de la revista Hacia la Promoción de la Salud, además de otros aspectos que se encuentran explícitos en el documento, tales como que el artículo no se ha presentado simultáneamente para su publicación en otra revista. Por otra parte, el autor tiene la responsabilidad de obtener los permisos necesarios para reproducir cualquier material protegido por derechos de reproducción y debe especificar con claridad cuál es el cuadro, figura o texto que se citará y la referencia bibliográfica completa. Las opiniones, juicios y puntos de vista expresados por los autores son de su exclusiva responsabilidad y no reflejan los criterios ni la política de la revista.

Aspectos éticos: cuando sea pertinente, se incluirá una explicación sobre los procedimientos seguidos en la investigación a fin de garantizar el cumplimiento de los principios y normas éticas de la Declaración de Helsinki de 1975 y posteriores revisiones, además de la Resolución 8430 de 1993 del entonces Ministerio de Salud de Colombia.

Política de acceso abierto: Los contenidos web de la revista Hacia la Promoción de la Salud de la Universidad de Caldas se distribuye bajo una licencia Creative Commons de **Atribución**  esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original.

PRESENTACIÓN DEL ARTÍCULO

Título y autores

El título del trabajo debe limitarse a máximo 15 palabras, este no debe contener abreviaturas ni siglas. Debajo del título aparecen los apellidos y los nombres completos de cada autor, centrados y en cursivas; en pie de página se indica: título profesional y el máximo nivel alcanzado, institución donde labora en la cual no se deben presentar abreviaturas ni siglas, ciudad, país y dirección electrónica institucional o corporativa de cada uno de los autores. Se debe jerarquizar en el caso de autor/es con varias afiliaciones institucionales. Es indispensable esta información y solo esta. Omita cargos, grados docentes, reconocimientos, etc. Tener en cuenta que el primer autor será quien quedará registrado en las bases de datos de los diferentes servicios de indexación y resumen. Es indispensable indicar cuál autor se encargará de recibir y enviar la correspondencia, o de lo contrario se asumirá que el primer autor se hará cargo de tal función.

Resumen

Todo artículo debe tener un resumen en español, inglés y portugués con una extensión no mayor a 250 palabras. Incluirá objetivos, fechas y lugares de ejecución del estudio, métodos, resultados y conclusiones. No debe incluir abreviaturas y citas bibliográficas. Se debe redactar de forma impersonal, esto es, en la tercera persona del singular.

Palabras clave

Se utilizarán solo aquellas aceptadas por bases de datos internacionales, y que pueden ser consultadas en las siguientes direcciones: palabras clave (español): <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>, Key words (inglés): <http://www.nlm.nih.gov/mesh/>. Los autores deben explicitar que consultaron los descriptores antes mencionados, seguido de la última palabra clave, así: (*fuelle: DeCS, BIREME*); (*source: MeSH, NLM*); (*fonte: DeCS, BIREME*). El número de palabras clave presentadas debe ser cinco.

Cuerpo del artículo

Los documentos que son resultado de investigación se presentan de la siguiente manera: introducción, materiales y métodos, resultados, discusión, conclusiones, agradecimientos y referencias bibliográficas.

Introducción: indica la justificación y los objetivos de la investigación, incluye un resumen del referente teórico y no incluye resultados ni conclusiones.

Materiales y métodos: describe el tipo de estudio y el diseño del mismo, la población, la técnica de muestreo y la de selección de la muestra; así como los criterios de inclusión y exclusión. Explicitar la técnica, instrumentos y procedimientos utilizados para obtener los datos y analizarlos.

Resultados: presenta los resultados en orden lógico, deben ser concisos y claros. No se repiten en el texto los resultados que se encuentren en las tablas o figuras.

Discusión: se basa en los resultados obtenidos en la investigación, se comenta la relación entre estos y los obtenidos por otros autores, señala las coincidencias y diferencias encontradas y enfatiza en los aspectos nuevos. No repite información incluida en las secciones anteriores. Examina las implicaciones de los hallazgos, sus limitaciones y sus proyecciones en futuras investigaciones.

Conclusiones: indican los hallazgos más relevantes de la investigación desde el punto de vista del objeto de estudio; se recomienda que los objetivos de la investigación se constituyan en el punto de referencia para plantearlas, y que en ellas se involucren las distintas dimensiones del problema.

Agradecimientos: los autores pueden hacer mención a las personas y colaboradores, así como a instituciones financiadoras, dependencias e instituciones que apoyaron la ejecución de la investigación.

Referencias bibliográficas: se elaborarán ajustadas a las Normas Vancouver: se indican en el texto numeradas consecutivamente en el orden en que aparezcan, con números arábigos colocados entre paréntesis. La lista de referencias se iniciará en una hoja aparte al final del artículo. Consulte la lista de publicaciones periódicas del Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji.html>) para la abreviatura exacta de la revista citada; si la revista no aparece, escriba el título completo de la revista.

Cuadros y figuras

Los cuadros y figuras deben contener un título breve, lugar, fecha y fuente, y en los casos necesarios se debe

aclarar si es una elaboración propia. El encabezamiento de cada columna del cuadro debe tener la unidad de medida. No se aceptan tablas y gráficos en formato de imágenes. Las ilustraciones (gráficos, diagramas, dibujos, mapas, fotografías, entre otras) y los cuadros deben llevar sus respectivas leyendas y títulos, numerarse consecutivamente y su número no debe exceder a cuatro ilustraciones por artículo. Cada una de las ilustraciones deberá ser incluida en el texto donde corresponda y realizar su debida citación.

Para las ilustraciones que no hayan sido producidas por los autores o hayan sido tomadas de una revista, libro, sitio de internet o similares, sobre los cuales existan derechos de autor, se deberán obtener los permisos necesarios para reproducir el material, ante lo cual deberán acompañarse de la autorización escrita por parte de la respectiva editorial o los autores.

Abreviaturas y siglas

Se utilizarán lo menos posible y preferiblemente aquellas que son reconocidas internacionalmente. Cuando se citan por primera vez en el texto, deben ir precedidas de la expresión completa.

Notas a pie de página

Debe ser limitado a comentarios y aclaraciones del autor.

Las comunicaciones personales deben indicarse entre paréntesis en el cuerpo del texto (no en notas al pie) e indicar fecha e institución de quien da la comunicación.

Evitar la inclusión de documentos no publicados, incluso si han sido presentados en conferencias o congresos, artículos enviados para publicación que no han sido aceptados y resúmenes. Si es absolutamente necesario citar fuentes no publicadas, estas deben ser mencionadas en el texto entre paréntesis.

Para mayor información comunicarse con:

Universidad de Caldas, Facultad de Ciencias para la Salud. Revista Hacia la Promoción de la Salud, Consuelo Vélez Álvarez. Edificio Miguel Arango Soto. Carrera 25 No. 48-57. Teléfono 8783060 extensiones 31131.

Algunos apartes fueron tomados de la Revista de Salud Pública -Journal of Public Health-. Vol. 9 No. 2, Información e Instrucciones a los Autores.

AUTHOR GUIDELINES

The **Hacia la Promoción de la Salud** (Towards Health Promotion) Journal is a semester publication of scientific character, indexed in the COLCIENCIAS National Bibliographical Index Publindex, with national and international distribution to academic institutions, assistance institutions, and administrative establishments from the health area. It is addressed to those entire natural or corporate entity interested in the different areas proposed. Its purpose is to socialize the academic, research, projection and teaching experiences of both professors and students, undergraduate and graduate alumni; health, social and compatible area professionals of the country and the world who contribute to the development of the following topics:

- Conceptualization on health and life
- Public Health
- Health education
- Healthy life styles
- Social communication in health
- Social marketing
- Health services orientation
- Healthy public policies
- Favorable health environments
- Negotiation and conflict resolution
- Social participation
- Strategic alliances
- Social and human development
- Social Sciences and health

SECTIONS

The journal contains the following sections:

Editorial: point of view of the Editorial Committee, the publisher or invited authors.

Scientific and technological research article: document that explicitly presents the original results of finished research projects¹; it must include: introduction, materials and methods, results, discussion, conclusions acknowledgements, and references.

Article of revision: document resulting from a finished research in which the results of published or unpublished scientific or technological research are analyzed, systematized and integrated, with the purpose of shedding light on the advances and development tendencies. It is characterized by the presentation of a careful bibliographical revision of at least 50 references.²

Reflection article: document that presents finished research results from the author's analytical, interpretative or critical perspective on a specific subject, resorting to original sources.

ARTICLE SELECTION FOR PUBLICATION

The study and the initial selection of writings are the responsibility of the Editorial Committee, which accepts or rejects the original texts based on the scientific quality, the agreement with the topics suitable for the Journal, and the relevance in time of the results presented. In addition, the Committee can ask for modifications and make the corrections they consider necessary to adjust the document so that it fits the journal requirements. After this revision, the article will be put under evaluation by one or two external Academic Peers who will express a concept in which the article is accepted without changes or it is rejected. In the case the evaluators' concept derives in controversies, these will be resolved by the Journal Editor initially or, if it is necessary, a second or third evaluation by Academic Peers will be requested. It is necessary to clarify that neither the authors' identity will be revealed to the evaluators, nor the evaluators' identity will be revealed to the authors. This is to say it is an anonymous process since evaluators do not know the authors' names and vice versa. The reception of an article does not imply any commitment regarding its publication. Acknowledge receipt of the article will be given and original articles will not be returned, therefore, the author(s) must keep a copy of all material sent. The article revision and correction process implies some time that must be taken into consideration by the author(s) when they make the decision to send the article.

¹ Taken from National Bibliographical Base –NBB Publindex Bibliographical Index NacionalPublindex - IBN Publindex, August of 2006, p. 7.

²⁻³ Ibidem, p. 7.

ARTICLE SHIPMENT

The document must be sent to the email: reprosa@ucaldas.edu.co, addressed to the Journal editorial. It must be structured in Microsoft Word, Times New Roman, font size 11, and it must not exceed 25 double spaced, letter size pages. Margins must be 3 cm and pages must be consecutively numbered in the bottom right corner. Attached to this remittance, the completed **AUTHORS' COMMITMENT DECLARATION** format, which can be consulted in the Journal webpage, must be attached.

REPRODUCTION RIGHTS

If the document is accepted for publication the reproduction rights will belong to Universidad de Caldas. As mentioned before, each article must include the authors' letter of commitment specifying that the text is unedited, and indicating that the reproduction rights are exclusive property of the *Hacia la Promoción de la Salud* Journal, in addition to other aspects which are explicit in the document such as that the article has not been simultaneously submitted for publication to another Journal. On the other hand, the author is responsible for obtaining the necessary permits to reproduce any material protected by reproduction rights and must clearly specify the picture, figure or text that will be cited and its complete bibliographical reference. The opinions, judgments and points of view expressed by the authors, are of their exclusive responsibility and they reflect neither the criteria nor the Journal policy.

Ethical aspects: Whenever pertinent, an explanation, on the procedures followed in the research will be included in order to guarantee the fulfillment of the principles and ethical norms of the 1975 Declaration of Helsinki and later revisions, in addition to Resolution 8430 of 1993 from the Colombian Ministry of Health.

Open access policy: Web content of *Hacia la Promoción de la Salud* journal of Universidad de Caldas is distributed under an **Attribution** Creative Commons License  which allows others to distribute, mix, adjust and build from the authors' work, even for commercial purposes, whenever the authorship of the original creation be recognized.

ARTICLE PRESENTATION

Title and authors

The title of the work must not exceed 15 words and it may not include abbreviations or acronyms. Each author's full name must appear centered and in italics under the title. As a footnote, the professional degree, the highest professional title obtained by the author, the institution where the author works, the city, country and institutional or corporative electronic mail address of each author must be included. In the case of authors with affiliations to several institutions they must be arranged in order of importance. This information, and only this information, is indispensable. Avoid including positions, teaching degrees, recognitions, etc. It must be taken into account that the first author's name will be the one appearing registered in the data bases in the different indexing and abstract services. It is necessary to indicate which author will be responsible for receiving and sending correspondence; otherwise it will be assumed that the first author will be responsible for such function.

Abstract

All articles must have an abstract in Spanish, English and Portuguese, with an extension no greater than 250 words. It must include objectives, dates and places where the study was carried out, methods, results and conclusions. It should not include abbreviations and reference citations. It must be written in an impersonal manner, this is to say in the third person singular.

Key words

Only the key words accepted by international data bases which can be consulted in the following web pages can be used: Key words (Spanish): <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>, Key words (English): <http://www.nlm.nih.gov/mesh/> The author(s) must explain that they consulted the descriptors mentioned above as follows: (*Source: DeCs, Bireme*); (*source: MeSH;NLM*). The number of keywords presented must be 5.

Body of the article

The documents which are the result of research are presented as follows: introduction, materials and methods, results, discussion, conclusions, acknowledgements and references.

Introduction: Indicates the justification and the objectives of the research; it includes a summary of the theoretical framework without including results or conclusions.

Materials and methods: Describes the type of study and its design, the population, the sampling technique and the sample selection as well as the inclusion and exclusion criteria. It explains the technique, instruments, and procedures used to obtain and analyze data.

Results: Presents the results in a logical, concise and clear sequence. The results found in tables or illustrations should not be repeated within the text.

Discussion: It is based on the results obtained through the research process, as well as the relation between these and the results obtained by other authors. It points out the coincidences and differences found and emphasizes on the new aspects found. It does not repeat information included in previous sections. It examines the implications of the findings, their limitations and their projections in future research.

Conclusions: Indicate the research most relevant findings from the point of view of the object of study. It is recommended that the research objectives become the point of reference to suggest them and that the different dimensions of the problem be involved in them.

Acknowledgements: the authors can mention people and collaborators, as well as financing institutions, departments and institutions that supported the carrying out of the investigation.

References: References must be developed following the Vancouver Norms: they must be indicated in the text, consecutively numbered in the order in which they appear, using Arabic numbers in parenthesis. The list of references will begin on a separate page at the end of the article. Please consult the Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji.html>) periodical publications list for the exact abbreviations of the cited journal. If the journal is not listed, write its complete title name.

Graphs and figures

The graphs and figures must contain a brief title, place, date the source, and when necessary, clarify if it is your own design. The heading of each column

of the table must include the unit of measurement. Tables and graphics in image format are not accepted. The illustrations (graphics, diagrams, drawings, maps, photographs, etc.) and the tables must include their respective footnotes and titles, they must be consecutively numbered, and their number must not exceed four illustrations per article. Each illustration must be included in the text where it corresponds and its appropriate citation must also be included.

For illustrations that have not been produced by the authors or that have been taken from a Journal, a book, an internet website or the like, on which there are copyrights, the necessary permissions to reproduce the material must be obtained, in which case the written authorization by the respective publishing house or the authors must be attached.

Abbreviations and Acronyms

Abbreviations will be used the least amount of times possible, and preferably only internationally recognized ones must be used. When they are cited for the first time in the text, they must be preceded by the complete expression.

Footnotes

Footnotes must be limited to the author's comments and explanations.

Personal communications must be indicated in the body of the text, in parenthesis (not in footnotes), with date and name of institution of the person presenting the communication.

Avoid the inclusion of unpublished documents, in spite of their presentation in conferences or congresses, articles or abstracts sent for publication that have not been accepted and abstracts. If it's absolutely necessary to cite unpublished sources, these must be mentioned in the text in parenthesis.

For more information contact:

Universidad de Caldas, Facultad de Ciencias para la Salud. Revista Hacia la Promoción de la Salud, Consuelo Vélez Álvarez. Edificio Miguel Arango Soto. Carrera 25 No. 48-57. Teléfono 8783060 extensiones 31131.

Some sections were taken from Journal of Public Health-, Vol.9 No. 2 Information and instructions for Authors.

INDICAÇÕES PARA OS AUTORES

A revista em direção à promoção da Saúde é uma publicação semestral, de caráter científico indexada no índice Bibliográfico Nacional Publindex de COLCIENCIAS; edita-se no Departamento de Saúde Pública da Universidade de Caldas desde 1993, com uma distribuição nacional e internacional a organizações de caráter acadêmico, assistencial e administrativo do setor de saúde. Está dirigida a todas aquelas pessoas naturais e ou jurídicas com interesse nas diferentes áreas propostas. Tem como finalidade socializar as experiências acadêmicas, investigativas, de projeção e de docência, quanto de docentes como de estudantes, pré-graduação, de pós-graduação, profissionais das áreas de saúde, sociais e afins aos países e de outros no contexto mundial, que realizem aportes ao desenvolvimento das seguintes temáticas.

- Conceituar sobre saúde e vida.
- Saúde pública
- Educação para a saúde.
- Estilos de vida saudáveis.
- Comunicação social em saúde.
- Marketing social
- Orientação dos serviços de saúde.
- Política pública saudável.
- Ambientes favoráveis à saúde.
- Negociação e manejo de conflitos.
- Participação social.
- Alianças estratégicas.
- Desenvolvimento social e humano.
- Ciências sociais e saúde.
- Assuntos acadêmicos.

SECÇÕES

A revista contém as seguintes seções:

Editorial: ponto de vista do Comitê Editorial, do editor ou de autores convidados.

Artigo de investigação científica e tecnológica: documento que apresenta de maneira detalhada os resultados originais dos projetos terminados de investigação¹ deve indicar: introdução, materiais e métodos, resultados, discussão, conclusões e agradecimentos e referências bibliográficas.

Artigo de revisão: documento resultado duma pesquisa terminada onde se analisam sistematizam e integram os resultados de pesquisas publicadas ou não publicadas, sobre um campo em ciência ou tecnologia, com o fim de dar conta dos avances e as tendências de desenvolvimento. Caracteriza-se por apresentar uma cuidadosa revisão bibliográfica de por o menos 50 referências².

Artigo de reflexão: documento que apresenta resultados da pesquisa terminada desde uma perspectiva analítica, interpretação ou crítica do autor, sobre um tema específico, recorrendo a fontes originais³.

Assuntos Acadêmicos: apresenta informação relacionada com temas de interesse da área: normatividade, regulamentação, convocatórias e eventos científicos.

SELEÇÃO DE ARTICULOS PARA PUBLICAÇÃO

O estudo e a seleção inicial dos escritos estão a cargo do Comitê Editorial, a qual aceita ou rechaça as originais, atendendo à qualidade científica e à concordância com as temáticas próprias da revista e a vigência temporal dos resultados. Além o comitê pode solicitar modificações e fazer as recomendações que estimam necessárias para ajustar o documento às indicações da revista. Logo desta revisão, será submetido à avaliação por um ou dois pares acadêmicos externos, que emitem um conceito no qual se aceita o artigo sem câmbios, aceita se sujeito a câmbios ou se rejeita. No caso em que do conceito dos e avaliadores se derivem controvérsias, estas serão resultas inicialmente pelo Editor da Revista ou de ser preciso se solicitará uma segunda ou terceira avaliação pelos pares acadêmicos. Se deve aclarar que a identidade dos autores não é revelada aos avaliadores, nem a destes aos primeiros, é dizer, que o processo é anônimo já que os avaliadores não conhecem os nomes dos autores vice-versa.

A recepção dum artigo não implica compromisso com respeito a sua publicação. Acusara se recebido do artigo e os originais não voltaram se, portanto, o autor deve deixar copia de todo o material enviado. O processo de

¹ Tomadou daBase Bibliográfica Nacional - BBN Publindex Índice Bibliográfico Nacional Publindex – IBN Publindex, agosto de 2006, p. 7.

² Ibidem, p. 7.

³ Ibidem, p. 7.

revisão e correção dos artigos implica um tempo que deve ser tido em conta pelo/autor/é, na decisão de envio do mesmo.

ENVIO DO DOCUMENTO

O documento deve ser enviado ao endereço eletrônico reprosa@ucaldas.edu.co dirigido à Editora da revista; estar estruturado em Microsoft Word tipo de fonte Times New Roman, tamanho 11; não exceder as 25 páginas e dobrar espaço, em tamanha carta; as margens devem ser de 3 cm e as páginas numeram-se consecutivamente no canto inferior direito. Adjunto a este envio deverá remeter-se o formato de Declaração de Compromisso de Autores diligenciado, o qual pode ser consultado na página web da revista.

DIREITOS DE REPRODUÇÃO

Se o documento é aceito para a publicação os direitos de reprodução serão da Universidade de Caldas. Como mencionou-se cada artigo deve ir acompanhado de uma carta de declaração de compromisso dos autores onde especifica que é inédito, e indica que os direitos de reprodução são propriedade exclusiva de a Revista para a Promoção da Saúde, além de outros aspectos que se encontram explícitos no documento, tais como que o artigo não se tem apresentado simultaneamente para sua publicação na outra revista. Por outra parte, o autor tem a responsabilidade de obter a permissão necessária para reproduzir qualquer material protegido por direitos de reprodução e deve especificar com clareza qual é o quadro, figura o texto que se citará e a referência bibliográfica completa. As opiniões, juízos e pontos de vista expressados pelos autores, são de sua exclusiva responsabilidade e não refletem os critérios nem a política da revista.

Aspectos éticos: quando seja pertinente, incluirá-se uma explicação, sobre os procedimentos seguidos na pesquisa a fim de garantir o cumprimento dos princípios e normas éticas da Declaração de Helsinque de 1975 e posteriores revisões, além da Resolução 8430 de 1993 do então, Ministério de Saúde de Colômbia.

Política de acesso aberto: Conteúdo Web Revista Para a Promoção da Saúde da Universidade de Caldas é distribuído sob licença Creative Commons **Atribuição**



esta licença permite que outros distribuam,

remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhes atribua o devido crédito pela criação original.

APRESENTAÇÃO DO ARTÍCULO

Títulos e autores

O título do trabalho deve limitar-se a máximo 15 palavras, este não deve conter abreviaturas nem siglas. Debajo do título aparecem os sobrenomes e os nomes completos de cada autor centrado e em cursiva; em pé de página indica-se: título profissional e o máximo nível alcançado, instituição onde trabalha na qual não se deve apresentar abreviaturas nem siglas, cidade, país e endereço eletrônicos institucionais ou corporativos de cada um dos autores. Deve-se hierarquizar no caso de autor/ou autores com várias afiliações institucionais. É indispensável esta informação e só esta. Omita cargos, graus docentes, reconhecimentos, etc. Ter em conta que o primeiro autor será quem ficara registrado nas bases de dados dos diferentes serviços de indexação e o resumo. É indispensável indicar qual autor se encarregará de receber e enviar a correspondência, ou do contrário se assumirá que o primeiro autor se fará cargo de tal função.

Resumo

Tudo artigo deve ter um resumo em espanhol, inglês e português, com uma extensão não maior a 250 palavras. Incluída objetivos, datas e lugares de execução do estudo, métodos, resultados e conclusões. Não deve incluir abreviaturas e citações bibliográficas. Deve-se redigir de forma impessoal, isto é, na terceira pessoa do singular.

Palavras chave

Utilizaram-se só aquelas aceitas por bases de dados internacionais as que podem ser consultadas nos seguintes endereços: palavras chave, (espanhol): <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>, Key Words, (inglês): <http://www.nlm.nih.gov/mesh/>. O autor deve explicar que consultou os descritores antes mencionados, seguido da última palavra chave, assim: (fonte: IREME); (source: MeSH, NLM); (fonte: DeCS, BIREME). O número de Palavras chave apresentadas deve ser cinco.

Corpo do artigo

Os documentos que são resultados de pesquisa apresentam-se da seguinte maneira: Introdução,

materiais, e métodos, resultados, discussão, conclusões, agradecimentos e referencias bibliográficas.

Introdução: indica a justificação e os objetivos do artigo da pesquisa, inclui um resumo do referente teórico, não inclui resultados nem conclusões.

Materiais e métodos: descreve o tipo de estudo e desenho do mesmo, a povoação, a técnica de amostragem e a seleção da amostra, assim como os critérios de inclusão e exclusão. Explicar a técnica, instrumentos e procedimentos utilizados para obter os dados e analisar os mesmos.

Resultados: apresentam os resultados em ordem lógicos, devem ser concisos e claros. Não se repete no texto os resultados que encontraram se nas tabelas e figuras.

Discussão: se fundamenta nos resultados obtidos na pesquisa à vez que se encontram a relação entre estes e os obtidos por outros autores, assinala as coincidências e diferenças encontradas e enfatiza nos aspetos novos. Não repete informação incluída nas seções anteriores. Examinam as implicações dos descobrimentos, suas limitações e suas projeções em futuras pesquisas.

Conclusões: indicam os descobrimentos mais relevantes da pesquisa desde o ponto de vista do objeto do estudo; recomenda se que os objetivos da pesquisa se constituem no ponto de referência para desenhar e que em elas envolvem se as distintas dimensões do problema.

Agradecimentos: os autores podem fazer menção às pessoas e colaboradores, assim como a instituições financiadoras, dependências e instituições que apóiam a execução da sua pesquisa.

Referencias bibliográficas: elaboram se ajustadas à normas Vancouver: Se indicam no texto numeradas consecutivamente no ordem em que apareçam por meio de números arábicos colocados entre parêntesis. As listas de referencias se indicaram numa folha aparte do final do artigo. Consulte a lista de publicações periódicas do Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji.html>) para a abreviatura exata da revista citada; se a revista não aparece, escreva o titulo completo da revista.

Quadros e figuras

Os quadros figuras devem conter um titulo breve, lugar, data e fonte, e nos casos necessários deve se aclarar se é uma elaboração própria. O titulo de cada coluna na tabela deve ser a unidade de medida. Não se aceitam tabelas e gráficos e formato de imagens. As ilustrações (gráficos, diagramas, desenhos, mapas, fotografias, entre outras) e os quadros devem levar suas respectivas lendas e títulos, numerar se consecutivamente o seu número não deve exceder quatro ilustrações por artigo. Cada uma de as ilustrações deverá ser incluída no texto onde corresponda e realizar a devida citação.

Para as ilustrações que não tinham sido produzidas pelos autores ou tinham sido tomadas de uma revista, livro, site de internet ou similares, sobre os quais existam direitos de autor, se deveram obter a permissão precisas para reproduzir o material, ante o qual deveram acompanhar se da autorização escrita por parte da respectiva editorial aos autores.

Abreviaturas e siglas

Utilizaram se o menos possível e preferivelmente aquelas que são reconhecidas internacionalmente. Quando citam se por primeira vez no texto, devem ir precedidas da expressão completa.

Notas a pé de página

Deve ser limitado a comentários e aclaraciones do autor.

As comunicações pessoais devem indicar se entre parêntesis no corpo do texto (não nas anotações ao pé) e indicar data e instituição de quem dá a comunicação. Evitar a inclusão de documentos não publicados, incluso se têm sido apresentados em conferencias ou congressos, artigos, enviados para publicação que não tem sido aceitado e resumos. Se for absolutamente necessário citar fontes não publicadas, estas devem ser mencionadas no texto entre parêntesis.

Para maior informação comunicar se com:

Universidade de Caldas, Faculdade de Ciências para a Saúde. Revista para a Promoção da Saúde, Consuelo Vélez Alvarez. Prédio Miguel Arango Soto. Carrera 25 No. 48-57. Telefone 8783060 extensões 31131.

Alguns apartes foram tomados da Revista de Saúde Pública - -Journal of Public Health-. Vol. 9 No. 2 Informação e Instruções aos autores.

Revista HACIA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

FORMATO DE SUSCRIPCIÓN

Nombre / Name	
Cédula / Identification number	
Dirección / Address	
Ciudad / City	
Departamento / State	Código Postal / Zip Code
País / Country	
Teléfono / Phone Number	
Profesión / Profession	
Institución / Employer	
Correo Electrónico / E-mail	
Dirección de envío / Mailing Address	

Mayores informes:

Vicerrectoría de Investigaciones y Postgrados
Universidad de Caldas. Calle 65 No. 26 - 10
A.A 275 Manizales - Colombia
Tel: 8781500 ext. 11222 - 11442 Fax: ext. 11622

E-mail: reprosa@ucaldas.edu.co
revistascientificas@ucaldas.edu.co

Último ejemplar recibido / Last issue mailed:

Año/Year Volumen/Volume Número/Number Fecha / Date



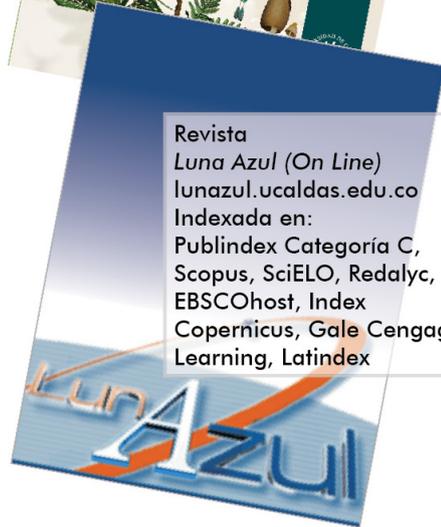
Ventas, suscripciones y canjes
Vicerrectoría de Investigaciones y
Postgrados
Universidad de Caldas
Sede Central
Calle 65 No. 26 - 10
A.A. 275
Teléfonos: (+6) 8781500
ext. 11222
e-mail:
revistascientificas@ucaldas.edu.co
Manizales - Colombia



Revista
Agronomía
Indexada en:
EBSCOhost, CAB Abstracts
Latindex



Revista
Cultura y Droga
Indexada en:
EBSCOhost, REDIB



Revista
Luna Azul (On Line)
lunazul.ucaldas.edu.co
Indexada en:
Publindex Categoría C,
Scopus, SciELO, Redalyc,
EBSCOhost, Index
Copernicus, Gale Cengage
Learning, Latindex



Revista
Biosalud
Indexada en:
SciELO, EBSCOhost,
Lilacs, Gale Cengage
Learning, Latindex



Revista
Eleuthera
Indexada en:
Publindex Categoría C
Emerging Sources Citation
Index, EBSCOhost, Gale
Cengage Learning, Latindex



Revista
Discusiones Filosóficas
Indexada en:
Publindex Categoría C,
Scopus, SciELO, EBSCOhost,
Philosopher's index, Index
Copernicus, Gale Cengage
Learning, Latindex

Revistas

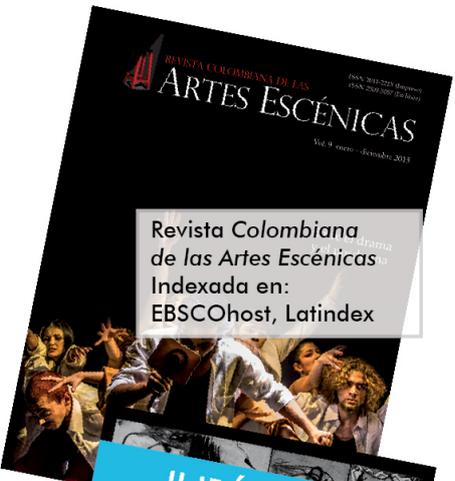




ISSN 1923-2824 (Impreso)
ISSN 2462-7766 (En línea)

BOLETÍN CIENTÍFICO
CENTRO DE MUSEOS
MUSEO DE HISTORIA NATURAL

Revista
Boletín Científico
Museo de Historia Natural
Indexada en:
Publindex Categoría A2
Scopus, SciELO, EBSCOhost,
Zoological Record, Index
Copernicus, Gale Cengage
Learning, Latindex



ISSN 2462-7766 (Impreso)
ISSN 2462-7766 (En línea)

REVISTA COLOMBIANA DE LAS
ARTES ESCÉNICAS

Revista Colombiana
de las Artes Escénicas
Indexada en:
EBSCOhost, Latindex



ISSN 2071-9415 Vol 7 No. 2 julio-diciembre 2012

Revista
Veterinaria y Zootecnia
(On Line)
vetzootec.ucaldas.edu.co/
Indexada en:
EBSCOhost, CAB Abstracts,
Gale Cengage Learning,
Latindex



ISSN 1923-2824 (Impreso)
ISSN 2462-7766 (En línea)

Hacia la Promoción
de la Salud

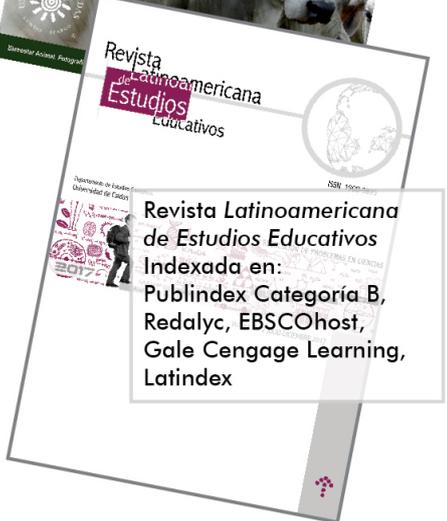
Revista
Hacia la Promoción
de la Salud
Indexada en:
Publindex Categoría C,
Emerging Sources Citation
Index, EBSCOhost, Gale
Cengage Learning, Latindex



ISSN 1923-2824 (Impreso)
ISSN 2462-7766 (En línea)

JURÍDICAS

Revista
Jurídicas
Indexada en:
Publindex Categoría C,
Scopus, EBSCOhost, Gale
Cengage Learning, Latindex



ISSN 1923-2824 (Impreso)
ISSN 2462-7766 (En línea)

Revista
Latinoamericana
Estudios
Educativos

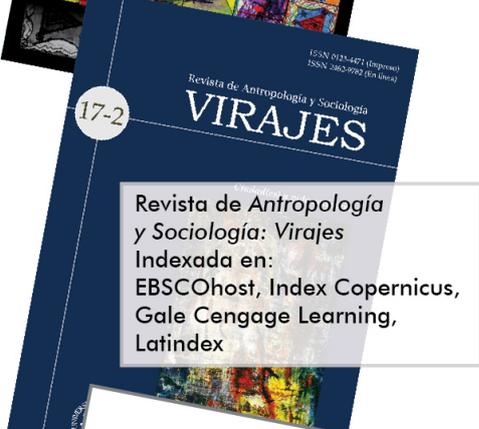
Revista Latinoamericana
de Estudios Educativos
Indexada en:
Publindex Categoría B,
Redalyc, EBSCOhost,
Gale Cengage Learning,
Latindex



ISSN 1923-2824 (Impreso)
ISSN 2462-7766 (En línea)

Revista
Vector

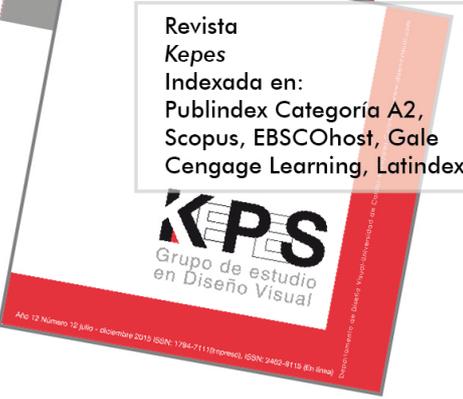
Revista
Vector
Indexada en:
EBSCOhost, Gale Cengage
Learning, Latindex



ISSN 0121-4471 (Impreso)
ISSN 2462-7766 (En línea)

Revista de Antropología y Sociología
VIRAJES

Revista de Antropología
y Sociología: Virajes
Indexada en:
EBSCOhost, Index Copernicus,
Gale Cengage Learning,
Latindex



ISSN 1923-2824 (Impreso)
ISSN 2462-7766 (En línea)

Revista
Kepes

Revista
Kepes
Indexada en:
Publindex Categoría A2,
Scopus, EBSCOhost, Gale
Cengage Learning, Latindex



ISSN 2462-7766 (Impreso)
ISSN 2071-9415 (En línea)

Revista Latinoamericana
de Estudios de Familia

Revista Latinoamericana
de Estudios de Familia
Indexada en:
EBSCOhost, Latindex

Científicas





Esta revista se terminó de imprimir
en el mes de diciembre de 2017
Manizales - Colombia