



REVISTA
HACIA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD
ISSN 0121-7577
- Fundada en 1993 -
Periodicidad semestral
Tiraje 300 ejemplares
Vol. 16, No. 2, 222 p.
julio - diciembre, 2011
Manizales – Colombia

Universidad de Caldas

Ricardo Gómez Giraldo

Rector

Luz Amalia Ríos Vásquez

Vicerrector Académico

Carlos Emilio García Duque

Vicerrector de Investigaciones y Postgrados

Fabio Hernando Arias Orozco

Vicerrector Administrativo

Fanny Osorio Giraldo

Vicerrectora de Proyección

Dolly Magnolia González Hoyos

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, de proyección y de docencia, de docentes, estudiantes y profesionales de las áreas de la salud, 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 A2).

LATINDEX.

Scientific Electronic Library On-line SciELO

Directora

Consuelo Vélez Álvarez

Docente Universidad de Caldas

Directora Emérita

Consuelo García Ospina

Jubilada Universidad de Caldas

Comité Editorial

Ligia M. Méndez de Smitter

Enfermera. Ph.D. en Ciencias de la Enfermería. Postdoctorado en Filosofía de la Ciencia de la Educación.

Docente Universidad Rómulo Gallegos. Venezuela

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

María Victoria Zunzunegui Pastor

Física, Ph.D. en Epidemiología

Docente University of Montreal. Quebec, Canadá

Dairo Sánchez Buitrago

Médico, Ph.D. en Ciencias Sociosanitarias y Humanidades

Docente Universidad de Manizales. Colombia

José Hoover Vanegas García

Filósofo, Ph.D. en Filosofía

Docente Universidad Autónoma de Manizales. Colombia

María Eugenia Pico Merchán

Enfermera, Mg. en Educación y Desarrollo Humano.

Docente Universidad de Caldas. Colombia

Zoila Rosa Franco Peláez

Enfermera, Mg. en Filosofía y Ciencias Jurídicas

Docente Universidad de Caldas. Colombia

María del Pilar Escobar Potes

Enfermera, Mg. en Investigación y Tecnología Educativa

Docente Universidad de Caldas. Colombia

Comité Científico

Patricia Arbeláez Montoya

Médica, Ph.D. en Epidemiología

Docente Universidad de Antioquia. Colombia

Ana Luisa Velandia Mora

Enfermera, Ph.D. en Enfermería

Docente Universidad Nacional de Colombia. Colombia

Gladys Eugenia Canaval Erazo

Enfermera, Ph.D. en Salud de la Mujer

Docente Universidad del Valle. Colombia

Francisco Javier León Correa

Filósofo, Ph.D. en Filosofía y Letras

Docente Pontificia Universidad Católica de Chile. Chile

María Cecilia González Robledo

Odentóloga, Candidata a Doctora en Ciencias de la Salud Pública

Secretaría de Salud México. México

Subdirectora de Proyectos Especiales de Desarrollo Institucional

Alejandrina Arratia Figueroa

Enfermera Matrona, Ph.D. en Filosofía de Enfermería.

Docente Universidad Católica de Chile. Chile

Asesora Académica

Sonia Inés Betancur López

Enfermera, Mg. en Desarrollo Educativo y Social

Docente Universidad de Caldas. Colombia

Comité Técnico de apoyo a la edición

Juan David Giraldo Márquez

Coordinador Comité Técnico

Héctor Fernando Giraldo B.

Corrección de estilo

Silvia L. Spaggiari

Traductora al inglés

Élida Duque Flórez

Traductora al portugués

Alexandra Giraldo Osorio

Profesional de apoyo a la Revista

Juan David López González

Diagramación

Carlos Fernando Nieto Betancur

Implementación metodología SciELO

Carlos Eduardo Tavera Pinzón

Soporte Tecnológico

Marcela Ramírez Muñoz

Monitora de la Revista

Acceso en Línea

<http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/>

Ventas, Suscripciones y Canjes

Vicerrectoría de Investigaciones y Postgrados

Universidad de Caldas – Sede Central

Calle 65 No 26 - 10

Apartado Aéreo: 275

Teléfono: (+6) 8781500 ext. 11222

E-mail: reposa@ucaldas.edu.co

revistascientificas@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	9
<i>María Eugenia Pico Merchán</i>	
INVESTIGACIONES	
Condiciones de hábitat y percepción de los estados de salud. Conceptos categoriales emergentes	13
<i>Olga Lucía Londoño Palacio</i> <i>Paola Chaparro Borja</i>	
Sentido y proceso del temor a caer en ancianos	32
<i>Carmen Lucía Curcio</i> <i>Hélène Corriveau</i> <i>Marie Beaulieu</i>	
Situación de discapacidad de la población adulta con lesión medular de la ciudad de Manizales	52
<i>Claudia Patricia Henao Lema</i> <i>Julio Ernesto Pérez Parra</i>	
Construcción de un índice para evaluar la protección y fomento de la salud en México	68
<i>Pedro César Cantú Martínez</i>	
Tejido adiposo en escolares entre 7 y 18 años de edad	85
<i>Diego Alonso Alzate Salazar</i> <i>Santiago Ramos Bermúdez</i> <i>Luis Gerardo Melo Betancourt</i>	
Evaluación de una prueba que mide la susceptibilidad Del esmalte a la caries dental	97
<i>Olga Patricia López Soto</i> <i>María del Pilar Cerezo Correa</i>	
Aprendizaje profundo en semiología neurológica mediante una herramienta informática	109
<i>Liliana Patricia Ramírez Zuluaga</i> <i>Óscar Eugenio Tamayo Alzate</i>	

Tejido de significados en la adversidad: Discapacidad, pobreza y vejez	121
<i>Vilma F. Velásquez G.</i> <i>Lucero López</i> <i>Heddy López</i> <i>Nhora Cataño</i>	
El autocuidado: un compromiso de la formación integral en educación superior	132
<i>María del Pilar Escobar Potes</i> <i>Zoila Rosa Franco Peláez</i> <i>Jorge Alberto Duque Escobar</i>	
Percepciones sobre el cáncer de próstata en población masculina mayor de 45 años. Santa Rosa de Cabal, 2010	147
<i>María Nelcy Muñoz Astudillo</i> <i>Luis Alfredo Sossa Pinzón</i> <i>Jhon Jairo Ospina</i> <i>Adrián Grisales</i> <i>José David Rodríguez García</i>	
Entre la violencia sobre el cuerpo y la violencia <i>incorporada</i>	162
<i>Juana Chaves Castaño</i>	
ARTÍCULOS DE REVISIÓN	
El cuidado en enfermería, perspectiva fenomenológica	175
<i>Consuelo Vélez Álvarez</i> <i>José Hoover Vanegas García</i>	
Seguridad vial y peatonal: una aproximación teórica desde la política pública	190
<i>María Eugenia Pico Merchán</i> <i>Rosa Elena González Pérez</i> <i>Olga Patricia Noreña Aristizábal</i>	
AUTORES	205
ÁRBITROS	208
INDICACIONES PARA LOS AUTORES	209

CONTENTS

EDITORIAL

9

María Eugenia Pico Merchán

RESEARCH

Environmental conditions and perception of health status. Emerging categorial concepts

13

Olga Lucía Londoño Palacio

Paola Chaparro Borja

Meaning and fear process to fall down in the elderly

32

Carmen Lucía Curcio

Hélène Corriveau

Marie Beaulieu

Disability situation of adults with spinal cord injury In the city of Manizales

52

Claudia Patricia Henao Lema

Julio Ernesto Pérez Parra

Development of an index to evaluate the protection and health promotion in Mexico

68

Pedro César Cantú Martínez

Adipose tissue in 7 to 18 year old schoolchildren

85

Diego Alonso Alzate Salazar

Santiago Ramos Bermúdez

Luis Gerardo Melo Betancourt

Assesment of a test that measures enamel susceptibility to dental cavities

97

Olga Patricia López Soto

María del Pilar Cerezo Correa

Neurologic semiology deep learning by means of a computing tool

109

Liliana Patricia Ramírez Zuluaga

Óscar Eugenio Tamayo Alzate

A web of meanings in adversity: Disability, poverty and old age	121
<i>Vilma F. Velásquez G. Lucero López Heddy López Nhora Cataño</i>	
Self care: a comprehensive education compromise In higher education	132
<i>María del Pilar Escobar Potes Zoila Rosa Franco Peláez Jorge Alberto Duque Escobar</i>	
Perceptions about prostate cancer in over 45 year old males' population in Santa Rosa de Cabal, 2010	147
<i>María Nelcy Muñoz Astudillo Luis Alfredo Sossa Pinzón Jhon Jairo Ospina Adrián Grisales José David Rodríguez García</i>	
Between violence on the body and the violence <i>incorporated</i>	162
<i>Juana Chaves Castaño</i>	
REVIEW ARTICLES	
Nursing care, phenomenological perspective	175
<i>Consuelo Vélez Álvarez José Hoover Vanegas García</i>	
Road and pedestrian's security: a theoretical approach From public politics	190
<i>María Eugenia Pico Merchán Rosa Elena González Pérez Olga Patricia Noreña Aristizábal</i>	
AUTHORS	205
REFEREES	208
AUTHOR GUIDELINES	212

CONTEÚDO

EDITORIAL

9

María Eugenia Pico Merchán

INVESTIGAÇÕES

Condições de habitat e percepção dos estados de saúde. Conceitos categorias emergentes

13

Olga Lucía Londoño Palacio

Paola Chaparro Borja

Sentido e processo do temor a cair em anciãos

32

Carmen Lucía Curcio

Hélène Corriveau

Marie Beaulieu

Situação de incapacidade em adultos com lesão medular Na cidade de manizales

52

Claudia Patricia Henao Lema

Julio Ernesto Pérez Parra

Construção de um índice para avaliar a proteção E fomento da saúde em Mexico

68

Pedro César Cantú Martínez

Tecido adiposo em escolares entre 7 e 18 anos de idade

85

Diego Alonso Alzate Salazar

Santiago Ramos Bermúdez

Luis Gerardo Melo Betancourt

Avaliação de um teste que mide a suscetibilidade do esmalte a caries dental

97

Olga Patricia López Soto

María del Pilar Cerezo Correa

Aprendizagem profunda em semiologia neurologica mediante uma ferramenta informatica

109

Liliana Patricia Ramírez Zuluaga

Óscar Eugenio Tamayo Alzate

Manizales (Colombia)	Vol. 16	No. 2	222 p.	Julho-Dezembro	2011	ISSN 0121-7577
----------------------	---------	-------	--------	----------------	------	----------------

Tecido de significados na adversidade: deficientes físicos, pobreza e velhice	121
<i>Vilma F. Velásquez G.</i> <i>Lucero López</i> <i>Heddy López</i> <i>Nhora Cataño</i>	
O autocuidado: um compromisso da formação integral em educação superior	132
<i>María del Pilar Escobar Potes</i> <i>Zoila Rosa Franco Peláez</i> <i>Jorge Alberto Duque Escobar</i>	
Percepções sobre o câncer de próstata em população masculina maior de 45 anos. Santa rosa de cabral, 2010	147
<i>María Nelcy Muñoz Astudillo</i> <i>Luis Alfredo Sossa Pinzón</i> <i>Jhon Jairo Ospina</i> <i>Adrián Grisales</i> <i>José David Rodríguez García</i>	
Entre a violência sobre o corpo e a violência incorporada	162
<i>Juana Chaves Castaño</i>	
ARTIGOS DE REVISÃO	
O cuidado em enfermagem, perspectiva fenomenológica	175
<i>Consuelo Vélez Álvarez</i> <i>José Hoover Vanegas García</i>	
Segurança vial e do pedestre: uma aproximação teórica desde a política pública	190
<i>María Eugenia Pico Merchán</i> <i>Rosa Elena González Pérez</i> <i>Olga Patricia Noreña Aristizábal</i>	
AUTORES	205
ÁRBITROS	208
INSTRUÇÕES PARA OS AUTORES	215

EDITORIAL

La salud ocupacional incursiona en la esfera propia del hombre desde que se tiene conocimiento de su existencia. Así, desde tiempos remotos, el hombre en su desarrollo evolutivo inició su relación con la naturaleza por medio del trabajo y tuvo conocimiento que ciertas actividades laborales eran lesivas y que le causaban daño a su salud e integridad física, mental y social.

Es importante analizar el trabajo humano desde sus concepciones históricas para entender su significado y las consecuencias que ha producido su desarrollo. En la Grecia clásica el trabajo fue considerado por filósofos como Platón actividad digna de esclavos; la misma tradición judeo-cristiana lo asoció con el pecado y la condena al interior de la sociedad feudal, hasta la aparición del trabajo libre y la figura del obrero como fuente de todo valor con el inicio del capitalismo. Es por esto que la salud ocupacional no era una preocupación para las sociedades feudales y del capitalismo inicial, en razón a la subvaloración atribuida al mismo trabajo.

En la fase de la revolución industrial se relacionan las condiciones de las fábricas, las cuales eran extremadamente insalubres e inseguras, en las que se contrataban niños y niñas y preferiblemente mujeres, por ser fuerza de trabajo a bajo costo para las actividades en las que se requería minuciosidad, dedicación especialmente para la industria textil. Igualmente trabajaban en extenuantes jornadas lo que originó un deterioro de la calidad de vida de esta masa de trabajadores.

La evolución del trabajo ha traído consigo que cada vez sean menores las exigencias físicas para los trabajadores, pero la forma en que el trabajo actual se organiza lleva en muchos casos a una parcialización, aislamiento personal, social y psicológico, que despoja de todo incentivo a la persona, el trabajo se convierte así en una imposición o en un número de piezas a ensamblar, y en la cual lo único que la persona posee, es su fuerza de trabajo para vender y así lograr obtener el sustento para él y su familia.

De acuerdo con la OIT (Organización Internacional de Trabajo), diariamente mueren un promedio de 5.000 personas en el mundo a causa de accidentes o enfermedades en el trabajo, esto equivale a un total de entre 2 y 2,3 millones de muertes relacionadas con el trabajo. De esta cifra, unos 350.000 son accidentes mortales y entre 1,7 y 2 millones son enfermedades mortales. Además, cada año los trabajadores sufren unos 270 millones de accidentes que causan ausencias de más de 3 días al trabajo y unos 160 millones de enfermedades no mortales.

Lo anterior, es sólo una muestra que permite evidenciar que inevitablemente la salud de los trabajadores ha estado ligada al proceso productivo, la valoración del trabajo y a los desarrollos socio-políticos de las comunidades. En este sentido, es pertinente redimensionar el campo de la salud ocupacional como eje que se orienta fundamentalmente hacia las acciones en promoción, protección de la salud de los trabajadores, a la generación y mantenimiento de un medio ambiente de trabajo seguro y saludable; así como al fomento de la adaptación del trabajo a las capacidades de los trabajadores, teniendo en cuenta sus condiciones de salud.

Es bien conocido que todo trabajo lleva implícito un riesgo inherente a la naturaleza misma de la ocupación y al ambiente donde ésta se ejerce, por tanto, la magnitud y variedad de los problemas que enfrentan los trabajadores, requiere de un enfoque interdisciplinario e intersectorial. Lo anterior, lleva a que una amplia gama de profesionales se articulen alrededor de la salud ocupacional, incluidos médicos, enfermeros, ingenieros, psicólogos, diseñadores industriales, entre otros y su tendencia es hacia la movilización de sus competencias para hacer intervenciones más adecuadas en la solución de la problemática en salud ocupacional en el ámbito empresarial. De lo anterior, se deriva la necesidad de privilegiar el componente de educación y formación de estos profesionales, además de empresarios, agentes gubernamentales, trabajadores y sociedad civil en el área de la salud ocupacional, como elementos fundamentales en la promoción de la salud en el trabajo y en la prevención de los factores de riesgo ocupacionales. Este es el reto en la era de la globalización y el tiempo marcado por la incertidumbre y el auge de la sociedad de la información

MARÍA EUGENIA PICO MERCHÁN

Enfermera. Magíster en Educación y Desarrollo Humano.

Docente Departamento de Salud Pública.

Integrante del Grupo de Investigación en Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad

Universidad de Caldas



Investigaciones

CONDICIONES DE HÁBITAT Y PERCEPCIÓN DE LOS ESTADOS DE SALUD. CONCEPTOS CATEGORIALES EMERGENTES

*Olga Lucía Londoño Palacio**

*Paola Chaparro Borja***

Recibido en abril 15 de 2011, aceptado en agosto 17 de 2011

Resumen

Objetivos: identificar las relaciones entre las condiciones de hábitat y los estados de salud a partir de las categorías emergentes del trabajo de campo realizado en seis barrios de Suba, en Bogotá. Como referentes para su desarrollo se escogieron los barrios Casablanca, Lisboa, Cañiza 3, Villa Cindy, Tibabuyes Universal y La Gaitana, ubicados dentro de la localidad de Suba pertenecientes al estrato 2. **Materiales y métodos:** estudio cualitativo con diseño descriptivo, realizado durante el año 2010. El ejercicio investigativo se llevó a cabo siguiendo la metodología del Sondeo Participativo y el modelo de análisis de la Teoría Fundamentada, utilizando diversas técnicas de la investigación cualitativa de las ciencias sociales. **Resultados:** el trabajo se estructuró desde cuatro categorías emergentes, a través de las cuales se organizó y analizó la información recolectada a manera de narrativas y representaciones, a partir de la actuación de las personas que participaron en el trabajo de campo. **Conclusiones:** la relación entre hábitat y salud es dialéctica; no solo supera la idea de que se limita a los efectos que las estructuras físicas de la vivienda y el entorno pueden tener sobre las alteraciones de la salud, sino que es un sistema integral que comprende factores sociales, políticos, culturales, económicos, ambientales y espaciales.

Palabras clave

Condiciones de hábitat, estado de salud, estilo de vida, disparidades, políticas públicas (1). (*Fuente: DeCS, BIREME*)

* Licenciada en Filosofía y Humanismo, Magíster en Hábitat, Ph.D. en Antropología. International Corporation of Networks of Knowledge – ICONK. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: olgalucia@iconk.org

** Socióloga, Magíster en Sociedades comparadas Europa – América Latina con énfasis en Geografía Social. Institut des Hautes Etudes de l'Amérique Latine. Paris III, Sorbonne Nouvelle. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: pchaparro@javeriana.edu.co

ENVIRONMENTAL CONDITIONS AND PERCEPTION OF HEALTH STATUS. EMERGING CATEGORIAL CONCEPTS

Abstract

Objectives: to identify the relationship between environmental conditions and health status from the emerging categories of field work carried out in six neighborhoods located in Suba, Bogotá. The stratum 2 neighborhoods Casablanca, Lisbon, Cañiza 3, Villa Cindy, Universal Tibabuyes, and Gaitana were chosen. **Materials and methods:** qualitative study with descriptive design, carried out in 2010. This research exercise was performed using Participatory Survey methods and their respective analysis drawn from Grounded Theory using several techniques of social sciences qualitative investigation. **Results:** the work was structured from four emerging categories through which collected information was organized and analyzed as narratives and representations from the behavior of people who participated in the fieldwork. **Conclusions:** the relationship between environmental conditions and health is dialectic; not only it overcomes the idea that it is limited to the effects of the physical housing structures and environment can have on health disorders, but it is an integrated system, including social, political, cultural, economic, environmental and spatial factors.

Key words

Environmental conditions, health status, life style, disparities, public policies. (1). (Source: MeSH, NLM)

CONDIÇÕES DE HABITAT E PERCEPÇÃO DOS ESTADOS DE SAÚDE. CONCEITOS CATEGORIAS EMERGENTES

Resumo

Objetivos: identificar as relações entre las condições de habitat e os estados de saúde a partir das categorias emergentes do trabalho de campo realizado em seis bairros de Suba, em Bogotá. Como referentes para seu desenvolvimento escolheram se os bairros Casablanca, Lisboa, Cañiza 3, Villa Cindy, Tibabuyes Universal e a Gaitana, situa se dentro da localidade de Suba pertencentes ao estrato 2. **Materiais e métodos:** pesquisa qualitativa com desenho descritivo, realizado durante o ano 2010. O exercício de pesquisa levou se a cabo seguindo a metodologia do **Sondeo** Participativo e o modelo de análise da Teoria Fundamentada, utilizando diversas técnicas da pesquisa qualitativa das ciências sociais. **Resultados:** O trabalho se estruturou a partir de quatro categorias emergentes, a través das quais se organizou e analisou a informação recolhida a pessoas que participaram no trabalho do campo. **Conclusões:** A relação entre o hábitat e saúde é dialética; não só supera a idéia de que se limita aos efeitos que as estruturas físicas da vivenda e o entorno pode ter sobre as alterações da saúde, pelo contrario é um sistema integral que compreende fatores sociais, políticos, culturais, econômicos, ambientais e espaciais.

Palavras Chave

Condições do habitat, estado de saúde, estilo de vida, disparidades, políticas públicas.(1). (Fonte: DeCS, BIREME)

INTRODUCCIÓN

Las relaciones que se suceden en las prácticas cotidianas son las que finalmente conducen a definir la habitabilidad (2), que a su vez está ligada a los valores de afectividad y entrega confiada (3) de los habitantes o sujetos que se encuentran en el espacio, al facilitar y organizar el sistema de relaciones de su propio hábitat. La *habitabilidad* se refiere a las condiciones en las que la familia habita una vivienda, las cuales están determinadas por las características físicas de la vivienda y del sitio donde esta se encuentra, además de las características psicosociales de la familia, que se expresan en hábitos, conductas o maneras de ser adquiridos en el transcurso del tiempo (4).

El concepto *estados de salud* ha sufrido un cambio, pues los estudios clásicos lo definían negativamente, argumentando que era entendido como la ausencia de una “entidad morbosa”; es decir, de una lesión orgánica o un trastorno funcional objetivables, considerando la mortalidad y la morbilidad como variables elementales (5). Hoy dicho concepto unipersonal y multideterminado es un importante indicador del nivel de satisfacción de las necesidades básicas, representadas por el estado y la calidad de la alimentación, la cobertura médica, la vivienda, el trabajo, la educación y el ambiente (6). Por esto, los cambios en el estado de salud responden a una multicausalidad y a los factores que intervienen en esta, se los conoce como determinantes de la salud, a través de los cuales se reconoce la necesidad de considerar también otras dimensiones tales como la discapacidad, el acceso y calidad a la atención sanitaria o los factores ambientales, para analizar con objetividad la percepción de los estados de salud de grupos poblacionales y documentar la capacidad de las personas de funcionar física, emocional y socialmente (7).

Durante la investigación se aprecia una influencia recíproca entre condiciones de hábitat y estados de salud. Esto implica un tejido de eventos,

acciones e interacciones y entender que la relación entre condiciones de hábitat y estados de salud conforma un sistema de relaciones, cuya esencia se encuentra en el ser personal y existencial del ser humano, esto es, una “unidad global organizada de interrelaciones, acciones o individuos que nos habla de una relación entre las partes y la totalidad” (8). De ahí que en este trabajo se recurra a múltiples saberes y disciplinas, para construir un campo de conocimiento interdisciplinar, como recurso que facilita la comprensión del carácter complejo de su objeto de estudio, desde una mirada sistémica e íntegra, traducida en un sistema que se caracteriza por tener múltiples dimensiones interiorizadas desde diversos órdenes sociales, culturales, económicos, políticos, ambientales y espaciales, que interactúan de manera relacional, y al hacerlo, quedan grabados en las prácticas cotidianas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Objetivo general: identificar las relaciones entre las condiciones de hábitat y los estados de salud a partir de las categorías emergentes del trabajo de campo realizado en seis barrios de Suba de la ciudad de Bogotá.

Enfoque de investigación: cualitativo descriptivo.

Método: estudio de caso.

Unidad de trabajo: mujeres cabeza de hogar habitantes de seis barrios bogotanos de la localidad de Suba pertenecientes al estrato 2.

Unidades de análisis y codificación: GCB: Grupo Casablanca; GLI: Grupo Lisboa; GCÑ: Grupo Cañiza 3; GLD-PS: Grupo Líderes-Promotores de Salud.

Técnicas e instrumentos de recolección de información: sondeo participativo desde entrevistas grupales estructuradas, observaciones, charlas informales con líderes promotores de salud

de la localidad de Suba, información obtenida por los profesionales que realizan alguna intervención social o de salud en los barrios visitados, consultas puntuales a expertos en torno a un tema especializado y registro digital fotográfico.

Sistematización de la información: matrices que organizan, estructuran y clasifican los datos obtenidos.

Análisis de información: análisis basado en la Teoría Fundamentada.

RESULTADOS

El resultado del trabajo se presenta desde el desarrollo de las categorías emergentes durante el ejercicio en campo, a saber: 1. Contextualización del análisis: conceptos y escenarios; 2. Estilo de vida: relaciones de las condiciones de hábitat y los estados de salud; 3. Disparidades en las condiciones de hábitat y en los estados de salud; 4. Expectativas y propuestas de cambio.

1. Contextualización del análisis: conceptos y escenarios

La localidad de Suba, ubicada en el norte de Bogotá, cuenta con 12 Unidades de Planeación Zonal (UPZ) y 259 barrios. Para el desarrollo de esta investigación, se realizó el trabajo de campo en Casablanca, Lisboa, Tibabuyes Universal, Cañiza 3, Villa Cindy y La Gaitana. Según el estudio realizado por la Cámara de Comercio de Bogotá, Suba representa el 11,7% del área total de la ciudad (9).

- **Conceptos “condiciones de hábitat” y “estados de salud”**

Las condiciones de hábitat son entendidas por las entrevistadas como aquellos elementos a través

de los cuales se evalúa si un lugar puede o no ser habitado porque se cuenta con *“todo lo necesario para habitar bien”* (GCB), en tanto *“requisito para vivir bien* (GCB) *y salir adelante con lo que se tiene”* (GCÑ), al que debe sumársele *“el interés por superarse y la ayuda del Estado”* (GCÑ). Entre dichos requisitos ellas destacaron las buenas condiciones del medio ambiente, afirmando que este *“debe ser sano, al igual que el sitio específico que se habita”* (GCB); los estados en los que se encuentran exteriores e interiores, pues ambos *“afectan tanto el adentro como el afuera”* (GCÑ). Así mismo, aseguran que las condiciones pueden ser autoevaluadas, porque consisten en todo aquello que *“YO quiera darle a mi lugar y a mi entorno”* (GCÑ). Según lo anterior, las condiciones de hábitat son las cualidades físicas de la casa y el entorno, al contribuir a que los individuos y grupos sociales alcancen unos niveles apropiados de bienestar, siempre y cuando se les sume el hecho de tener aquello que una casa necesita: servicios básicos, espacios adecuados, una buena nutrición.

Para las entrevistadas, el estado de salud es la forma en que la persona está y se siente en cuanto a sus condiciones físicas y anímicas. Reconocen que es dinámico e impredecible, debido a que implica *“tener la capacidad autónoma de afrontar la enfermedad y saberla manejar”* (GCB). Dicho estado debe verse de manera integral, pues contempla las condiciones físicas, fisiológicas, psicológicas y emocionales de una persona, y puede ser calificado de bueno o malo y, además, cambiar en cualquier momento. Según los testimonios recogidos, el estado de salud refleja si una persona se siente sana o enferma, y depende de las condiciones en las que se vive y de los hábitos de alimentación. De esta forma, el estado de salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas, sean estas de vivienda, afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales o culturales, las cuales *“son una de las muchas causas que generan la percepción en torno al estado de salud”* (GCÑ).

- **Conceptos “casa”, “entorno” y “medio ambiente”**

Entendida la casa como un objeto multifuncional y polisémico de análisis complejo, es el lugar del habitar humano y debe relacionársela con el recinto de los significados culturales que le asignan sus habitantes (10) y comprenderse como el espacio vivencial que los usuarios conciben desde su cultura, su posición social y sus experiencias (11). Al interrogar a las participantes sobre los espacios de la casa que ellas consideran inciden en los estados de salud, la respuesta unánime fue que todos los espacios de la vivienda influyen, aunque destacan tres de ellos como los más representativos: la cocina, los baños y las alcobas, por considerar que es allí donde puede haber mayor transmisión de enfermedades y en los que se requiere ser más exigente en los cuidados de limpieza.

Foto 1. Fachadas de casas. Barrio Casablanca. (Julio 15 de 2010).



Tanto en las entrevistas grupales como en el ejercicio de observación se apreció que existe una relación de doble vía, pues las condiciones de hábitat, entre otros aspectos, contribuyen a determinar la salud percibida; además, hay una fuerte influencia de los estados de salud para las condiciones de hábitat, en especial cuando en la casa viven personas enfermas o con alguna discapacidad física o mental, que exige que se realicen cambios físicos o adaptaciones a sus espacios para que puedan valerse por sí mismas.

El entorno es la organización del espacio, tiempo, significado y comunicación, siendo más importante las relaciones entre elementos y los patrones subyacentes a estas que los elementos mismos, ya que es la naturaleza del significado la que difiere de un grupo a otro (12). Es decir, los significados atribuidos al espacio no solo son experimentados por sujetos aislados, sino que también tienden a organizarse en experiencias comunes, pues tienen como marco un determinado contexto cultural que influye en sus formas de pensar, actuar y sentir. Esto se debe a que todo grupo social genera pautas de comunicación para intercambiar significados, sin los cuales sería imposible la generación de normas, el sentido de pertenencia y la integración social.

El entorno, entonces, no posee únicamente una connotación física y natural. Es también un espacio social donde se expresan los estilos de vida y se desarrollan las historias cotidianas. Podría decirse que este espacio se concibe como un “mundo pequeño” que proporciona seguridad e identidad y es el que hace posible establecer relaciones sociales. O como afirma una psicóloga del ICBF: “la oportunidad de salir y ver las cosas diferentes en el entorno, permite que las cosas cambien, pero las personas piensan: ‘así soy yo y así moriré’”.

Foto 2. Parque del Barrio Villa Cindy, ubicado diagonal al cambuche. (Agosto 3 de 2010).



El medio ambiente se entiende como el “entorno que afecta y condiciona especialmente las circunstancias de vida de las personas o la sociedad en su conjunto. Comprende el conjunto de valores naturales, sociales y culturales existentes en un lugar y un momento determinado, que influyen en la vida del hombre y en las generaciones venideras” (13). Es decir, es un conjunto de sistemas naturales que interactúan y conforman todo lo que naturalmente rodea a los seres vivos y permiten su desarrollo.

En la comunidad existe un anhelo por las buenas condiciones ambientales, porque los informantes consideran que sus principales referentes, el humedal Juan Amarillo y el río Bogotá, producen malestar y ocasionan problemas que afectan las condiciones de hábitat y la percepción que ellos tienen sobre los estados de salud. Sin embargo, deben resignarse y aprender a convivir con estos referentes, pues hacen parte de su diario vivir. Esto, según diversos testimonios, trae como consecuencia que las personas se encuentren permanentemente estresadas porque los hace sentir deprimidos y, por consiguiente, desinteresados por lo que sucede a su alrededor.

2. Estilo de vida: relaciones entre las condiciones de hábitat y los estados de salud

El concepto estilo de vida va más allá de lo físico al implicar valores y actitudes mentales. Puede definirse como un conjunto de patrones conductuales o hábitos que guardan una estrecha relación con la salud. Es decir, las formas recurrentes de comportamiento que se ejecutan de manera estructurada y que se pueden entender como *hábitos* cuando constituyen el modo habitual de responder a diferentes situaciones, se aprenden a lo largo del proceso de socialización y, una vez adquiridos, son difíciles de modificar (14). En cuanto a la salud, el concepto se relaciona con el término *calidad de vida* y, por ello, se corresponde con el *estilo de vida saludable*, al considerar

que los comportamientos y los hábitos de vida condicionan la salud, además de la situación sanitaria de la población y los recursos que le son destinados (15).

El estilo de vida es apreciado por la comunidad como una conducta que se forma por decisiones personales y por influencias del entorno y del grupo social al que se pertenece, y puede modificarse con una adecuada educación. De acuerdo con lo inferido en campo, el estilo de vida opera desde cinco niveles: el vecindario, las costumbres y hábitos (propios y entre vecinos), la higiene, la seguridad y la estética.

- **Influencia del vecindario en el hábitat y la salud**

Para los informantes, el vecindario representa una forma de expresar social y colectivamente el espacio habitado en el que se comparten unas condiciones de hábitat que inciden en los estados de salud. Como expresión social, las relaciones de vecindad son fundamentales para la convivencia debido a que a través del contacto personal cotidiano, los vecinos tienden a ser percibidos como aquellas “personas con las cuales es socialmente adecuado entablar interacciones amistosas, transmitir experiencias y opiniones con confianza, prestar y recibir ayuda en casos de necesidad, de modo que con ellas se puede eventualmente contar, cuando los componentes del grupo familiar no están disponibles” (16).

El vecindario es visto como una forma de vivir comunitaria donde se crean relaciones de apoyo; supera lo físico y pasa a ser un constructo mental, cuyos términos tienen que ver directamente con las relaciones interpersonales en las que se incluyen características tales como la buena convivencia, la unión y el compromiso. Para algunos participantes, el vecindario se reduce a la cuadra en la cual está ubicada su casa, además de “*las calles por donde se pasa frecuentemente*” (GCB), y se constituye en una dimensión física relacionada con la cercanía

espacial. Las comunidades afirman que contar con buenos vecinos es importante para la salud mental, que puede verse reflejada somáticamente o ser la razón de algún accidente que tenga consecuencias físicas. Esta situación genera una fuerte presión social, en la que es difícil que se afiancen sentimientos de identidad, territorialidad, pertenencia y arraigo y, por consiguiente, dificulta una habitabilidad armoniosa, en la que “los miedos son clave de los nuevos modos de habitar [porque expresan la angustia cultural, proveniente de] la pérdida del arraigo colectivo en las ciudades” (17).

Foto 3. Entrada a un “cambuche”. Barrio Villa Cindy. (Agosto 3 de 2010).



En Colombia, el fenómeno del desplazamiento es la razón por la cual se experimenta una transformación profunda de las formas sociales sobre las cuales descansan la identidad colectiva, y el imaginario del colectivo señala a la población desplazada como la que ocasiona no solo muchas enfermedades y malos estados de salud, sino que también es portadora de “*plagas, malos olores, y hace que el lugar se vea feo y desagradable*” (GLI). De ahí que los habitantes fijen fronteras físicas y mentales en las que identifican los espacios individuales y colectivos, diferenciando los espacios de “los otros”, cuyo territorio pasa de ser una determinante geográfica a convertirse en una práctica cultural que cada grupo social identifica desde su idiosincrasia, y es cuando

los vecinos manifiestan sus diferencias, edifican prestigios y crean la necesidad de inculcar valores compartidos que posibilitan la cooperación entre los residentes. Es decir, el vecindario y el medio ambiente tienen efectos endógenos propios de la cohabitación y son determinantes de los estados de salud (18).

- **Costumbres y hábitos**

Según lo expresado en las entrevistas, la diversidad de costumbres y hábitos de las personas no enriquece la vida comunitaria, sino que propicia la pérdida de la identidad. Las personas afirman que si hubiera organización, orden y respeto por la gente y por el barrio, y si se establecieran unas normas que guiaran a un mejor vivir o que al menos permitieran llegar a unos acuerdos de comportamiento ciudadano, muchas de estas situaciones se podrían evitar. Las percepciones que se tienen sobre el sentirse o no sentirse bien, se proyectan en la cotidianidad de la gente según la forma como entienden la casa y viven el entorno.

Si se entiende que el ser humano por su naturaleza social interactúa con sus semejantes, también hay que reconocer que influye sobre aquellos con quienes interactúa. El estado de ánimo influye para que se produzcan actitudes particulares con los vecinos, cuyas costumbres, estilos y modos de vida son disímiles, en las que muchas veces se genera miedo y temor y se acarrean actitudes de agresión. La “angustia proviene del orden con el que se ha ido identificando la ciudad, un orden construido sobre la incertidumbre que nos produce el otro, y su inmediata traducción en la desconfianza hacia el extraño” (17).

Tal es el caso del fenómeno que el desplazamiento ha ocasionado, fenómeno que no es posible apreciar como un problema de exilio y recepción, sino como requisito para la aprobación de la diversidad cultural y una necesaria, aunque obligada, aceptación de una recomposición social. Los desplazados que generalmente viven en

cambuches¹ afirman que en el vecindario no hay respeto ni comprensión por las costumbres que ellos practican; igual y contradictoriamente, sus vecinos afirman que el espacio público fue invadido. Esta es una muestra de dos culturas reunidas en un mismo espacio, donde se cruzan estilos de vida opuestos, estéticas dispares y discursos polisémicos, que dan lugar a una compleja relación intercultural, que se experimenta y permea a través de encuentros desagradables y dicotomías, imposibilitando acuerdos o consensos.

Las diferencias en los estilos de vida afectan por igual a la comunidad y son reconocidos por ella como producto del devenir social, pues se considera imposible crear una empatía entre las diferencias existentes. Como ejemplos de dicha imposibilidad, las informantes comentan que hay expendedores y consumidores de droga, dueños de mascotas que las sacan a la calle a que hagan sus necesidades y no recogen los excrementos, y zorreros² que además de utilizar la calle como baño, cohabitan con caballos. Todo esto genera malos olores, problemas de higiene y provoca inseguridad. Así, la suma de comportamientos, relaciones y situaciones establece jerarquías y valores que sirven como factores de cohesión al interior de las comunidades.

Todo este panorama que caracteriza las condiciones de hábitat está íntimamente relacionado con la forma como perciben sus estados de salud física y mental, percepción que ven en correspondencia directa con la calidad del entorno inmediato. A manera de anécdota, las entrevistadas cuentan que antes de la llegada de los zorreros, las picaduras de los mosquitos dejaban como huella unas pequeñas

¹ Se denomina *cambuche* a la vivienda improvisada y construida con materiales de desecho. Aunque se la considera como vivienda provisional, en el visitado para este trabajo las personas viven hace más de dos años.

² En Colombia se denomina *zorra* al vehículo de tracción animal compuesto por una carreta con dos llantas. A quienes lo utilizan como medio de transporte se los denomina *zorreros*. Es importante señalar que, además, *zorreros* es un término utilizado para referirse a las personas que practican el reciclaje y que, para la recolección de los materiales, utilizan las zorras.

ronchas; cuando llegaron, se incrementaron no solo en la cantidad de picaduras sino también en su tamaño. Ellas consideran que el problema no tiene una solución que esté a su alcance y debe ser solucionado por las autoridades correspondientes; además, resulta imposible establecer una comunicación efectiva con una población cuyos hábitos y costumbres se distancian y divergen en tantos aspectos.

Otros hábitos descritos, el alcoholismo y la drogadicción, son percibidos como problemas que perturban la vida familiar al interior de la casa y afectan la salud mental y la habitabilidad del entorno. “*El vecino se emborracha o se droga y llega a pegarle a la señora y todo concluye en el maltrato familiar, dirigido al maltrato de los niños*” (GLD-PS). Estos hábitos también afectan el desarrollo físico, motriz, intelectual y emocional de los niños, debido a que se ven limitados en el progreso de actividades que contribuyen a un mejor estado de salud, puesto que las madres por temor a que adquieran “*malas costumbres*” (GLI), les prohíben hacer uso de los espacios públicos y no los dejan jugar con los niños de algunos vecinos. De esta forma, frente a un entorno percibido como hostil y agresivo, las familias se repliegan en su espacio privado, desarrollando un creciente rechazo a su entorno, actitud que resulta negativa para la salud mental, pues muchas personas afirmaron que les produce ansiedad, depresión, agitación motora o insomnio.

- **Relevancia de la higiene**

Entre los atributos arquitectónicos del hábitat (19), las entrevistadas destacan la ventilación y la higiene por contribuir al bienestar físico, y afirman que ambas deben estar presentes dentro de la casa así como en el entorno. Para las personas entrevistadas hay una relación directamente proporcional entre el estado de salud y las condiciones de hábitat, es decir, a mejores condiciones de habitabilidad, mejores condiciones de salud, y a malas condiciones de habitabilidad, malas condiciones de salud. Las

personas consideran que unas buenas costumbres de higiene superan determinantes de tipo socio-económico en lo que se refiere a mantener un buen estado de salud: “*somos pobres, pero por ser aseados, tenemos buena salud*” (GLI).

Los atributos de la vivienda son indicadores de los niveles de bienestar y satisfacción y susceptibles de ser evaluados por los habitantes, de acuerdo con el contexto en el que se encuentran y los sistemas de valores que agudizan sus percepciones. El PNUD-UN hábitat expresa que “los principios de higiene de la vivienda muestran las relaciones de esta con las condiciones que favorecen las enfermedades en los estudios epidemiológicos. Una vivienda en unas condiciones de vida inadecuadas se asocia invariablemente a las altas tasas de mortalidad y morbilidad” (20).

Foto 4. Calle del barrio Cañiza 3. (Julio 27 de 2010).



Las participantes establecieron una relación directa con la higiene y el estar y sentirse bien, afirmando que los espacios limpios evitan que se presenten enfermedades, mientras los espacios mal aseados generan enfermedades, al tiempo que consideran que tener unas buenas prácticas de higiene debe hacer parte de las costumbres y rutinas necesarias para mantener una buena salud. Para lograr esto, afirman, es necesario establecer unas normas de

vida compartidas, lo que requiere entenderse con el otro; consideran que dentro de las condiciones que debe cumplir una casa y sus habitantes para lograr una buena habitabilidad, están la “*organización, el orden y el entendimiento*” (GCB). Por esta razón, las condiciones de higiene al interior de la casa son determinantes de la sensación de bienestar físico y mental en relación con el espacio vital y, como valor añadido, direccionan unas dinámicas familiares sanas. Esto coincide con las condiciones fundamentales de la vivienda saludable propuestas por la OPS/OMS, donde se formula que “para que la vivienda sea saludable es importante sentir que se pertenece a ella, que es el lugar donde se habita y que por lo tanto se va a cuidar y a mantener limpia y agradable. [...] Estos factores ayudan a reducir la exposición directa a microorganismos, a combatir las plagas y los vectores de enfermedades, a reducir el riesgo de contraer enfermedades respiratorias y a reducir la violencia” (21).

Las personas aprecian la higiene como un valor comunitario, pero carecer de ella crea una imagen negativa del entorno. Muchas habitantes recuerdan de una manera nostálgica la “*cuadra limpia, el barrio limpio*” (GLI), y la relación que establecen como habitantes de calles sucias y malolientes tiene que ver con la preocupación de que estas características afectan la salud, más cuando son los mismos actores urbanos los agentes de la falta de higiene. Las imágenes, especialmente visuales y olfativas del entorno, están determinadas por experiencias propias y acontecimientos concretos que a diario viven en sus recorridos cercanos a sus casas. De ahí que en la relación de las condiciones de hábitat del entorno y su influencia en los estados de salud, las participantes identificaron esencialmente dos problemáticas que se encuentran interrelacionadas, pero que a su vez tienen origen y consecuencias en su habitabilidad: los malos olores y la disposición de las basuras.

A través de lo anterior se observan las percepciones que los participantes tienen en cuanto a la influencia de las condiciones de hábitat en los estados de

salud. Sin embargo, vale la pena resaltar que dicha relación es percibida como dialéctica, en la que los estados de salud afectan las condiciones de habitabilidad, pues según lo observado, los problemas de higiene pueden ser provenientes de una salud mental caracterizada por la tristeza, la ansiedad, la depresión y la “dejadez”, ya que según la experiencia de los promotores de salud de la localidad, *“las personas que están saludables quieren tener la casa limpia, mientras que a los que no son aseados no les interesa vivir en medio de la suciedad”* (GLD-PS).

Finalmente, en las comunidades con las que se trabajó existe una tendencia a reunir en una misma categoría los lugares y actores sucios con la inseguridad y la violencia. De esta manera, las personas fabrican un estereotipo de rechazo al excluir al habitante de cualquier posibilidad relacional, apreciándolo como un actor urbano que además de sucio es peligroso, y la higiene se constituye en un factor recurrente para los imaginarios del miedo asociados con la violencia y el consumo y expendio de drogas.

- **La seguridad**

Las personas entienden que la seguridad supera las características físico-espaciales de la vivienda, y la contextualizan desde lo social, lo espacial, lo cultural y lo económico. Entonces, el entorno socio-físico adquiere valores simbólicos, que se expresan en sensaciones de mayor o menor seguridad y en representaciones sociales del espacio habitado que algunas veces determinan las maneras en las que se usa, se apropia y se valora. Así mismo, la percepción de seguridad por las condiciones del hábitat es fuente de diferentes manifestaciones de alteraciones de la salud mental y puede originar consecuencias que afectan la salud física.

Los espacios de los vecindarios identificados como focos de inseguridad, la comunidad los percibe como espacios generadores de prácticas que se traducen en los imaginarios vecinales como fuentes

de inseguridad, generando temor y desconfianza. “La percepción de seguridad desempeña un papel muy importante, ya sea porque determinadas morfologías u ordenaciones espaciales propician unas u otras sensaciones, ya sea porque ciertos usos las cargan de contenidos vinculados con aquélla” (22). Tales sensaciones son descritas por las entrevistadas como alteraciones de la salud mental, afirmando que sienten angustia, ansiedad, temor y estrés.

Igualmente, la seguridad sanitaria se ve afectada por las prácticas de grupos de desplazados que se instalaron en los alrededores de las viviendas de la localidad, argumentando deterioro en el servicio del agua potable; la seguridad del contexto social se relaciona con la sensación de confianza o desconfianza, al determinar los usos de los espacios públicos en los barrios. La percepción de seguridad se ve atravesada por esta interacción, lo que permite, además, entender la manera como se usa y aprecia el espacio (23).

La población considera que estos problemas aumentan la delincuencia al interior de los barrios y ocasionan problemas de convivencia como, por ejemplo, los altos niveles de ruido. Es decir, la seguridad está relacionada de manera directa con el espacio, mientras el temor real se alimenta del miedo imaginario, pues la inseguridad es motivo especial de proyección psicológica (24).

Frente a la seguridad de la gestión relacionada con las tareas del municipio por el mantenimiento de las condiciones del hábitat, las personas tienen la convicción de que los mecanismos pedagógicos son esenciales para la solución de problemas de inseguridad de los barrios, pues afirman que *“hay que resocializar a la gente poniéndole tareas, con el apoyo de profesionales, y a los muchachos que hacen mal y daño, debe imponérseles algún trabajo social que los reforme”* (GCÑ), reforzando esto a través de dispositivos represivos, pues *“la aplicación de multas y castigos debe ser más estricta”* (GCÑ).

En cuanto a la seguridad en el valor de cambio, las situaciones y sensaciones de inseguridad ocasionan una alteración en la apropiación del espacio social habitado. Algunas de las entrevistadas aseguran haberse visto obligadas a abandonar sus viviendas, porque *“las condiciones se han deteriorado, los predios se han desvalorizado y se hace difícil arrendar o vender”* (GLI), de suerte que se presentan problemas de depresión por la situación de abandono.

- **Importancia de la estética**

La estética abarca los atributos que pueda poseer la casa o el barrio, entendidos como objetos que involucran al habitante, que de suyo posee una sensibilidad y una percepción, pues tiene una relación íntima con el sujeto que percibe sensiblemente y significa estar en relación con el entorno (25). Vista así, la estética es una forma de conciencia individual y social, que facilita apreciar la esencia de las relaciones que el ser humano entabla con su entorno y consigo mismo desde sus motivaciones y reacciones particulares, denotando el grado de satisfacción provocado por la percepción inmediata de los signos naturales o artificiales y por las cualidades que estos poseen en sus experiencias cotidianas.

“La estética se hace importante cuando se piensa en tener un espacio agradable. La gente prefiere tener buenas cosas como televisor, celular, equipo de sonido a contar con buenas condiciones de habitabilidad y de bienestar. Es decir, priorizan el tener frente al mejorar”, afirmó una trabajadora social de la localidad, confirmando la manera de jerarquizar los valores materiales de los objetos. Esto se apreció durante las entrevistas grupales, pues en ellas se expresó que cuando la casa es estéticamente agradable para las personas que la habitan, se considera como una fuente de bienestar anímico personal y colectivo, además de estimular una buena convivencia tanto con los habitantes de la casa como con los vecinos. Además, dijeron que *“si la casa está en buen estado, es bonita y*

está ordenada, influye en la salud, en el estado de ánimo y en las relaciones interpersonales” (GCB).

En cuanto al entorno, en los barrios visitados impera la estética de la diversidad y la heterogeneidad, desde los procesos, tensiones, dinámicas y relaciones que simbolizan una imagen de conjunto de la ciudad, que no son diferentes a las expresiones de las conductas humanas sumergidas dentro de la vida cotidiana de una ciudad grande. La conciencia colectiva tiene impreso el significado de lo estético y es la que lleva a los grupos humanos a que compartan la misma cultura en un determinado tiempo, así como a sentir el goce y el placer perceptual ante algunos objetos, en especial los que son visuales o acústicos (26). Durante la observación se constató que existen significados estéticos personales que no coinciden con los colectivos ni modifican la conciencia común, pues el paisaje urbano y natural compartido por todos tiene las mismas características.

Otro elemento importante es la significación olfativa, que además sirve a los habitantes como pretexto para establecer una relación con otros problemas, en especial los relacionados con aquellos espacios que huelen mal. Las personas relacionan las condiciones de higiene con la proliferación de plagas, sin desconocer que va en detrimento con la estética de los barrios. Las sensaciones olfativas producen interpretaciones que posibilitan la expresión de sentimientos de desconsuelo físico y psicológico, pues es evidente que el olfato sugiere emociones y sensaciones que finalmente crean la identidad de los lugares e igualmente afectan sensorialmente a quienes lo perciben.

3. Disparidades en las condiciones de hábitat y en los estados de salud

Tradicionalmente el concepto de disparidad ha sido usado para referirse a las inequidades sociales en salud, que son sistemáticamente injustas y que, a su vez, son evitables o remediables y se relacionan

con los determinantes sociales de la salud, definidos por la OMS como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria” (27).

Por su parte, para la OPS “la repercusión más extrema de la vivienda sobre la salud se observa en los sectores más pobres de la sociedad, en los que adopta la forma de una total carencia de alojamiento, una situación que afecta a millones de personas en todo el mundo. La falta de viviendas accesibles para los hogares de bajos ingresos puede hacer que se desvíen a cubrir las necesidades de alojamiento los recursos familiares originalmente destinados a alimentos, educación o salud. Además, tanto la estructura material de las casas como su ubicación pueden entrañar riesgos para la salud” (28).

Según lo encontrado en las entrevistas, observaciones y consultas a líderes y expertos, la percepción de inequidad se refiere tanto a la habitabilidad como a la salud. Los participantes la relacionaron con varios factores como las condiciones socio-económicas, la injusticia social, el papel que desempeña el Estado frente a las problemáticas sociales, la ilegalidad de los habitantes y el irrespeto por los derechos ciudadanos.

- **El hábitat, la salud y el estrato socio-económico**

La ordenación de la población en estratos socioeconómicos hace “parte del esquema de clasificación individual y colectiva y se ha agregado a nociones heredadas sobre las jerarquías

sociales como clases o sectores sociales” (29). Así, la pertenencia a un determinado estrato ha pasado a formar parte de la identidad de los bogotanos y, en general, de los colombianos, permitiendo hacer *visibles* y fácilmente perceptibles las distancias sociales que pueden entrañar las diferencias socioeconómicas.

Sobre las disparidades, las mujeres entrevistadas establecen comparaciones con otros estratos socioeconómicos, percibiéndolos como opuestos y estableciendo una jerarquización en la escala de valores sociales, en cuanto a las condiciones del hábitat y las facilidades de acceso a los servicios de salud. Afirmaron que entre ellas (estrato 2) y los habitantes del estrato 6 las disparidades se aprecian en “*las condiciones de habitabilidad relacionadas con la estética del barrio, la contaminación visual, manejo de basuras, pavimentación de las calles*” (GCÑ). La diferencia, afirmaron, está en que en el estrato alto “*el cableado se encuentra oculto mientras que en los estratos bajos, el cableado está a la vista, generando contaminación visual*” (GCÑ). En el estrato 6 no se ven las basuras, pues allí cuentan con lugares especiales para colocarla, mientras que en su barrio “*las basuras están regadas por todo lugar* (Fotos 1 y 2). *En los barrios del estrato más alto gastan mucha agua y tienen menos conciencia del consumo de luz*” (GCÑ), mientras que ellas miden el consumo de ambos servicios, debido a los pocos recursos con que cuentan para pagarlos.

La estratificación socioeconómica ha permeado tan intensamente las formas de relación y de representación del sí mismo y de los otros, que permite establecer, de acuerdo con las condiciones del entorno, una clasificación socioeconómica no necesariamente coincidente con la estratificación contemplada en la ley de Servicios Públicos, y es causa de problemas de salud mental como depresión, ansiedad y angustia, expresadas de manera explícita durante el desarrollo de la entrevista.

Según las informantes, el entorno en mal estado es fuente de malos estados de salud, en especial si se pertenece a un estrato económico bajo, e incide en los problemas de salud de diferentes maneras, desde problemas de salud física tales como enfermedades respiratorias, hasta episodios de ansiedad y sensación de temor permanente. De acuerdo con lo expresado por los líderes del programa “Salud a su casa”, la pertenencia a un determinado estrato socioeconómico influye en las condiciones del hábitat y los estados de salud: *“la diferencia socio-económica se nota en el hambre, en el entorno, en las actitudes, en el estado de salud y de ánimo; los que no tienen dinero no hacen el deber de mejorar su aspecto, se resignan a vivir mal. El estrés se maneja debido al desempleo y subsisten a la par con la informalidad”* (GLD-PS).

Además, las entrevistadas consideran que la atención en salud está directamente relacionada con el estrato socioeconómico y con el tipo de sistema de seguridad al que se encuentra inscrita la persona. Sienten que no tienen derecho a una mejor y eficiente atención, y que sus enfermedades son diferentes por estar determinadas por su condición socioeconómica, lo que las obliga a resignarse y conformarse con los pocos recursos con los que cuentan. Afirman que *“las enfermedades de los estratos altos son diferentes a las de los estratos bajos (estrés) y ellos [los de estratos altos] tienen la ventaja de ir a un spa, mientras que nosotras en estrato 2 no podemos ir a esos sitios, nos limitamos a tomarnos un Advil y ya”* (GCÑ).

A partir de lo anterior, y según lo encontrado en las entrevistas y observaciones, las disparidades son tan visibles para las habitantes de la localidad, que son percibidas como expresión de la injusticia social y se constituyen en la expresión de las brechas sociales entre los diferentes grupos sociales, lo que se ve reforzado por la distancia social, económica, espacial y estética en la que se ha convertido la jerarquización por estratos. Además, evidencian que no hay una distribución justa de los beneficios socioeconómicos; es decir,

los sectores más vulnerables de la población acceden precariamente a los servicios del sistema, entre los que se encuentran los de atención en salud y los relativos a soluciones de vivienda.

- **El Estado frente a las disparidades, los derechos y los deberes ciudadanos**

Colombia, como Estado Social de Derecho, debe incluir equitativamente a los ciudadanos en los sistemas social, cultural, económico y político, asegurando con ello el cumplimiento de los derechos y deberes ciudadanos. Igualmente, debe dar cumplimiento a las diversas labores que permiten el funcionamiento adecuado de la sociedad en su conjunto y asegurar que las instituciones cumplan con sus tareas eficientemente, con lo cual garantiza y respeta los derechos fundamentales, a través del ejercicio responsable de los mismos (30). El resultado será el aprehendizaje del verdadero significado que tienen los lugares y espacios de la ciudad, en conjunción con una calidad de vida saludable.

A través de las informaciones obtenidas en las entrevistas, se observó que para las participantes el Estado no cumple actualmente sus funciones de una manera eficiente, y perciben muestra desinterés por mejorar las condiciones de existencia precarias a las que se ven enfrentadas cotidianamente, tanto en lo referente a las condiciones del hábitat como en relación al acceso a los cuidados para mantener una positiva percepción sobre el estado de salud. Aunado a la ineficiencia institucional, las personas consideran que el origen de muchos de sus problemas se encuentra en la vulneración de sus derechos ciudadanos y en la ilegalidad que ha entrado a formar parte de lo que rodea su diario vivir.

Al indagar a las participantes acerca de cómo mejorar o solucionar lo que ellas identifican como injusto desde su experiencia de vida, en cuanto a las condiciones de habitabilidad y la salud, se encuentra entre ellas una dualidad expresada frente

a la idea de un Estado benefactor y la autogestión que consideran importante para superar las problemáticas en torno a dichas temáticas. Así, durante el desarrollo de las entrevistas, las participantes aprovecharon el momento para expresar sus inconformidades respecto al papel del Estado y de las funciones que deben cumplir las diferentes instituciones en torno a diversas problemáticas, al tiempo que manifestaron su interés por contribuir en la solución o mejora de las condiciones de su hábitat y de los estados de salud, desde su trabajo como madres. Consideran que también a través del reconocimiento del otro, de las acciones recíprocas, de las certezas y los sentidos de equidad será posible avalar las normas éticas y jurídicas relativas a la anhelada igualdad de derechos y deberes ciudadanos; esto significa que el empeño de las comunidades organizadas siempre es “el mantenimiento de una convivencia que persevera pese a la desigualdad” (31).

4. Expectativas y propuestas de cambio

Como estrategias para evitar o mejorar los problemas planteados a lo largo del trabajo, las participantes proponen varias fórmulas transformadoras y renovadoras que contribuyen a caracterizar unas políticas en las que se conjuguen las políticas de salud con las de hábitat, en las que la institucionalidad se ponga al servicio del ser humano para garantizar y preservar su dignidad, haciendo que las autoridades se comprometan con las acciones que avalen las condiciones de igualdad y equidad y aseguren una vida digna para todos los ciudadanos.

Las participantes consideran que es necesario incluir dentro de los planes curriculares de estudio de todos los niveles educativos, cátedras con que se prevengan los problemas tanto de condiciones de habitabilidad como de estados de salud, “*para querer a sí mismo y, de la misma manera, querer a los otros*” (GCB).

Muchos de los problemas de hábitat, así como varias de las percepciones sobre los estados de

salud, según las personas de la comunidad, se ocasionan por la falta de implementación de unas políticas públicas apropiadas. Así mismo, consideran que es necesario “*crear una entidad que haga una labor de control y verificación de la reserva y de las condiciones de la comunidad. Las misiones de esta entidad deberían estar dirigidas a suplir las necesidades de las personas más necesitadas*” (GCÑ). En este sentido, las políticas públicas de vivienda, hábitat y salud deben ser vistas como uno de los pilares para la planificación y la gestión del desarrollo socioeconómico de la localidad que, como lo exige el mundo de hoy, encuentren la manera más apta para conjugar las actuaciones de las instituciones gubernamentales de carácter público con las diversas formas como las comunidades humanas se organizan. De acuerdo con lo anterior, las propuestas planteadas se dirigen a promover la construcción de una escala de valores basada en la responsabilidad y la ética ciudadana, como una motivación a las comunidades para tomar decisiones en torno a sus propias problemáticas, lo que implica un conocimiento profundo de la realidad.

Otra posible solución que plantean las personas para resolver los problemas comunitarios que surgen tanto de las condiciones del hábitat como de las percepciones en torno a la salud, es la necesidad de apropiarse de ellos y asumirlos como propios. Las participantes explican que cuando se promueve un diálogo en el que se resalten experiencias, al mismo tiempo se está identificando la necesidad humana de construir actitudes, destrezas y prácticas, que son las que hacen que se genere la capacidad de discernimiento y sirven para relacionarse con los demás, condición concebida como fundamental para el ejercicio de la democracia.

Frente al problema que los habitantes de la localidad enfrentan con los recursos hídricos (humedal Juan Amarillo y río Bogotá), sugieren buscar un equilibrio entre la vida urbana y la conservación del humedal, al reconocer que la naturaleza y el medio ambiente están en constante interrelación

con procesos de negociaciones y conflictos que tienen repercusiones en las concepciones surgidas de una manera social y apolítica con aquellas que exigen una implementación de las políticas públicas de hábitat y de salud.

- **Propuesta para el planteamiento de políticas públicas de hábitat y salud**

En esta investigación se resaltó la importancia de considerar el planteamiento de unas “políticas habitacionales de hábitat y salud”, entendidas integralmente, estimando que hacerlo contribuye a enmarcar los contextos sociales que dan un sentido explícito a los derechos de los ciudadanos. A lo largo del desarrollo de las categorías emergentes se apreció que para las personas es evidente que existe una clara relación entre las condiciones del hábitat y las percepciones acerca de los estados de salud, que son muchas las situaciones donde aparece una relación de dependencia, de traslape o de causalidad.

Por ello, a continuación se propone una manera de plantear algunas políticas públicas habitacionales donde se encuentren las políticas del hábitat y de salud integradas, a través de las cuales se pueden implementar unas políticas habitacionales, contando con tres actores:

- El **Estado**, por ser “Social y de Derecho”, debe actuar como oferente de un marco regulador apropiado, generando entornos de crecimiento que conduzcan a una dinámica sustentable y progresiva, a través de organizaciones e instituciones.
- La **Academia** debe fungir como gestor del conocimiento de los actores involucrados en los procesos, con el fin de comprender la realidad desde una conciencia crítica científica que articule los intereses de los actores sociales. Su papel es el de concertar el conocimiento del *otro* como interlocutor válido y, además, es quien tiene la capacidad de cuestionar la manera como las políticas públicas impactan a la sociedad.

- Las **comunidades o actores sociales** son las que poseen las experiencias y los valores culturales relacionados con las problemáticas habitacionales. Además, la Constitución Política otorga unos derechos ciudadanos que afianzan el sentido democrático y solo se ejercen desde la participación activa en aquellos aspectos que afecten la individualidad y la colectividad de las personas involucradas.

A continuación se proponen cuatro fases conducentes a definir el proceso que determina la selección de las políticas habitacionales:

1. **Realizar un diagnóstico:** a través de tres momentos: i) identificación de la problemática, ii) jerarquización o priorización de los problemas emergentes, y iii) propuesta de solución a la problemática.
2. **Implementación:** es el momento del desarrollo político planteado en los programas que darán cumplimiento a la política habitacional. A través de la implementación se crean relaciones entre las diversas acciones conducentes a la resolución de las problemáticas planteadas desde un enfoque evolucionista, que define la acción continua como la mejor manera para la implementación de la política, debido a que se entiende como una negociación equitativa de todos los actores.
3. **Evaluación:** es un ejercicio que trasciende el contraste entre objetivos y resultados, ya que contiene los aspectos que influyeron en las fases anteriores, incluyendo las consecuencias y costos a todo nivel. Debe ser transversal y abarcar todo el proceso. Como funciones de la evaluación, el proceso de toma de decisiones y el aprendizaje organizacional deben ser paralelos (32).
4. **Retroalimentación:** es el proceso mediante el cual un sistema abierto recoge información sobre los efectos de sus decisiones internas en su medio, información que actúa sobre las decisiones o acciones sucesivas. Es por medio

de los mecanismos de retroalimentación como los sistemas regulan sus comportamientos de acuerdo con sus efectos reales y no a programas de modelos fijos.

Con el anterior proceso se puede decir que en una democracia en sí misma participativa, toda política pública debe dirigirse a la legitimación del Estado y la acción gubernamental, ampliando su capacidad para orientar a la sociedad hacia el cumplimiento y disfrute pleno de los Derechos Humanos, con un respaldo jurídico que favorezca la equidad social. La necesidad imperiosa de diseñar políticas públicas exitosas con la participación de diversos actores, está relacionada con la necesidad de mejorar las condiciones de vida de la población, implementar nuevas formas de relación entre la sociedad y el Estado, así como reflejar transparencia y responsabilidad en las acciones del gobierno para reforzar la confianza entre los actores involucrados con miras a unas mejores condiciones de hábitat y positiva percepción de los estados de salud de las personas. Si esto se logra, se puede afirmar que se abre la ruta a la creación de una sociedad sustentable donde se abogue por una mejor calidad de vida. La caracterización de los actores que participan en el proceso político, sus intereses, conflictos y alianzas, sus heterogéneas formas de actuar frente a las problemáticas detectadas y agendadas como programa con unas metas alcanzables y su correlación de fuerzas, constituyen la clave para la comprensión de las políticas públicas y, como tal, deben ser objeto de un trabajo mancomunado.

CONCLUSIONES

Son múltiples relaciones que se presentan en torno a las condiciones del hábitat y los estados de salud, entendiendo que las diferentes categorías desarrolladas hacen parte de un complejo sistema que explica cómo se dan esas relaciones y cuáles son las percepciones, necesidades y expectativas de la población que participó en el trabajo de campo, reconociendo que en la comprensión de las

problemáticas de vivienda y salud es fundamental dar participación y, con ello, relevancia a los sujetos sociales.

Lo primero que se identificó es que para las personas entrevistadas la habitabilidad se relaciona tanto con la casa como con el entorno, pero esta espacialidad no se limita a la disposición física de los elementos naturales y construidos en el espacio, a lo arquitectónico y urbanístico, sino que se encuentra mediada por la significación que les otorga el ser espacios usados y apropiados por las personas que allí se encuentran y las relaciones sociales que tienen lugar en los lugares donde habitualmente se desarrollan sus rutinas.

Respecto a los estados de salud, son reconocidos como estados no solo de enfermedad o de su ausencia, sino que además permiten el bienestar necesario para ser funcional, para relacionarse adecuadamente con los otros y para llevar en términos generales una vida normal y autosuficiente. Entienden, además, que los estados de salud se remiten a lo físico y lo mental, y pueden cambiar en cualquier momento por diversas razones.

Al desarrollar las categorías emergentes, se encontró que para las personas la relación entre hábitat y salud es directa y tiene varias dimensiones, superando la idea de que se limita a los efectos que las estructuras físicas de la vivienda y el entorno pueden tener sobre las alteraciones de la salud, para comprender que se trata de un sistema integral que comprende factores sociales, políticos, culturales, económicos, ambientales y espaciales. Por ello se incluyen allí los diversos elementos que las personas consideran fundamentales, tales como las relaciones sociales, familiares y de vecindad, las costumbres y hábitos de la población, la higiene, la sensación de seguridad, el medio ambiente e incluso la estética.

Como un hallazgo importante, se constató también que la relación no es unidireccional, sino dialéctica, donde las condiciones del hábitat inciden en los

estados de salud, y a la inversa, pues un estado de salud deteriorado que limite la funcionalidad física o el razonamiento, lleva a un desmejoramiento de las condiciones de habitabilidad. De acuerdo con lo anterior, el entorno socio-físico, entendido como la casa y las personas que la habitan, además del vecindario y los vecinos, adquiere valores simbólicos que se expresan en percepciones de mayor o menor bienestar y en representaciones sociales del espacio habitado que contribuyen a comprender las relaciones que median la influencia entre las condiciones del hábitat y los estados de salud.

Aunado a ello, se constató que la problemática no se reduce a lo que perciben las personas en su entorno inmediato o a las experiencias cotidianas que les permiten identificar y expresar las relaciones entre el hábitat y la salud, sino que además comprenden que tras de los problemas que experimentan, se encuentran profundos problemas estructurales del funcionamiento de la sociedad, que contribuyen a la reproducción de las desigualdades sociales, en las que las disparidades son el resultado de ineficientes políticas públicas, de las diferencias socioeconómicas, de las injusticias sociales y del papel que cumple el Estado como Estado Social de Derecho.

Lo anterior confirma la hipótesis de trabajo, que plantea que “el estatus de las viviendas y sus concomitantes condiciones de habitabilidad se correlacionan con las disparidades del estado de salud de la población y contribuyen significativamente al peor estado de salud física y mental de la población en desventaja económica y social”. Por ello, el enfoque de derechos implica asumir las obligaciones del Estado en todas sus dimensiones; esto es, la adopción inmediata de medidas, con el máximo de recursos disponibles y la prioridad de las poblaciones más vulnerables, la no discriminación y la no regresividad de los avances en materia de realización de los derechos.

Dicho esto, se considera necesario y urgente que las políticas públicas y las acciones estatales en

general se implementen de manera integral y no como soluciones temporales o desarticuladas que a la larga se convierten en asistencias pasajeras, que en poco solucionan las carencias a las cuales se ven enfrentadas las poblaciones más vulnerables. Además de ello, la participación de la población puede ocupar un lugar más activo que el de ser simples receptores de información, para contribuir a identificar, desde sus experiencias, formas de vida y denunciar las maneras más eficientes de actuar en contra de las profundas inequidades que enfrentan las comunidades.

En consonancia con lo que se encontró durante el trabajo, se reconoce que muchas de las perturbaciones del entorno están relacionadas con los comportamientos, costumbres y hábitos de las personas, razón por la cual se considera que cualquier clase de solución que se conciba como viable, debe apoyarse en procesos educativos encaminados a modificar las incorrectas e irresponsables prácticas personales y colectivas.

Finalmente, se debe contemplar que las políticas de vivienda y los programas de salud se conciben actualmente como servicios otorgados a la población, a pesar de la sustentación que se hace de ellos como promotores de los derechos humanos. Siendo así, es urgente retomar sus formulaciones y propender no solo por un respeto y práctica de los derechos, dirigidos a reforzar la idea del bienestar de toda la población, sino superar también la ineficiencia social que se ha convertido en la principal fuente de la parálisis de la movilidad social y del aumento de las inequidades.

AGRADECIMIENTOS

Las autoras agradecen a Colciencias y a la Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá, entidades financiadoras del proyecto. 1203-452-21212, “Relación entre las condiciones de habitabilidad y el estado de salud de la población colombiana. Una propuesta metodológica para su análisis.”

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Descriptores en Ciencias de la Salud. [En línea] [consultado 2011 Ago 19]. Disponible en URL: <http://www.decs.bvs.br/E/homepage.htm>
2. Echeverría MC. Ascensos y descensos en la vivienda: Mirada desde Medellín. *Revista INVI (Santiago de Chile)* 2004;19(50):21- 69.
3. Bollnow OF. *Hombre y espacio*. Barcelona: Labor;1969.
4. Torres A, Tapia R, Hernández R. Programa de habitabilidad Chile solidario. Santiago: Fondo de Solidaridad e Inversión Social;2008.
5. Meneu de Guillerna R. Interculturalidad y extensión de la cobertura de la protección social en salud para trabajadores agrícolas y pueblos indígenas. [Citado 2010 Sep 15]. Disponible en URL:<http://www.eurosocialesalud.eu/files/docs/00189.pdf>
6. Koch O, Cravero AA, Farre SM. Patología humana y medio ambiente. En: Goin F, Goñi R, editores. *Elementos de Política Ambiental*. Honorable Cámara de Diputados de la Provincia de Buenos Aires;1993.
7. Pascal J, Lombrail P. *Mesure de L'Etat de Santé de la Population*. *La Revue du Practicien (Paris)* 2001;51(17):1931-38.
8. Morin E. *El Método*. Madrid: Cátedra;1992.
9. Colombia. Cámara de Comercio de Bogotá. Localidad de Suba, perfil económico y empresarial. Bogotá: Archivo Dirección de Estudios e Investigaciones;2007.
10. Pérez S. El uso y construcción del espacio en la vivienda popular. *Gaceta de Antropología (Zamora, México)* 1999 [Citado 2010 Ago 12];15(7). Disponible en URL: <http://www.hdl.handle.net/10481/7530>
11. Giglia A. Una perspectiva antropológica al estudio de la vivienda. México: Síntesis;2001.
12. Rapoport A. *Aspectos humanos de la forma urbana*. Barcelona: G. Gili;1978.
13. Colombia. Portal [encolombia.com](http://www.encolombia.com). Qué es el Medio Ambiente. [En línea] [citado 2010 Sep 20]. Disponible en URL:<http://www.encolombia.com/medio-ambiente.htm>
14. Rodríguez-Marín J, García JA. *Estilo de vida y salud*. En: Latorre JM. *Ciencias psicosociales aplicadas II*. Madrid: Síntesis;1995.
15. Pastor Y, Balaguer I, García-Merita M. Una revisión sobre las variables de estilos de vida saludables. *Revista de Psicología de la salud (Valencia, España)* 1998;10(1):15-52.
16. Sepúlveda R, Muñoz P, Torres E, Karlik C, De la Puente L. Enfoque sistémico y lugar. Una perspectiva para el estudio de hábitats residenciales urbanos. Instituto de la Vivienda. Facultad de Arquitectura y Urbanismo. Chile: Universidad de Chile;2005.
17. Martín Barbero J. Los laberintos urbanos del miedo. En: Pereira JM, Villadiego M. *Entre miedos y goces. Comunicación, vida pública y ciudadanía*. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá: Cátedra UNESCO de comunicación social;2006. p. 149-63.
18. Diez A, Mair Ch. Neighborhoods and health. *Annals of the New York Academy of sciences (New York)* 2010;1186:125-45.
19. Tarchópulos D, Ceballos OL. *Calidad de la vivienda dirigida a los sectores de bajos ingresos en Bogotá*. Bogotá: Centro Editorial Javeriana CEJA;2003.
20. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Ministerio de la Protección Social. *Investigaciones sobre desarrollo social en Colombia*. 2004 [en línea]; 43 [citado 2010 Oct 03]. Disponible en URL: <http://www.fuac.edu.co/download/AREAS/10ipq.pdf>

21. Korc ME. Vivienda Saludable: Reto del milenio en los asentamientos precarios de América Latina y el Caribe. Guía para las autoridades nacionales y locales. [en línea] 43 [citado 2010 Ago 25]. Disponible en URL: <http://www.cepal.org/pobrezaurbana/docs/OPS/DocumentoGuiadeprincipiosviviendasaludable.pdf>.
22. Fraile P. La percepción de seguridad: entre el delito, el conflicto y la organización del espacio. 2007 [en línea] [citado 2010 Nov 1]. Disponible en URL : <http://www.ub.es/geocrit/9porto/fraile.htm>
23. Sánchez Gómez-Merelo M. La percepción de seguridad y la realidad social. [En línea][citado 2010 Sep 30]. Disponible en URL: <http://www.dual.es/documentos/seguridad1.htm>
24. Silva A. Imaginarios urbanos. Bogotá y Sao Paulo. Cultura y comunicación urbana en América Latina. Bogotá: Tercer Mundo;1992.
25. Mandoky K. Prosaica. Introducción a la estética de lo cotidiano. México: Grijalbo;1994.
26. Mucarosky J. Escritos de estética y semiótica del arte. Barcelona: Gustavo Gili;1975.
27. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. [En línea] [citado 2010 Oct 06]. Disponible en http://www.who.int/social_determinants/es/
28. Organización Panamericana de la Salud. Cartilla Viviendas con Higiene y salud. [En línea][citado 2010 Jul 30]. Disponible en URL: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd56/vivienda/doc14779-6.pdf>; 2000.
29. Uribe-Mallarino C. Estratificación social en Bogotá: de la política pública a la dinámica de la segregación social. Universitas Humanística (Bogotá) 2008;65(32):139-71.
30. Colombia. Presidencia de la República. Constitución Política de Colombia 1991. Bogotá;1994.
31. Castellanos G. Patrimonio cultural. Integración y desarrollo en América Latina. México: Fondo de Cultura Económica;2010.
32. Weiss CH. Evaluation. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall;1998.

SENTIDO Y PROCESO DEL TEMOR A CAER EN ANCIANOS

*Carmen Lucía Curcio**
*Hélène Corriveau***
*Marie Beaulieu****

Recibido en mayo 27 de 2011, aceptado en agosto 26 de 2011

Resumen

Introducción: el temor a caer es una preocupación mayor tanto de los ancianos y sus familias como del personal de la salud. Todas sus consecuencias son importantes para la salud, el bienestar y la calidad de vida de los ancianos. La gran mayoría de los estudios se han desarrollado desde una perspectiva epidemiológica y solo raras excepciones desde una perspectiva cualitativa. **Materiales y métodos:** se utilizó el método cualitativo de la teoría fundamentada. Se hizo un muestreo teórico por etapas (abierto, discriminado y selectivo) hasta lograr la saturación de los conceptos emergentes. Las entrevistas se llevaron a cabo con 37 ancianos mayores de 60 años, en tres ciudades de la región cafetera colombiana. El análisis respeta los principios de la teoría fundamentada: codificación abierta, axial y selectiva para la construcción del modelo teórico. **Resultados y discusión:** el temor a caer es un concepto difícil de definir, impreciso y ambiguo. Los participantes evocan un temor difuso, sin objeto preciso y sin causa evidente, cuya amenaza es oscura, vaga, con una duración ilimitada y se acompaña de sentimientos de impotencia. El temor a caer en los ancianos genera mucha angustia, y para controlarlo los ancianos deben transformarlo en temores secundarios. El manejo del miedo a caer es un proceso que exige una reorganización de la vida cotidiana y tiene un carácter eminentemente biográfico: para enfrentar este temor, los ancianos hacen ajustes que les permiten integrar en sus vidas tanto el temor a caer como los cambios que este trae consigo. Estos cambios se armonizan a través de interacciones. **Conclusión:** el miedo a caer es un sentimiento que modifica profundamente la relación del anciano consigo mismo y con su entorno. Así, el temor a caer en los ancianos es más que una emoción y su manejo implica cambios: ajustes biográficos y reorganización de la vida cotidiana. Cambios que se construyen a través de interacciones que se desarrollan en diferentes esferas de la vida social. Esta nueva manera de concebir el temor a caer impone nuevos desafíos para su manejo y para evitar las consecuencias negativas.

Palabras clave

Temor a caer, ajuste biográfico, rutinización, interacción. (*Fuente: DeCS, BIREME*).

* Terapeuta Ocupacional, Magíster en Gerontología Social, Ph.D. en Gerontología. Facultad de Ciencias para la Salud. Departamento Acción Física Humana. Grupo de Investigaciones en Gerontología y Geriátrica. Universidad de Caldas, Colombia. Correo Electrónico: carmen.curcio@ucaldas.edu.co

** Université de Sherbrooke. Faculté de Médecine et des Sciences de la Santé, Département de Réadaptation. Centre de Recherche sur le Vieillissement du Centre de Santé et Services Sociaux de l'Institut Universitaire de Gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS), Canada. Correo Electrónico: helene.corriveau@usherbrooke.ca

*** Université de Sherbrooke. Faculté des Lettres et Sciences Humaines. Département de Service Social. Centre de Recherche sur le Vieillissement du Centre de Santé et Services Sociaux de l'Institut Universitaire de Gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS), Canada. Correo Electrónico: carmen.curcio@ucaldas.edu.co

MEANING AND FEAR OF FALLING PROCESS IN THE ELDERLY

Abstract

Introduction: The fear of falling is a great worry for both, the elderly and their families and the health professionals. All its consequences are important for the health, welfare and quality of life of the elderly. Most of the studies have been developed from an epidemiologic perspective and only some rare exceptions from the qualitative perspective. **Materials and methods:** A qualitative method of the grounded theory was used. A theoretical sampling in different stages (open, discriminated and selective) was carried out in order to achieve saturation of the emergent concepts. The interviews were performed to 37 older than 60 people in three cities in the Colombian Coffee Region. The analysis respects the principles of the grounded theory: open, axial and selective coding for the construction of the theoretical model. **Results and discussion:** The fear of falling is a difficult to define, vague and ambiguous concept. The participants recall a vague, without a precise objective or evident cause fear whose threat is dark, hazy, with limited duration and accompanied by helplessness feelings. The fear of falling in the elderly generates a lot of anguish and in order to control it they have to transform it in secondary fears. The management of the fear of falling is a process that demands a reorganization of daily life and has an imminently biographic character: to face this fear the elderly make adjustments that allow them to incorporate in their lives both, the fear of falling and the changes it brings along. These changes harmonize through interactions. **Conclusion:** The fear of falling is a feeling that deeply modifies the relationship of an elderly with himself and with his environment. This way, the fear of falling in the elderly is more than an emotion and its management implies changes: biographic adjustments and daily life reorganization. These changes are built through interactions that develop in different spheres of the social life. This new way to conceive the fear of falling imposes new challenges for its management and to avoid the negative consequences.

Key words

Fear to fall down, biographic adjustment, routinization, interaction. (Source: MeSH, NLM)

SENTIDO E PROCESSO DO TEMOR A CAIR EM ANCIÃOS

Resumo

Introdução: O temor a cair é uma preocupação maior tanto dos anciãos e suas famílias como do pessoal da saúde. Todas suas conseqüências são importantes para sua saúde, e bem-estar e qualidade de vida dos anciãos. A Grão maioria dos estudos tem sido desenvolvidos desde uma perspectiva epidemiológica e só raras exceções desde a perspectiva qualitativa. **Materiais e métodos:** utilizou se o método qualitativo da teoria fundamentada. Fez-se uma amostragem teórica por etapas (Aberto, discriminativo e seletivo) até lograr a saturação dos conceitos emergentes. As entrevistas levaram se acabo com 37 anciãos maiores de 60 anos, em três cidades na região cafeeira colombiana. O analise respeita os princípios da teoria fundamentada: codificação aberta, axial, e seletiva para a construção do modelo teórico. **Resultados e discussão:** O temor a cair é um conceito difícil de definir, impreciso e ambíguo. Os participantes evocam um temor difuso, sem objeto preciso e sem causa evidente, cuja ameaça é escura, vaga, com uma duração ilimitada e se acompanha de sentimentos de impotência. O temor a cair nos anciãos gera muita angústia, e para controlar-los os anciãos devem transformar-lo em temores secundários. O manejo do medo a cair é um processo que exige uma reorganização da vida cotidiana e tem um caráter eminentemente biográfico: para enfrentar este temor, os anciãos fazem ajustes que lhes permitem integrar em suas vidas tanto o temor a cair como os câmbios que este traz com este. Estes câmbios se harmonizam a través de interações. **Conclusão:** O medo a cair é um sentimento que modifica profundamente a relação do ancião com ele mesmo e com seu entorno. Assim, o temor a cair em os anciãos é mais que uma emoção e seu manejo implicam câmbios: ajustes biográficos e reorganização da vida cotidiana. Câmbios que se constroem a través de interações que se desenvolvem em diferentes esferas da vida social. Esta nova maneira de conceber o temor a cair impõe novos desafios para seu manejo e para evitar as conseqüências negativas.

Palavras Chave

Temor a cair, ajuste biográfico, rotina, interação. (Fonte: DeCS, BIREME)

INTRODUCCIÓN

El interés por el temor a caer aumentó notablemente en la década de 1990. En un principio denominado síndrome poscaída (1), fue visto inicialmente como una consecuencia psicológica de las caídas (2,3) y dio lugar a la producción de varios modelos conceptuales (4). Ha recibido numerosas denominaciones: miedo a las caídas, disminución de la autoconfianza, disminución de la auto-eficacia relacionada con las caídas, pérdida de confianza en el equilibrio, preocupación de caer, inquietud o ansiedad de caer, temor a caer, percepción de control sobre las caídas y síndrome del temor a caer. La definición más conocida y más utilizada es la de Tinetti, Richman y Powel (5), quienes afirman que el temor a caer es una consecuencia psicológica de caídas, específicamente, es la pérdida de confianza en sí mismo para evitar las caídas durante la realización de actividades esenciales y relativamente no peligrosas, que llevan al individuo a evitar actividades que es capaz de realizar.

Las diferentes denominaciones del temor a caer a menudo se utilizan indistintamente (3), pues los investigadores usan los diferentes términos como si se tratara del mismo constructo. Aunque el temor a caer, la confianza de equilibrio y la auto-eficacia relacionada con caídas son conceptos asociados, no son isomorfos (3), lo cual es conceptualmente problemático (6). De hecho, es posible que una persona confíe en su habilidad para evitar caídas incluso cuando tiene temor a caer (7). Estas dificultades en la conceptualización y definición podrían explicar las variaciones de la prevalencia en diferentes estudios.

El temor a caer es muy común entre los ancianos, incluso entre aquellos que nunca han caído (8). La prevalencia varía considerablemente, y va desde el 29% hasta el 92% en los ancianos que han caído y que viven en la comunidad (9). Entre los ancianos que no han caído, la prevalencia varía del 12% al 65% (3). En ancianos de 60 años y más que viven

en comunidad en el Eje Cafetero colombiano, la prevalencia de temor a caer está entre el 45% y el 82% (10,11).

Además, muchos ancianos admiten haber restringido sus actividades a causa de este temor (12). La restricción de actividad como consecuencia del temor a hacer es reportada entre el 26% y el 56% de ancianos que viven en la comunidad (8,13,14). En la región cafetera colombiana, la prevalencia general de restricción de actividad entre ancianos que viven en comunidad se sitúa entre el 20% y el 47%, mientras que la de los ancianos que han caído está entre el 43% y el 50% (10,11,15). Se ha establecido un círculo vicioso: un estilo de vida sedentario puede conducir al desacondicionamiento progresivo de las capacidades de la persona, el cual se refleja principalmente en una disminución de la capacidad funcional y del desarrollo de problemas de equilibrio y marcha (16-20). Este desacondicionamiento, a su vez, aumenta el riesgo de caer y conduce al aislamiento social, disminución de actividades, depresión, fracturas e incluso la muerte (21). Estas situaciones tienen implicaciones importantes para los servicios de salud y el temor a caer es ahora reconocido como un problema de salud pública (22).

Existen unos pocos estudios cualitativos acerca del temor a caer, por ejemplo, Tischler y Hobson (23) realizaron un estudio con el objetivo de descubrir las causas y las consecuencias del temor a caer en ancianos que habían caído. Ellos encontraron que las consecuencias percibidas del temor a caer son depender de otros, sufrir fracturas o lesiones y ser institucionalizados.

Por su parte, Ward-Griffin y col. (24) presentan un modelo denominado tensión dinámica entre dos fuerzas opuestas: ser prudente y luchar por la autonomía. Este modelo es el primero que tiene en cuenta el punto de vista de los ancianos, es el resultado de un estudio fenomenológico y postula que el temor a caer es la base de una de dos fuerzas opuestas: de un lado, el ejercicio de la prudencia (centrada en el temor a caer), y del otro, la lucha

por la autonomía (centrada en la confianza). En el intento de equilibrar su temor y su deseo de independencia, los ancianos utilizan cinco estrategias para cada una de las dos fuerzas. Para ejercer la prudencia: seleccionar espacios seguros, atribuir responsabilidades, evitar obstáculos y situaciones de riesgo, limitar las actividades y aceptar la ayuda ofrecida. Para luchar por conservar la independencia y la autonomía: minimizar el impacto de las caídas, correr ciertos riesgos, evitar el confinamiento en casa, utilizar los dispositivos de ayuda y acceder a los recursos.

En el segundo modelo, proceso dinámico de gestión del temor a caer (25), el primer punto sobresaliente es que los ancianos consideran que el temor a caer es un aspecto normal dentro del proceso de envejecimiento. Este modelo propone cuatro grandes estrategias para gestionar el temor a caer: desarrollar síntomas psicósomáticos, adoptar una actitud de prevención de riesgos, prestar atención a la seguridad en el medio ambiente y modificar los comportamientos. Todas las estrategias se integran en el estilo de vida y son apoyadas o toleradas por la familia. Además, las consecuencias que emanan de la utilización de las estrategias, vivir o sufrir con el temor, están influenciadas por el grado de satisfacción con esas estrategias y por el soporte familiar.

Los participantes en un estudio fenomenológico llevado a cabo en Australia con nueve personas que habían reportado alto y moderado temor a caer (26), lo describen como una experiencia negativa, generalmente ligada a la incapacidad, al temor a la dependencia y a la institucionalización. Para evitar las caídas, los ancianos toman precauciones. Los resultados también indican que el temor a caer en sí mismo no es el responsable de la restricción de actividad y que ésta es el resultado de la combinación de múltiples factores.

La problemática del temor a caer tiene todos los ingredientes necesarios para atraer la atención de los investigadores y fomentar la realización

de acciones concretas: una alta prevalencia, las consecuencias son importantes, numerosas y costosas, la falta de consenso sobre su definición, la mayoría de los estudios son epidemiológicos (cuantitativos), los estudios cualitativos son muy escasos, y falta de conocimiento sobre el sentido y el impacto que tiene para los ancianos. Por esto, el objetivo de este estudio fue comprender y conceptualizar el temor a caer, así como identificar el proceso de este temor a caer en la vida cotidiana de los ancianos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño: se utilizó el método cualitativo de la teoría fundamentada (27). Bajo este enfoque todas las etapas de la investigación se realizan iterativamente. Por tanto, desde las primeras entrevistas, los datos se van analizando y los resultados parciales van orientando el muestreo teórico hasta la saturación.

Recolección de datos: después de que el comité de ética de la Facultad de Letras y Ciencias Humanas de la Universidad de Sherbrooke aprobó el proyecto, la selección inicial de candidatos se realizó mediante la consulta de la base de datos del Programa de Investigación en Gerontología y Geriatría de la Universidad de Caldas. Los seleccionados fueron contactados por teléfono para explicarles el proyecto, solicitar su participación y obtener una cita. Los interesados fueron visitados en sus casas. Se incluyeron también ancianos institucionalizados y el proceso fue el mismo que para las personas que viven en el hogar. Se utilizó una entrevista no directiva, con preguntas abiertas. Dadas las características de la teoría fundamentada, el protocolo de entrevista fue evolucionando a medida que avanzaba el estudio, en función de los resultados de los análisis. Todas las entrevistas, con una duración promedio de una hora y media, fueron grabadas y transcritas para su análisis, el cual se realizó de manera anónima.

Análisis de datos y muestreo teórico: de manera concomitante al análisis, se utilizó un muestreo teórico por etapas (27). Se establecieron dos criterios de inclusión iniciales: tener 60 años o más y tener temor a caer. En la primera etapa de análisis —la etapa de codificación abierta— la muestra incluyó a 13 personas. El análisis detallado, línea por línea, contribuyó a generar categorías iniciales y a sugerir las relaciones entre ellas.

Codificación axial: se realizó un análisis en profundidad de cada categoría y se establecieron relaciones entre categorías. Se hizo énfasis en los elementos y eventos para identificar cambios significativos en el miedo de caer, por lo que se prestó especial atención a los ancianos que habían caído y a los institucionalizados, y se pasó a un muestreo discriminado, agregando a 16 ancianos. Al avanzar en la exploración de las categorías y en el establecimiento de hipótesis integradas, el muestreo se hizo más preciso, con miras a validar elementos específicos de la teoría en construcción, mediante la adición de criterios de inclusión más específicos.

Muestreo selectivo: se buscó integrar y complementar el análisis mediante la selección de individuos para maximizar las oportunidades de someter a prueba las hipótesis de integración y completar el análisis de categorías. En esta etapa se incluyeron más hombres y ancianos sin temor a caer. A través del proceso de codificación selectiva, la teoría se refinó, se integraron las categorías y se organizaron en torno a dos conceptos centrales: la angustia y el proceso del temor a caer. El logro de la saturación teórica permitió finalizar el proceso de muestreo y de recolección de información.

Participantes en el estudio: 37 ancianos, 8 hombres y 29 mujeres de entre 62 y 96 años que viven en la región cafetera colombiana, en los municipios de Manizales, Riosucio y Pereira. 28 participantes admitieron tener temor a caer y 19 personas habían caído el año anterior. 30 personas viven en casa y 7 en institución. La mayoría de las personas entrevistadas (33) eran completamente

independientes en las actividades de la vida diaria. La mayoría de los participantes (32) realizaban actividad física o hacían ejercicio con regularidad. Además, 23 participantes pertenecían a grupos cuya finalidad principal es la socialización.

RESULTADOS

Basados en los objetivos del estudio, los resultados dan cuenta del sentido del temor a caer y del proceso del temor a caer en la vida cotidiana de los ancianos. Para cada uno de ellos se elaboró un modelo teórico fundamentado en los resultados, los cuales se presentan a continuación.

Sentido del temor a caer en los ancianos

La figura 1 ilustra el modelo teórico desarrollado para explicar el sentido del temor a caer en los ancianos. A continuación se desarrolla cada uno de los aspectos.

1. Definición del temor a caer: en general, asociar palabras claras y precisas a la definición del temor a caer no es fácil: *“Es como... no sé cómo decir”, “No encuentro las palabras...”*. En las entrevistas, los participantes expresaron dudas, silencios y tartamudeos en respuesta a las preguntas sobre la definición del temor a caer: *“Me parece que... es...” “Mmm... mmm... el miedo...”*. Para definirlo, algunas personas tienden a usar palabras como si fueran sinónimas, tales como miedo, ansiedad, temor, o frases como *“Caer, ¡qué horror!”*, *“¡horrible!”*. En este estudio, el objeto del miedo es desconocido. Los participantes no pueden precisar de qué o a qué le tienen miedo, *“Cómo podría decirlo...”*. Por otra parte, no le temen a la caída como tal: *“... no, no es la caída lo que me da miedo”*. Si el peligro aún no está, si no hay un objeto al cual temer, es posible que se trate de otro sentimiento, puesto que el miedo está siempre circunscrito, siempre se puede nombrar y reconocer.

Figura 1. Sentido del temor a caer en los ancianos.



La mayoría de los teóricos coinciden en que el miedo tiene un propósito específico y determinado: “*la gente tiene miedo (temor) de...*” (algo o alguien) (28). El miedo supone un cierto conocimiento de su causa, se puede definir puesto que su objeto no es extraño; al contrario, es conocido, la persona sabe a qué le tiene miedo, puede nombrarlo y precisarlo con detalle (29). El miedo conoce su causa y se sitúa en el espacio (externo) y en el tiempo (ahora). Sin embargo, según los participantes, la duración del miedo no está limitada por la desaparición de las amenazas: “*El miedo a caer está en todas partes*”. El miedo a caer va más hacia lo desconocido, a lo que se supone que puede ocurrir, a lo que viene después: “*Hmmm... Si uno pudiera saber de antemano lo que viene, lo que va a pasar...*”.

Además, la mayoría de las emociones, como el temor, se acompañan de manifestaciones físicas o fisiológicas como aumento de la frecuencia cardíaca, apnea o disnea, sudoración, respuesta de sobresalto, temblores o pérdida del habla (30).

Ninguno de los participantes reportó haber tenido estas manifestaciones. Al contrario, insistieron en que no las han experimentado: “*Como te dije, no es una opresión, uno no respira diferente, uno no se siente diferente, ¡no!*”.

Por lo tanto, el temor implica una respuesta fisiológica que es más o menos durable y provoca un movimiento del mundo hacia el individuo (30,31), puesto que lo que produce temor está afuera (28,32). Por el contrario, de acuerdo con los resultados el objeto de este temor es interno, es el ser el que está en peligro: “*Uno se cae y todo se acaba*”, “*Caer es morir*”. Así, el miedo a caer, tal como lo expresan los participantes, no tiene un objeto externo, no existe fuera del individuo, no es una emoción que se experimenta ante un objeto conocido en un momento determinado.

Este miedo sin ningún propósito específico, que no se puede nombrar, incita a recurrir a otro concepto, el de angustia (29). La angustia refleja una preocupación similar al miedo, en la cual el

peligro es indeterminado, *“tengo miedo a caer; pero no es la caída la que me da miedo”*. Como el objeto de la angustia no está definido, solo se puede hablar de él de forma vaga, imprecisa, lo cual se corresponde con los resultados de este estudio.

Cabe señalar que el objeto del miedo (lo que se teme) se encuentra en el mundo de manera determinada. No ocurre lo mismo con la angustia, en la cual el objeto angustiante no está allá afuera, es totalmente desconocido: *“... es que uno no sabe...”*. Además, la palabra angustia fue utilizada por los ancianos para definir el temor a caer. *“Es como una angustia...”*, *“Para mí es una angustia”*. La tabla 1 ilustra la diferencia entre el temor y la angustia.

2. Temor a caer y angustia: la angustia sería una inquietud que, en algunos aspectos, es similar al temor, pero en la cual el peligro sigue siendo incierto e indeterminado, y eso es lo que se encontró en este estudio, pues los ancianos tuvieron dificultades para definir el temor a caer, tanto los que habían caído como los que no. *“El verdadero objeto de la angustia no está en el exterior [...], se encuentra internalizado”* (28). Como lo expresa Mauriac (33), la *“angustia no viene de afuera”*. Los resultados muestran que lo que atemoriza a los ancianos no es el evento externo, no es la caída, sino más bien un temor que va hacia la persona misma en tanto que individuo, es decir, el temor a quedar discapacitado, a desaparecer, a volverse dependiente.

Tabla 1. Diferencias entre temor y angustia.

TEMOR	ANGUSTIA
Emoción	Sentimiento
Objeto determinado	Objeto indeterminado
Externo	Fluctuaciones entre interno y externo
Causa evidente	Sin causa objetiva evidente
Amenaza precisa	Amenaza oscura y vaga
Duración limitada: se vive al instante	Duración ilimitada: se vive en el tiempo
Con relación al presente	Con relación al futuro
Implica la noción de sorpresa	Implica la noción de incertidumbre
Implica la noción de lo conocido	Implica la noción de lo desconocido

La persona que experimenta la angustia siente el efecto de lo temible y amenazante, sin ningún objeto peligroso o amenazante (34). Además, está totalmente indefensa ante la ausencia de un objeto con el que podría modificar la situación; por ejemplo, un animal del que tiene que escapar, o el medio ambiente opresivo, como la niebla o la oscuridad. En la angustia, es con relación a sí mismo que el individuo se siente angustiado: *“Tengo miedo de hacerme daño”* *“... ¡es morir!”*.

A la persona angustiada, con miedo a caer, le dicen, para asegurarle que esto no es nada: *“Ellos [la familia] me dicen: no es nada”*. Según Baas (34), ahí radica precisamente la angustia, en que no es nada. La angustia nos revela a nosotros mismos que somos nada, revela nuestra *“nulidad”* (34). Los participantes lo expresan así: *“No quiero volverme una nulidad”*, *“Ya no seré yo mismo... no ser más”*.

Otro aspecto importante es que los resultados de este estudio revelan un sentimiento de posibles daños en el futuro, un estado de inquietud que no siente frente a un peligro actual, sino ante un peligro que solo se ve como posible. “[...] *Que algo va a pasar...*”. La angustia, aunque se siente en el presente, se proyecta a un evento futuro que se prevé como posible (28). Para Eck (35), “la amenaza que provoca la angustia se encuentra en el futuro”.

Además, “Fatalidad, incertidumbre e impotencia son también, de diversas maneras, componentes de la angustia” (35). La fatalidad es evidente en los discursos de los participantes: “*una caída es fatal*”. También la incertidumbre: “... *si pudiéramos saber de antemano...*”. Los participantes también hablaron de impotencia: “*Es... como un sensación de impotencia...*”. Para Bauman (36) la sensación de impotencia, la repercusión más temible del miedo, reside en el espacio que se extiende entre las amenazas de las que emanan esos miedos y nuestras respuestas.

En síntesis, la ansiedad es difusa, sin objeto específico, sin causa objetiva evidente, en la cual la amenaza es oscura, vaga y no inmediata. Además, se acompaña de sentimientos de impotencia en el presente y de incertidumbre hacia el futuro. Si volvemos al temor a caer tal como lo expresan los participantes, se puede concluir que el temor a caer es un sentimiento que está cerca de una inquietud más existencial. Es el temor a desaparecer, el temor a desintegrarse: “*No es cuestión de caer sino de desbaratarse, de deshacerse*”, “*Una caída es el principio del fin*”.

Es la totalidad del ser la que se encuentra amenazada. Como lo ha señalado Ricoeur (37) “[...] al nivel más bajo, al nivel vital, la angustia concierne a la vida y la muerte”. Ella detecta la proximidad de la muerte que se presenta como una relación que flota entre el exterior y el interior. “La amenaza viene de afuera, pero la impotencia es interna. Hay una dialéctica de la impotencia

endógena y la amenaza exógena” (37). La voluntad de vivir no se piensa, incluso no se constituye en una realidad sino bajo la amenaza de muerte, es decir, en y por la angustia: “*Caer es morir y ¡no quiero morir!*”. Se necesita una situación catastrófica (una caída), para que de pronto, bajo la amenaza de la indeterminación absoluta, es decir, la muerte, la vida se constituya como el todo que se ve amenazado. Así, es la primera vez que uno se ve como una totalidad, además como totalidad amenazada: “*Una caída es fatal...*”, “*Una caída... y luego... ¡la muerte!*”.

Según Baas (34), la persona se da cuenta de que el único horizonte seguro es la muerte, la muerte como posibilidad de su propia imposibilidad: “*Es que... sí... lo único que queda es ¡morir!*”, “*Uno se cae y jamás vuelve a levantarse*”. La perspectiva de la muerte rompe las representaciones posibles del pasado y del futuro (29). La persona tiene ante sí un futuro que ya no existe o un futuro que es más aterrador que la propia caída. En la angustia de la muerte, el presente, privado del futuro, se vuelve intolerable, atroz: “*¡Qué horror!*”. Así, ese presente se vive de manera diferente, en el recuerdo de los que se han ido: “*murió a consecuencia de una caída*”, y no en el proyecto de un futuro posible. En otras palabras, el futuro es la posibilidad de “no-ser”, una muerte simbólica, puesto que la caída puede significar la dependencia o la pérdida de la autonomía. Si el futuro que se vislumbra se limita a la desaparición del individuo, entonces este futuro no tiene sentido y empieza a dejar de existir. Esta incertidumbre o ausencia de futuro es demasiado fuerte para el individuo, no puede soportarla porque amenaza el yo, trae la pérdida de la identidad y la desaparición. En palabras de Heidegger (38), es la angustia de la nada.

Así, la angustia afecta la forma de ser, puesto que socava la relación con el tiempo. Cuando el futuro se vuelve impensable, “*¡No podemos siquiera imaginarlo!*”, es necesario a toda costa que el individuo encuentre una representación de un futuro posible y que enfrente su angustia (29).

3. El temor a caer como temor secundario: según Bauman (36) es imposible mantener el equilibrio interno afrontando una angustia indefinida e indefinible, es necesario transformarla y fragmentarla en temores específicos de algo o de alguien. Los participantes de este estudio temen volverse dependientes físicamente, o convertirse en una carga para sus familias y temen perder su autonomía¹. Así el miedo a desaparecer, el miedo a desintegrarse y el miedo a la muerte, se transforman en temores secundarios o derivados. Se transforma la angustia en miedo de algo o alguien. Una vez transformada en temor, asume un carácter objetivo, inmediato y tangible que impulsa a tomar medidas defensivas o de protección (36), reduciendo la incertidumbre y la angustia: “*Tomo precauciones*”, “*Me preparo para bañarme... me preparo para todo*”. Así, la ansiedad se transforma en miedo y se convierte en un temor secundario, un miedo reciclado social y culturalmente o un temor derivado que organiza la conducta del individuo después de haber reformado su percepción del mundo y las expectativas que guían su comportamiento, en presencia o en ausencia de una amenaza (36), “*Tengo miedo de caer, pero no es la caída la que me asusta*”. Como dice Delpierre (32: 15), “*Detrás del miedo hay una angustia que acecha*”.

Como se había mencionado, los ancianos temen menos la caída que sus consecuencias: es el temor de sufrir lesiones corporales (fracturas o lesiones), el temor de la discapacidad y la dependencia, y el temor de la pérdida de autonomía. Estos temores son comparables a los peligros y, por lo tanto, a los temores derivados, definidos por Bauman (36) en tres clases. En primer lugar, los que amenazan el cuerpo: “*... temo hacerme daño*”, “*... de fracturarme*”; en segundo lugar, los que amenazan la seguridad o la supervivencia, es decir, el temor a la discapacidad o la invalidez, “*no tengo miedo a caer, sino de quedar incapacitado e incapaz*

de cuidarme a mí misma”; por último, los que amenazan el lugar de la persona en el mundo o el temor a perder la autonomía: “*No quiero volverme una nulidad*”.

4. Aspectos relacionados con el temor a caer: se identificaron cinco aspectos relacionados con el temor a caer.

- a. Edad y envejecimiento: para los participantes el temor a caer forma parte del proceso de envejecimiento. “*¡Sí! El miedo viene con la edad!*”; “*A medida que vamos envejeciendo nos vamos volviendo miedosos*”.
- b. Caídas: no es sorprendente que para las personas que han caído, el miedo a caer sea resultado directo de las caídas. “*Claro, le tengo miedo a caer porque ya me he caído*”. El miedo a caer también está influenciado por los comentarios y vivencias de otros sobre las circunstancias de su caída y las complicaciones asociadas, especialmente entre los que no han caído. “*Uno tiene espejos*”, “*Yo viví el caso de mi madre*”, “*Me tocó ver una vecina que se cayó, se fracturo y quedó reducida a la cama*”.
- c. Pérdida del equilibrio: de manera específica, las alteraciones o la falta de equilibrio afectan el temor a caer: “*Tengo miedo porque no tengo equilibrio*”.
- d. Pérdida de confianza: este factor adopta diversas formas. La pérdida de confianza es considerada una causa del temor a caer: “*Uno tiene miedo a caer porque no tiene confianza*”. También es considerada una consecuencia: “*La pérdida de confianza viene con las caídas*”. Un tercer grupo de participantes no le asigna ningún papel a la pérdida de confianza en el miedo a caer. Para un cuarto grupo, la pérdida de confianza se atribuye a la edad: “*A mi edad...*”. Además, parece existir cierta confusión entre el concepto de confianza y el de impotencia: “*Es una sensación de no poder*”. Cuando se profundiza la noción de

¹ La autonomía es la capacidad de decidir, de poner en marcha sus decisiones y de satisfacer sus necesidades particulares sin depender de otros. La autonomía da cuenta, también, de las habilidades de una persona para determinar sus preferencias, hacer sus elecciones y actuar en consecuencia (39).

confianza, el concepto se torna vago y ambiguo para los participantes y la pérdida de confianza no significa necesariamente temor a caer.

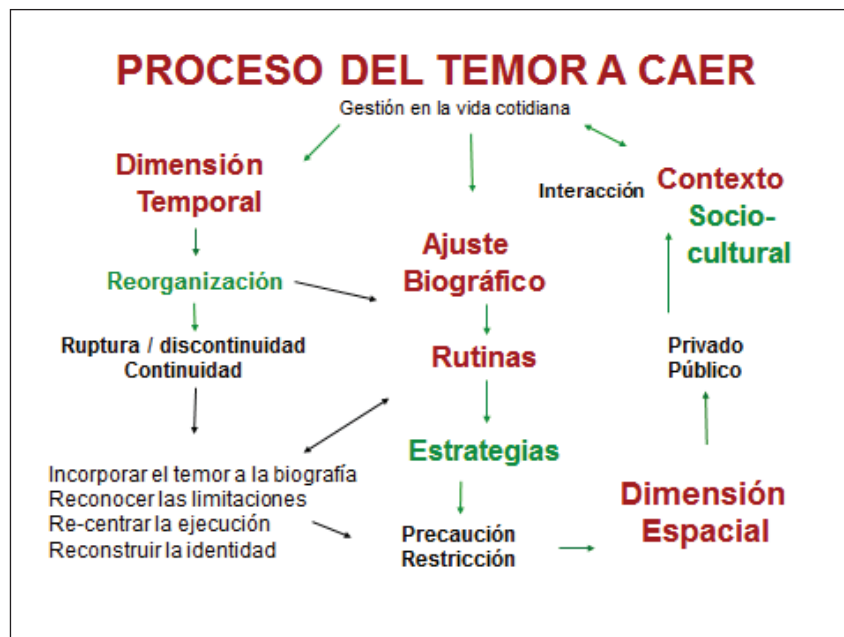
- e. Presencia de enfermedades: un pequeño número ancianos cree que la enfermedad es responsable del temor a caer: “*Tienen miedo de caer porque están enfermos*”. Sin embargo, según los resultados, el temor a caer no es una

enfermedad, sino una condición que se ve como normal a medida que se envejece.

El temor a caer en la vida cotidiana de los ancianos

La figura 2 ilustra el modelo teórico desarrollado para explicar el proceso del temor a caer en la vida cotidiana de los ancianos. Posteriormente, se desarrolla cada uno de los aspectos.

Figura 2. El temor a caer en la vida cotidiana de los ancianos.



1. Dimensión temporal: los resultados indican que el temor a caer “*cambia la vida*”. Este proceso de cambio implica una dimensión temporal en la cual el pasado, el presente y el futuro se ven bajo una nueva luz después de un cambio profundo en la vida cotidiana del anciano. En primer lugar, hay un antes, un período en el que los ancianos no piensan en las caídas, y hay un ahora, en el cual el temor a caer existe: “*¿Antes? No, nunca. Ahora es que tengo miedo a caer*”. Este temor a caer produce cambios profundos en la manera como

los ancianos manejan su vida cotidiana: “*¡Cambié mi vida!*”.

Por último, existe incertidumbre sobre el futuro que impulsa al control del presente y a la elección de una nueva forma de vida, a través de una reorganización de la vida cotidiana: “*Ahora me cuido*”, “*Yo pienso en el futuro y me digo: no puedo caerme*”. Así, el presente debe estructurar y guiar el futuro y modificar la relación con el mundo y consigo mismo. Es simplemente en su

calidad de angustia que el temor a caer se integra a la vida cotidiana de los ancianos y, en general, se acompaña o hace emerger los cambios: *“Uno hace las cosas de otro modo, diferente”*; pero estos cambios se dan de manera gradual, tanto que pueden pasar desapercibidos: *“Yo no me había dado cuenta, solo ahora que Ud. me pregunta”*.

El miedo a caer tiene otro elemento temporal, la duración. Según los participantes, el miedo dura lo que dure la vida de la persona: *“Cuando el miedo llega es para quedarse”*, *“Nunca desaparece”*. En este sentido, el miedo a caer no es un paréntesis o una situación temporal, tanto en la vida de la persona que lo sufre como en la de su familia. Además, según los resultados, el miedo a caer tiene un comienzo insidioso: *“No es algo que aparezca de la noche a la mañana”*. Su aparición es abrupta solo después de una caída: *“Me volví miedosa después de una caída”*; pero en cualquiera de las dos situaciones, su presencia modifica la vida de los ancianos.

Dado que los participantes atribuyen el miedo a caer al proceso normal de envejecimiento, *“¡Más edad, más miedo!”*, es difícil distinguir entre los cambios que surgen del miedo a la caída y los atribuidos al envejecimiento. A medida que envejecen, la mayoría de los participantes modifican su vida diaria, incluyendo los ancianos que no tienen temor a caer y los que no han caído. Esto significa que, a pesar de la diferenciación entre el antes (sin miedo a caer) y el ahora (con miedo a caer), cuando se habla de cambios en la vida cotidiana, los participantes no son capaces de determinar qué cambios se atribuyen al miedo de caer y cuáles al proceso de envejecimiento: *“Hmmm... no sé, tal vez también porque uno envejece...”*. Es necesario precisar que para los que han caído, los cambios son claros y precisos, y como se dijo, en general son abruptos: *“¡Sí! Fue después de la caída”*. Para los otros, los cambios no pueden atribuirse únicamente al miedo a caer, porque hay otros factores que pueden ser la causa de los cambios en su vida cotidiana, como la

presencia de enfermedades crónicas y el proceso normal de envejecimiento. En general, estos cambios son dinámicos y se incorporan a medida que pasa el tiempo de vida de los ancianos. *“En todo caso, no de la noche a la mañana, eso es poco a poco”*.

Como el manejo del miedo a caer es un proceso que no se fija en el tiempo, fluctúa debido a que en la angustia siempre hay incertidumbre, este proceso de cambio es a largo plazo y exige una reorganización de la vida cotidiana que se refleja en continuidades, discontinuidades y rupturas. Por la continuidad ciertas conductas siguen siendo las mismas; por la discontinuidad, hay comportamientos que a veces cambian y a veces no; y por la ruptura, los ancianos evitan situaciones o comportamientos y disminuyen o restringen sus actividades.

Estas formas de gestión o manejo de la vida cotidiana son complejas y combinan varias formas de hacer las cosas en diferentes momentos, lo que permite mantener la independencia y la autonomía de los ancianos. En ese sentido, una persona puede incorporar los cambios a su vida y convertirlos en rutinas. Algunos participantes hablan de rituales personales y de hábitos en el manejo del miedo. En gran medida son gestos precisos y específicos; por ejemplo, organizar las cosas antes de tomar un baño, tomarse su tiempo, no cambiar la posición de los objetos en la casa, entre otros. Los participantes actúan de manera rutinaria ante los eventos. Repiten sin cesar los mismos gestos, sin grandes modificaciones, siempre de la misma manera. Para otras personas o en otras situaciones, estos procesos pueden ser temporales cuando son producidos por determinadas circunstancias o condiciones específicas; por ejemplo, *“Cuando estoy donde mi hija, no subo las escaleras, pero donde mi hijo no tengo miedo de subirlas”*. También es posible que algunos procesos sean parciales, porque la tarea o la actividad se modifica en parte, pero no totalmente: *“Depende, puedo bañarme sin miedo, sin embargo, me da miedo de salir de la ducha...”*.

En general, entre los participantes el miedo a caer puede ser dominado por lo que Morin (40) señala como la familiarización por simple rutinización. Giddens (41) afirma que todos los individuos elaboran un marco de seguridad ontológica que se basa en rutinas de diversas formas. Los gestos cotidianos contribuyen a satisfacer la necesidad de seguridad ontológica. Las personas manejan los miedos utilizando fórmulas o rutinas que se convierten en parte de su comportamiento y de su pensamiento cotidianos.

2. Ajuste biográfico: según los resultados, tener miedo a caer o vivir con temor a caer no es simplemente dar una respuesta ante un evento amenazante. Como ya se dijo, el temor a caer tiene tres características. En primer lugar, es un proceso que se vive en el tiempo, lo que implica una cierta continuidad; en segundo lugar, el miedo de caer es un proceso de larga duración; y finalmente, conduce a un proceso de cambio. Estas tres características le dan al temor a caer un carácter eminentemente biográfico: para enfrentar este temor, los ancianos deben hacer ajustes. El ajuste biográfico es el proceso mediante el cual los pacientes y sus familias toman medidas para mantener o recuperar un cierto grado de control sobre sus vidas que se han tornado discontinuas a causa de la enfermedad (42). Por tanto, de acuerdo con los resultados y parafraseando a Corbin y Strauss, se puede decir que la gestión del miedo a caer en la vida cotidiana de los ancianos suscita ajustes biográficos. Estos ajustes les permiten integrar en sus vidas tanto el temor a caer como los cambios que trae consigo, y les da la posibilidad de dar forma y sentido a su biografía en respuesta a este temor, a la angustia y a todas las contingencias que le están asociadas.

Analíticamente, el ajuste biográfico en el miedo a caer se puede dividir en cuatro grandes procesos que ocurren simultáneamente y se alimentan entre sí (42): incorporar el miedo a caer a la biografía, reconocer las propias limitaciones, reorientar sus actividades y reconstruir su identidad. Los cuatro procesos tienen lugar a través de una

validación continua de cada actuación exitosa. Según Corbin y Strauss (42), una biografía consta de tres componentes: la concepción de sí mismo, el tiempo biográfico y el cuerpo. La concepción de sí mismo se refiere a la identidad individual, a una clasificación individual de lo que soy en este momento de mi vida. Se forma de la integración de una gran variedad de aspectos del yo (43)². Para cada aspecto de sí mismo, el anciano debe realizar diferentes tareas relacionadas con el manejo de su biografía. El conjunto de estas tareas se ajusta en el tiempo biográfico³, puesto que las tareas o actividades hacen parte del pasado, del presente y del futuro de la persona: *“Ahora tengo que hacerlo diferente, no puedo hacerlo como antes”*.

Como se dijo, la angustia implica la sensación de desintegrarse, de deshacerse. El grado de afección de la identidad depende del número y de la importancia de los aspectos del yo que el individuo teme perder (la independencia o autonomía), de la posibilidad de recuperarlos, de la capacidad de descubrir nuevos modos de acción, *“yo camino más lentamente”*, de la capacidad de trascender el cuerpo, *“me preparo para bañarme, no me preparo para caerme”*, y de la capacidad para superar las pérdidas y construir una nueva concepción de sí mismo y de sus propias limitaciones: *“Uno no es el mismo”*. La identidad tiene por objeto construir una continuidad del sujeto. El relato que construye el individuo mismo consiste, así, en una serie de adaptaciones continuas de sus experiencias del pasado en función de su presente y de su futuro.

3. Rutinas: el temor a caer se maneja en la vida cotidiana mediante un proceso de rutinización, esto

² Para Mead (43), es en el marco de las interacciones sociales donde emerge el individuo y toma consciencia de sí mismo. La identidad (el yo) corresponde al conjunto de imágenes que los otros nos envían de nosotros mismos y que interiorizamos. El yo constituye un proceso de definición personal en la reciprocidad de la interacción.

³ El tiempo biográfico incluye experiencias derivadas a lo largo de la vida y todos los recuerdos asociados y las emociones que uno lleva dentro de sí mismo. Hay un sentido de continuidad biográfica de la vida, del pasado, del presente y del futuro; además, los acontecimientos recientes están anclados en un contexto que incluye el pasado y el futuro (44).

es, repetir sin cesar los mismos gestos, siempre de la misma manera. Generalmente son acciones, gestos, tareas, rituales o actividades precisas y determinadas, que se hacen siempre de la misma (o casi la misma) manera, siguiendo los mismos pasos, sin grandes cambios. La vida cotidiana de los ancianos está compuesta de prácticas repetitivas, por ejemplo, organizar las cosas antes de bañarse, escoger los zapatos, tomarse su tiempo, no cambiar el lugar de los objetos en la casa. Estas rutinas se fundamentan en el pasado, ofrecen seguridades y posibilidades de acción en el presente y se dirigen a planificaciones y orientaciones en el futuro, y por ello actúan sobre la incertidumbre de la angustia y permiten eliminar la inseguridad ontológica (41). Al reducir la incertidumbre, también permiten la continuidad, evitan las rupturas, posibilitan el mantenimiento de la biografía y de la identidad y ayudan a organizar el tiempo, el espacio y las relaciones interpersonales, de manera que no haya caos; así, simplifican la complejidad del mundo, lo hacen familiar. En palabras de Morin (40), “permiten domesticar los miedos”.

4. Estrategias: los resultados también muestran que en la gestión del miedo a caer los participantes utilizan dos estrategias: una de cuidado que lleva a la prudencia y otra para evitar actividades que puedan entrañar peligros (reales o potenciales). Cuando se tiene miedo a caer y se es anciano, el individuo comienza a tener más cuidado con su propio cuerpo, con sus actividades, comportamientos y con los lugares que frecuenta. En otras palabras, el anciano que tiene miedo a caer se preocupa de sí mismo y de su entorno, puesto que transfiere su incertidumbre y su sensación de impotencia a sus actuaciones, hace sus rutinas y se toma su tiempo para elegir las actividades, los lugares y los horarios para ellas. Aún si las rutinas le toman más tiempo y son más difíciles de llevar a cabo, porque son las que contribuyen a preservar la autonomía y el sentido de control sobre su vida. Una vez que se dominan las habilidades en situaciones recurrentes, las personas actúan sin prestar mucha atención a la propia actividad.

5. Dimensión espacial: los participantes controlan su medio ambiente privado, lo modelan y lo influyen. Sin embargo, perciben el ámbito público⁴ como peligroso, inseguro e incontrolable. En consecuencia, la mayoría evita los lugares públicos: salen poco, y cuando lo hacen, es casi siempre acompañados de alguien: “*Porque la calle me da miedo*”. Según los resultados de este estudio, son las mujeres quienes muestran mayor temor a salir de la casa, de caer o de ser atropelladas en la calle.

Estos resultados llevan a afirmar que hay un “adentro” habitual (privado) que no asusta y un “afuera” desconocido y hostil (público). “*No, en mi casa no tengo miedo, para nada*”. De hecho, el espacio privado y el espacio público contribuyen a la construcción del miedo a caer y a la representación que el anciano tiene de sí mismo y de los lugares que frecuenta. Cuando la persona interactúa en un entorno que tiene una apariencia “agresiva” y que está en constante transformación (45), este ambiente impregna su temor tanto en su construcción como en sus manifestaciones, especialmente cuando se trata del espacio público o de la calle.

El miedo de caer lleva a los ancianos a quedarse en casa y a modificar su participación fuera del hogar. De hecho, la mayoría solo sale con otras personas: “*Nunca salgo sola*”. En síntesis, se puede decir que el ámbito individual y privado (el hogar, la casa) tiene una connotación de seguridad y control, mientras que el espacio público significa la inseguridad y lo incontrolable.

6. Contexto sociocultural: los resultados también muestran que los cambios en la vida cotidiana de las personas de edad avanzada con miedo a caer

⁴ Contrariamente al espacio privado, el espacio público representa en las sociedades humanas, en particular urbanas, el conjunto de espacios de paso y de encuentro, de uso de todos, que no pertenece a nadie. Un lugar anónimo, colectivo, común y compartido. El espacio privado representa también un espacio físico, pero puede ser modificado de manera personal. Representa lo que le pertenece al individuo y de lo que la persona se puede apropiarse (45).

no son solo individuales, también se construyen socialmente. Los cambios biográficos implican al mismo tiempo cambios en las relaciones sociales (47). Es a través de interacciones⁵ prolongadas como tienen lugar en diferentes esferas de la vida social y cotidiana, que todos los actores que están involucrados en estas interacciones darán forma a la realidad del miedo de caer. Por tanto, la gestión del miedo a caer se sitúa siempre en un contexto sociocultural.

El miedo a caer es una experiencia que se construye en la interacción entre los ancianos, sus familias y su grupo social. Por tanto, no es un sentimiento particular de los ancianos, ya que lo comparten con otros miembros de la sociedad. Tanto las familias como los ancianos consideran que una caída es sinónimo de fracturas, discapacidad y dependencia, es decir, los temores secundarios de los que ya se había hablado.

Queda demostrado que tener miedo a caer es una condición a largo plazo que lleva a los ancianos a hacer ajustes o cambios en su vida cotidiana. Debido a que estos ancianos pertenecen a la sociedad y viven con otros miembros de la familia, los cambios no solo los afectan a ellos, sino que también impactan a la colectividad (49). De hecho, estos cambios deben ser armonizados a través de interacciones con los demás, lo que implica continuidades, discontinuidades y rupturas. Los hábitos y las rutinas cotidianas se construyen, se desarrollan, se incorporan, se transforman y todo ello en interacción con otros. Además, las estrategias de prevención se construyen en y con la familia.

El miedo a caer no es necesariamente un factor de aislamiento social o de restricción de la participación, porque incluso si una persona se abstiene de salir sola de su casa, sus estrategias para la gestión de este temor son seleccionadas y

aplicadas en constante interacción con su familia. Por tanto, se trata de un proceso de adaptación mutuo, porque la manera de reorganizar la vida se hace en función de las relaciones que se establecen entre los ancianos y sus familias, y esas relaciones se inscriben en una lógica de precaución y protección.

DISCUSIÓN

Se presentaron dos nuevos modelos teóricos fundamentados en los datos, que dan cuenta del sentido del temor a caer y del proceso de gestión de ese temor en la vida cotidiana en los ancianos. Estos modelos difieren de los propuestos en estudios anteriores, incluyendo los modelos derivados de los estudios cualitativos que son descriptivos y no ofrecen una definición precisa del miedo a caer. Las diferencias con los resultados de este estudio son indiscutibles. Llegamos a interpretar el significado del miedo de caer para identificar el proceso subyacente. A la luz de estas consideraciones, y en nuestro conocimiento, los modelos desarrollados como resultado de este estudio son particularmente innovadores y útiles para comprender el temor a caer en los ancianos.

A diferencia de este estudio, la investigación de Ward-Griffin et al. (24) habla de la tensión dinámica entre dos fuerzas opuestas: ser cautelosos y seguir luchando por la independencia. Es un estudio fenomenológico que explora la percepción de nueve mujeres acerca de su seguridad, su miedo a caer, el nivel de independencia y la calidad de vida. Para ellos, en cada una de las dos fuerzas (miedo vs. confianza) se aplican estrategias específicas. A diferencia de ellos, es este estudio más que una descripción se han desarrollado dos modelos teóricos. Además, se encontró la confianza como un aspecto secundario, vinculado con el miedo a caer y no como un concepto central, y se identificaron dos estrategias generales a diferencia de Ward-Griffin et al. (24), quienes describen cinco estrategias específicas para cada fuerza y no se detienen en el proceso del temor a caer.

⁵ La interacción es la acción recíproca entre individuos que adaptan su comportamiento en función de unos con otros en una situación dada (48).

El segundo modelo existente producto de un estudio cualitativo, llamado proceso dinámico de gestión de miedo a caer (24), explora el marco teórico que inspira el temor a caer entre los ancianos que viven en la comunidad en Taiwán. Huang (25) informa cuatro estrategias para la gestión de miedo a caer entre los ancianos. Dependiendo de las circunstancias, estas estrategias llevan a los ancianos a vivir con el temor a caer o a sufrir con él. Para este investigador, las consecuencias derivadas del uso de estas estrategias están influenciadas por el nivel de satisfacción con ellas y el apoyo prestado por la familia. Las diferencias con los resultados de este estudio son indiscutibles. Por ejemplo, Huang (25) concluye que para los participantes el miedo a caer es parte del envejecimiento normal.

En este estudio se encontró un resultado similar, aunque para Huang (25) es una concepción errónea que causa problemas sociales debido al hecho de que los ancianos limitan sus actividades en función de este miedo, mientras que en este estudio el temor a caer ha sido conceptualizado como una angustia que implica un proceso de cambios y ajuste en la biografía de los ancianos y sus familias.

Además, se encontró que no es la caída lo que temen los participantes. Estos resultados son comparables a otros estudios (23,24,26,50) que encontraron que las consecuencias más temidas por los ancianos son volverse dependientes, sufrir lesiones o daños corporales y la institucionalización. Para Yardley y Smith (51), el temor más común entre las personas mayores es el miedo a sufrir lesiones. Los temores específicos varían poco y a menudo incluyen el miedo a caer de nuevo, miedo a ser heridos o a quedar inmovilizados, miedo a ser incapaces de levantarse después de caer, miedo de perder su independencia y a tener que dejar su hogar (23,50,52). Estos resultados no son sorprendentes si se considera que en la literatura científica, así como en la sociedad, el discurso sobre el miedo a caer considera que las caídas y los riesgos de caída est  n muy estrechamente relacionados

con la pérdida de independencia y autonomía (24,52). De manera específica, Ward-Griffin et al. (23) identifican la independencia como un valor central en los ancianos. Ligada a esta noción de dependencia, en este estudio se identificó la percepción de volverse una carga para otros, un concepto que ha sido abordado solamente en un estudio realizado en Hong Kong (50).

Los resultados y los de otros estudios (53) también muestran que el miedo a caer no es completamente individual. Además, en una dinámica familiar la atención y el cuidado de los ancianos son asunto de todos, de suerte que no es sorprendente encontrar que el miedo a caer no es un sentimiento particular de los ancianos. Nuestros resultados indican que el miedo es compartido también por otros miembros de la sociedad. Liddle y Guilleard (54), estudiando las consecuencias emocionales de caídas en ancianos y sus familias, muestran que los cuidadores también tienen miedo de que los ancianos se caigan.

Según los resultados, el miedo a caer se refiere a la posibilidad de un acontecimiento futuro. En este sentido, se diferencia de la confianza en la capacidad para mantener el equilibrio o la confianza en la capacidad para evitar las caídas, que se refieren a percepciones relacionadas con las capacidades actuales del individuo. Por tanto, la definición de la pérdida de confianza en el equilibrio que utilizan los investigadores no explica el significado que los participantes dan a la palabra "confianza". Se encontró que entre los participantes el temor a caer no es temor, no se refiere a creencias ni a habilidades ni a capacidades, sino a un sentimiento más profundo y más ontológico: el temor a desaparecer, el temor a la muerte.

No hay que olvidar que casi todos los estudios sobre el miedo a caer se han hecho con un enfoque epidemiológico y una persona sana se describe como alguien que es activo e integrado en su grupo social (55). Por tanto, no es sorprendente que la restricción de la actividad relacionada con el temor

a caer haya sido considerada la consecuencia negativa más importante. Nuestros resultados confirman los hallazgos de otras investigaciones que han reportado diferencias de género en relación con la restricción de actividad a causa del temor a caer (56). De hecho, en este estudio no se encontraron hombres que limitaran sus actividades debido al temor o a caer, aunque sí adoptaron precauciones e hicieron cambios en sus vidas. Sin embargo, son las mujeres que tienen ciertas condiciones médicas, tales como alteraciones en la marcha y el equilibrio, quienes restringieron sus actividades. Este resultado sugiere que la restricción de actividades relacionada con el miedo de caer se asocia, en primera instancia, con condiciones biomédicas y psicológicas (11).

Los estudios cuantitativos han demostrado que la reducción de actividades debida al temor a caer conduce a un círculo vicioso: temor a caer, caída, aumento de la fragilidad, aislamiento social, disminución de la calidad de vida y mayor temor a caer (57). Sin embargo, en este estudio, aunque los ancianos tienen miedo de salir de sus casas, este temor no implica el aislamiento social, por lo que el círculo vicioso no siempre es evidente en los participantes.

Como se ha explicado, la mayoría de los participantes tienen miedo de salir de casa, pero esto no implica una reducción de sus contactos sociales ("*Siempre está el teléfono*"), lo cual se diferencia de los resultados de otro estudio cuantitativo (58), en el que se estableció que el miedo a caer puede comprometer la interacción social y predecir la limitación en la participación social. Para varios autores (57), el apoyo social puede servir como un amortiguador que ayuda a proteger de los efectos negativos del temor a caer y puede hacer toda la diferencia en la decisión de institucionalizar o no a un anciano. Además, en otros estudios no se encontró relación significativa entre el miedo a caer y el número o la presencia de convivientes (56).

CONCLUSIÓN

Esta investigación permitió volver a conceptualizar el miedo a caer. El miedo a caer es un sentimiento que modifica profundamente la relación del anciano consigo mismo y con su entorno. Así, el temor a caer en los ancianos es más que una emoción, el temor a caer es una angustia y su manejo implica cambios: ajustes biográficos y reorganización de la vida cotidiana. Cambios que se construyen a través de interacciones que se desarrollan en diferentes esferas de la vida social.

Los dos modelos teóricos desarrollados tienen la originalidad de no haber sido considerados en estudios anteriores sobre el temor a caer, puesto que los únicos modelos existentes que tienen en cuenta el punto de vista de los ancianos son mucho más descriptivos y no reflejan ni la conceptualización del temor a caer ni su proceso.

Casi toda la investigación sobre el tema se enmarca en un paradigma epidemiológico. Por tanto, la elección de un enfoque socio-constructivista representó un reto importante. El temor a caer es una experiencia subjetiva de las personas que lo experimentan, mientras que para la mayoría de los investigadores podría ser una enfermedad, síntoma o un síndrome, es decir, algo objetivo. En consecuencia, los contextos o marcos de referencia en que se basan los investigadores y los ancianos para hablar de temor a caer son profundamente divergentes. Los dos enfoques son complementarios y no sería apropiado considerar uno solo y pretender de esta manera tener acceso a una comprensión holística del temor a caer.

Esta divergencia de puntos de vista (subjetivo-objetivo) se puede subrayar con la ayuda de otra conclusión: como se dijo, los investigadores han estudiado el temor a caer desde un punto de vista epidemiológico, con el fin de determinar qué intervenciones son las más adecuadas y más eficaces para controlar el temor a caer y los factores de riesgo. Sin embargo, para los participantes el temor a caer es parte del proceso normal de

envejecimiento, y además, los ancianos hablan más de angustia que de miedo. Sería interesante realizar estudios cualitativos para determinar la percepción de los ancianos acerca de las intervenciones.

Otra fortaleza de este estudio es que para comprender el temor a caer y su gestión en la vida cotidiana de los ancianos, se ha tenido una mirada interdisciplinaria tomando los conocimientos de otras disciplinas: el miedo, en general, se ha estudiado desde una perspectiva psicológica y sociológica; la ansiedad ha sido abordada desde el psicoanálisis y la filosofía; la identidad y los ajustes biográficos han sido objeto de estudio de la sociología general y la sociología de la salud; y como ya se dijo, el temor a caer ha sido estudiado desde una perspectiva epidemiológica. En nuestro conocimiento esta es la primera vez que se lleva a cabo un estudio interdisciplinario que tenga en cuenta todas estas perspectivas en el estudio del temor a caer. Por tanto, nuestros resultados pueden llevar a la reflexión sobre las prácticas interdisciplinarias, puesto que el temor a caer no es de la competencia de un grupo específico de profesionales e investigadores, sino que implica un enfoque interdisciplinario.

Otro punto original de este estudio radica en los conceptos de angustia y ajuste biográfico, que tienen el gran mérito de tratar directamente con la experiencia que viven los ancianos que tienen temor a caer. La fuerza de una reflexión en estos términos es que da a los investigadores un marco para entender la complejidad del fenómeno y dirigir sus investigaciones a otras áreas diferentes de la confianza, la auto-eficacia o los problemas de equilibrio y de marcha.

Un último aspecto original es el concepto de rutinización. De hecho, el establecimiento y control en las rutinas diarias permite a los ancianos mantener la continuidad de su biografía y la estabilidad de su identidad. Este proceso de rutinización es

importante porque, en nuestro conocimiento, no ha sido considerado en los estudios previos sobre el temor a caer. Sería interesante profundizar en el proceso de rutinización como estrategia para controlar el temor a caer. Además, en el campo de las intervenciones individuales, podría ser beneficioso acompañar el ajuste biográfico de los procesos de rutinización de tareas y actividades, tanto en espacios privados como públicos.

En cuanto a las intervenciones, también es importante tener en cuenta a la familia en los programas destinados a gestionar el miedo de caer. No hay que repetir que las estrategias utilizadas para manejar este temor se deben construir de manera negociada y compartida con los miembros de la familia.

Se ha dicho que el temor a caer es considerado como parte del envejecimiento normal. En este sentido, surge una pregunta: si los ancianos están convencidos de que el miedo a caer es normal y viene con la edad, ¿estarían dispuestos a participar en programas que buscan eliminar este miedo? No hay que olvidar que el temor a caer puede ser considerado como una respuesta razonable ante un riesgo real, porque en estas circunstancias es una conducta que protege al anciano y lo lleva a evitar actividades con alto riesgo para caídas.

Se ha constatado que los ancianos perciben el medio ambiente público como peligroso, inseguro e incontrolable. Por lo tanto, otro factor relevante para ser profundizado es el temor a caer en el espacio público.

Aunque en las últimas décadas se han realizado numerosas investigaciones acerca del temor a caer que han aumentado y mejorado significativamente, para nuestro conocimiento sobre el tema aún queda un largo camino por recorrer.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Murphy J, Isaacs B. The post-fall syndrome. A study of 36 elderly patients. *Gerontology* 1982;28,265-70.
2. Buchner D, Hornbrook M, Kutner NG, Tinetti M, Ory M, Mulrow C, et al. Development of the common database for the FICSIT trials. *J Am Geriatr Soc* 1993;41(3),297-308.
3. Jorstad E, Hauer K, Becker C, Lamb S. Measuring of psychological outcomes of falling: A systematic review. *J Am Geriatr Soc* 2005;53(3),501-10.
4. Studensky S, Rigler S. Clinical overview of instability in older people. *Clin Geriatr Med* 1996;12(4),679-88.
5. Tinetti M, Richman D, Powel L. Falls efficacy as a measure of fear of falling. *J Gerontol* 1990;45B(6),P239-43.
6. Hadjistavropoulos T, Delbaere K, Fitzgerald TD. Reconceptualizing the Role of Fear of Falling and Balance Confidence in Fall Risk. *J Aging Health*, 2011;23(1),3-23.
7. Filiatrault J. Confiance en son équilibre et équilibre perçu chez les aînés: conceptualisation, mesure et impact d'un programme communautaire de prévention des chutes. Thèse présentée à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph.D.) en sante publique, option promotion de la sante. Montréal: Université de Montréal; 2008.
8. Friedman S, Munoz B, West S, Rubin G, Fried L. Falls and fear of falling: Which comes first? A longitudinal prediction model suggests strategies for primary and secondary prevention. *J Am Geriatr Soc* 2002;50(8),1329-35.
9. Scheffer AC, Schuurmans MJ, van Dijk N, van der Hooft T, de Rooij SE. Fear of falling: measurement strategy, prevalence, risk factors and consequences among older persons. *Age Ageing* 2008;37(1):19-24.
10. Gomez F, Curcio CL. The development of a fear of falling interdisciplinary intervention program. *ClinInterv Aging* 2007;2(4):661-7.
11. Curcio CL, Gómez F, Reyes-Ortiz C. Activity restriction related to fear of falling among older people in the Colombian Andes Mountains: Are functional or psychosocial risk factors more important? *J Aging Health* 2009;21(3),460-79.
12. Murphy S, Williams C, Gill T. Characteristics associated with fear of falling and activity restriction in community-living older persons *J Am Geriatr Soc* 2002;50(3),516-20.
13. Fletcher PC, Hirdes JP. Restriction in activity associated with fear of falling among community-based seniors using home care services. *Age Ageing* 2004;33(3),273-79.
14. Wilson MM, Miller DK, Andresen EM, MalmstromTK, Miller JP, Wolinsky FD. Fear of falling and related activity restriction among middle-aged African American. *J Gerontol* 2005;60A(3),355-60.
15. Curcio CL, Gómez JF. Factores predictores de temor a caer. *Rev Asoc Colomb Gerontol Geriatr* 2006;20(4):959-70.
16. Delbaere K, Crombez G, Vanderstraeten G, Willems T, Cambier D. Fear-related avoidance of activities, falls and physical frailty. A prospective community-based cohort study. *Age Ageing* 2004;33(4),368-73.
17. McAuley EM, MihalkoSL, Rosengren K. Self-efficacy and balance correlates of fear of falling in the elderly. *J Aging Phys Act* 1997;4/5,329-40.
18. Arfken CL, Lach H, Birge SJ, Miller JP. The prevalence and correlates of fear of falling in elderly persons living in the community. *Am J Public Health* 1994;84(4),565-70.
19. Suzuki M, Ohyama N, Yamada K, Kanamori M. The relationships between fear of falling, activities

- of daily living and quality of life among elderly individuals. *Nurs Health Scie* 2002;4(4),155-61.
20. Jamison M, Neuberger GB, Miller PA. Correlates of falls and fear of falling among adults with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheumatism* 2003;49(5),673-80.
 21. Lord S, Castell S. Physical activity program for older persons: Effects on balance, strength, neuromuscular control, and reaction time. *Arch Phys Med Rehab* 1994;75(6),648-52.
 22. Lach H. Incidence and risk factors for developing fear of falling in older adults. *Public Health Nursing* 2005;22(1),45-52.
 23. Tischler L, Hobson S. Fear of falling: A qualitative study among community-dwelling older adults. *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics* 2005;23(4),37-53.
 24. Ward-Griffin C, Hobson S, Melles P, Kloseck M, Vandervoort A, Crilly R. Falls and fear of falling among community-dwelling seniors: The dynamic tension between exercising precaution and striving for independence. *Canadian Journal on Aging* 2005;23(4),307-18.
 25. Huang T. Managing fear of falling: Taiwanese elders' perspective. *International Journal of Nursing Studies* 2005;42(7),743-50.
 26. Lee F, Mackenzie L, James C. Perception of older people living in community about their fear of falling. *Disability Rehabilitation* 2008;30(23),1803-11.
 27. Strauss A, Corbin J. Les fondements de la recherche qualitative. Techniques et procédures de développement de la théorie enracinée. Fribourg: AcademicPress Fribourg; 2004.
 28. Diel P. La peur et l'angoisse. Paris: Payot; 1968.
 29. Sauzet J. L'angoisse face à la mort. *  tudes* 2001;3(394),359-70.
 30. Mannoni P. La peur. Paris: Presses universitaires de France; 1982.
 31. Natanson J. La peur et l'angoisse, Imaginaire et Inconscient 2008;2(22),161-73.
 32. Delpierre G. La peur et l'être. Toulouse: Privat; 1974.
 33. Mauriac F. La victoire sur l'angoisse. In : Dans J. Ahrweiller, editors.   crits sur l'angoisse. Paris: Seghers; 1963. pp. 173-79.
 34. Baas B. L'angoisse et la dette. *Savoirs et clinique* 2003;2(3),27-34.
 35. Eck M. L'homme et l'angoisse. Paris: Librairie Arth  me Fayard; 1964.
 36. Bauman Z. Miedol  quido. Barcelona: Paidós; 2007.
 37. Ricœur P. Vraie et fausse angoisse. In: Dans, Schuman R, Calogero G, Eliade M, Mauriac F, Ricœur P, De Saussure R et al., editors. L'angoisse du temps présent et les devoirs de l'esprit. Textes de conférences et des entretiens Neufch  te:   ditions de la Baconnière; 1953. pp. 37-61.
 38. Heidegger M.   tre et Temps. Paris: Gallimard; 1964.
 39. Rocque S, Langevin J, Drouin C, Faille J. De l'autonomie à la réduction des dépendances. Montréal:   ditions Nouvelles; 1999.
 40. Morin E. Les anti-peurs. *Communications* 1993;57(1),131-39.
 41. Giddens A. Modernity and Self-identity. *Self and Society in the Late Modern Age*. Stanford: Stanford University Press; 1991.
 42. Corbin J, Strauss A. *Unending Work and Care: Managing Chronic Illness at Home*. San Francisco: Jossey-Bass; 1988.
 43. Mead GH. L'esprit, le soi et la société. Paris: Presses universitaires de France; 2006.
 44. Corbin JM. The body in health and illness. *Qualitative Health Research* 2003;13(2), 256-67.
 45. Boudon R, Mingasson L. Entre valeurs de l'espace priv   et valeurs communes. *Informations sociales* 2006;8(136):26-34.
 46. Gómez LF, Parra DC, Buchner D, Brownson RC, Sarmiento OL, Pinzón JD, et al. Built environment attributes and walking patterns among the elderly population in Bogotá. *Am J Prev*

- Med 2010;38(6),592-9.
47. Bury M. Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health & Illness* 1982;4(2),167-82.
 48. Dictionnaire de sociologie. Paris : Encyclopédie Universalis/Albin Michel; 2007.
 49. Strauss A. Identity, biography, history, and symbolic representations. *Social Psychology Quarterly* 1995;58(1),4-12.
 50. Kong K. Psychosocial consequences of falling: The perspective of the older Hong Kong Chinese who had experienced recent falls. *Journal Advanced Nurs* 2002;37(3),234-42.
 51. Yardley L, Smith H. A prospective study of the relationship between feared consequences of falling and avoidance of activity in community-living older people. *Gerontologist* 2002;42(1),17-23.
 52. Ballinger C, Payne S. The construction of the risk of falling among and by older people. *Ageing and Society* 2002;22(3),305-24.
 53. Kilian C, Salmoni A, Ward-Griffin C, Kloseck M. (). Perceiving falls within a family context: A focused ethnographic approach. *Canadian Journal Aging* 2008;27(4),331-45.
 54. Liddle J, Gilleard C. The emotional consequences of falls for older people and their families. *Clin Rehab* 1995; 9(2),110-4.
 55. World Health Organization. WHO global reports on falls prevention in old age. Geneva; 2007.
 56. Zijlstra G, van Haastregt J, van Eijk J, van Rossum E, Stalenhoef P, Kempen G. Prevalence and correlates of fear of falling, and associated avoidance of activity in the general population of community-living older people. *Age Ageing* 2007;36(3),304-9.
 57. Howland J, Lachman M, Peterson E, Cote J, Kasten L, Jette A. Covariates of fear of falling and associated activity curtailment. *Gerontologist* 1998; 38(5),549-55.
 58. Howland J, Walker E, Levin W, Fried L, Pordon D, Bak S. Fear of falling among the community-dwelling elderly. *J Aging Health* 1993;5(2),229-43.

SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD DE LA POBLACIÓN ADULTA CON LESIÓN MEDULAR DE LA CIUDAD DE MANIZALES

Claudia Patricia Henao Lema*
Julio Ernesto Pérez Parra**

Recibido en marzo 9 de 2011, aceptado en mayo 20 de 2011

Resumen

Objetivo: describir el grado de discapacidad y correlacionarla con características sociodemográficas, clínicas y de acceso, suficiencia y satisfacción con los servicios de rehabilitación, de adultos con lesión medular de Manizales (Colombia). **Materiales y métodos:** se realizó un estudio descriptivo correlacional con 45 personas mayores de 18 años con lesión medular de variada etiología, nivel neurológico y completitud, con más de seis meses de evolución, en instituciones de salud y rehabilitación de Manizales (Colombia), durante el segundo semestre del 2009 y el primero del 2010. Se utilizó el WHO-DAS II y la Escala de Deficiencia ASIA. **Resultados:** todos los participantes presentaron algún grado de discapacidad. Se encontraron relaciones significativas entre la discapacidad general con tipo de afiliación al sistema de salud, situación ocupacional, nivel neurológico, zona de preservación parcial, índices motor y sensitivo ASIA, tiempo de evolución de la lesión y cantidad de complicaciones. Entre estas se obtuvieron: asociación significativa con infecciones urinarias, dolor articular, disreflexia autonómica y problemas intestinales. En cuanto a la utilización de servicios de rehabilitación no se hallaron relaciones significativas con ninguna de las variables, pero sí se encontraron diferencias significativas entre grupos que recibieron y no recibieron aditamentos y orientación vocacional, laboral y educativa. **Conclusiones:** las relaciones encontradas entre los elementos sociodemográficos, clínicos y contextuales con la situación de discapacidad de las personas con lesión medular indican la necesidad de implementar intervenciones en salud pública orientadas a disminuir su incidencia, prevenir las complicaciones asociadas y favorecer los procesos integrales de rehabilitación que propicien la inclusión social.

Palabras clave

Traumatismos de la medula espinal, evaluación de la discapacidad, rehabilitación. (Fuente: DeCS, BIREME)

* Fisioterapeuta, Magíster en Neurorehabilitación. Universidad Autónoma de Manizales. Profesora Asociada, Manizales, Colombia. Correo electrónico: cphenao@autonoma.edu.co

** Fisioterapeuta. Magíster en Neurorehabilitación. Universidad Autónoma de Manizales. Profesor Asociado Manizales, Colombia. Correo electrónico: jeperez@autonoma.edu.co

ADULT POPULATION WITH SPINAL CORD INJURY DISABILITY SITUATION IN THE CITY OF MANIZALES

Abstract

Objective: To describe the degree of disability in adult population with spinal cord injury and correlate it with social-demographic, clinical and access features as well as sufficiency and satisfaction with rehabilitation services in the city of Manizales (Colombia). **Materials and methods:** a descriptive correlational study with forty-five 18 year old people with varied etiology, neurological level and completeness with more than six months evolution was carried out in health and rehabilitation Institutions in Manizales (Colombia) between the second semester 2009 and the first semester 2010. The WHO DAS II and the ASIA Impairment Scale were used. **Results:** all participants reported some degree of disability. Significant associations were found between the type of general disability and the type of affiliation to the public health system, professional situation, neurological level, zone of partial preservation, sensory and motor ASIA rates, the lesion evolution time, and number of complications. The complications significantly associated with disability were: urinary tract infections, joint pain, autonomic dysreflexia and intestinal problems. As far as the use of rehabilitation services no meaningful relationship was found with any of the variables but meaningful differences were found between the groups that received accessories and vocational, labour, and educational guidance and those that did not receive such guidance. **Conclusions:** the correlations found between social-demographic, clinical and contextual variables concerning the situation of disabled people with spinal cord injury indicated the need to implement public health interventions aimed at reducing its incidence, prevent associated complications and promote integrated rehabilitation processes that foster social inclusion.

Key words

Spinal cord injuries, disability evaluation, rehabilitation. (Source: MeSH, NLM)

SITUAÇÃO DE DEFICIÊNCIA FÍSICA DA POVOAÇÃO ADULTA COM LESÃO MEDULAR DA CIDADE DE MANIZALES

Resumo

Objetivo: descrever o grau de deficiência física e co-relaciona- lá com características sócio-demográficos, clínicas e de aceso, suficiência e satisfação com os serviços de reabilitação, de adultos com lesão medular de Manizales (Colômbia). **Materiais e métodos:** realizou se uma pesquisa descritiva co-relacional com 45 pessoas e maiores de 18 anos com lesão de variada etiologia, nível neurológico e com plenitude, com mais de seis meses de evolução, em instituições de saúde e reabilitação de Manizales (Colômbia), durante o segundo semestre de 2009 e o primeiro de 2010. Utilizou se o WHO-DAS II e a Escada de Deficiência ASIA. **Resultados:** todos os participantes apresentaram algum grau de deficiência física. Encontraram se relações significativas entre a deficiência geral com tipo de afiliação ao sistema de saúde, situação ocupacional, nível neurológico, zona de preservação parcial, índices motor e sensitivo ASIA, tempo de evolução de a lesão e quantidade de complicações. Entre estas se obtiveram: associação significativa com infecções urinaria dor articular, disreflexia autonômica e problemas intestinais. Em quanto à utilização de serviços reabilitação não encontraram se relaciones significativas com nenhuma das variáveis, mas

sim encontraram se diferencias significativas entre grupos que receberam e não receberam aditamentos e orientação vocacional, laboral e educativa. **Conclusões:** As relações encontradas entre os elementos sócio-demográficos, clínicos e contextuais com a situação de deficiência das pessoas com lesão medular indicam a necessidade de levar a pratica intervenções em saúde publica orientadas a diminuir sua incidência, prevenir as complicações associadas e favorecer os processos integrais de reabilitação que propiciem a inclusão social.

Palavras chave

Traumatismos da medula espinal, avaliação da deficiência física, reabilitação. (Fonte: DeCS, BIREME)

INTRODUCCIÓN

La lesión medular (LM) es una condición neurológica que origina diversas consecuencias corporales, individuales y psicosociales, y genera importantes procesos de discapacidad. En Colombia no se conocen hasta el momento las características de la situación de discapacidad asociada a esta condición de salud. Sin embargo, la información acerca de la población con discapacidad aportada por el Censo de población colombiana del 2005, aunque no presenta reportes específicos acerca de la discapacidad que se deriva de las diferentes condiciones de salud, sí muestra datos importantes que pueden asociarse a las características funcionales y psicosociales relacionadas con la lesión medular.

Los avances en el conocimiento y atención de esta población han logrado acercar su esperanza de vida a la de la población general, lo que las lleva a tener que enfrentarse a la vida en una situación de discapacidad que requiere procesos de atención multidimensionales, interdisciplinarios e intersectoriales, que trasciendan el aspecto funcional del individuo para alcanzar verdaderos procesos de inclusión social (1).

En Colombia la población en situación de discapacidad se considera un colectivo vulnerable

que requiere de acciones que mitiguen el impacto personal, social y económico que aquella genera. La política pública en discapacidad considera que para hacer frente a la situación de la discapacidad se deben establecer estrategias de intervención social dirigidas a la persona, la familia y el entorno. Estas estrategias se enmarcan en los componentes de promoción de la salud y prevención de la discapacidad, habilitación/rehabilitación y equiparación de oportunidades (2).

Desde el primer componente, promoción de la salud y prevención de la discapacidad, se busca generar estilos de vida saludables y factores protectores frente al riesgo de adquirir la discapacidad; aplicada a las personas en situación de discapacidad, se enfoca a transformar sus hábitos, actitudes y comportamientos para fomentar una cultura de autocuidado de la salud que disminuya las posibles complicaciones. Desde la habilitación/rehabilitación se busca promover el máximo de autonomía e independencia personal y prevenir mayores consecuencias de la discapacidad, con el fin de facilitar la integración al medio familiar, social y ocupacional. Por su parte, la equiparación de oportunidades se orienta a generar condiciones prioritarias para que la población en situación de discapacidad pueda participar con las mismas ventajas del resto de la población en los diferentes espacios de la vida ciudadana, social, económica, política y cultural.

En el presente estudio la evaluación de la discapacidad se realizó con el instrumento WHO-DAS II (*World Health Organization – Disability Assessment Schedule*), el cual es conceptualmente compatible con la CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud) y permite evaluar de forma multidimensional el funcionamiento humano y la discapacidad con énfasis en los componentes de actividad y participación, independiente del diagnóstico médico (3). El uso del marco conceptual de la CIF en personas con lesión medular ha sido recomendada por diferentes autores (4-6), debido al amplio rango de alteraciones en funciones y estructuras corporales, limitación en la actividad y restricciones en la participación que este tipo de población puede experimentar a lo largo de su vida.

El WHO-DAS II es una herramienta que ha sido utilizada en diferentes condiciones de salud (7-9), pero hasta el momento no se había documentado su uso en personas con lesión medular, lo que constituye un aporte del presente estudio a la evaluación comprehensiva de la discapacidad asociada a esta condición de salud. La versión en lengua española del WHO-DAS II ha sido denominada “Cuestionario para la Evaluación de Discapacidades de la Organización Mundial de la Salud WHO-DAS II”, y fue desarrollada por la Unidad de Investigación en Psiquiatría de Cantabria (UIPC), España. Esta versión fue validada a través de un estudio de tipo observacional analítico de cohortes concurrentes, dirigido a verificar sus propiedades psicométricas. El proceso seguido para el desarrollo de este instrumento de evaluación de la discapacidad incluyó estrategias destinadas a verificar la aplicabilidad transcultural de los conceptos e ítems incorporados en el instrumento, llevar a cabo las traducciones necesarias en cada fase del proceso y aportar información cualitativa para el proceso de simplificación del instrumento. De acuerdo con los resultados de las pruebas de validación, se convierte en un instrumento fiable, aplicable a la población de habla española y fácil

de utilizar en un amplio rango de circunstancias relacionadas con las diferentes condiciones de salud (3).

Es así como se considera importante conocer el grado de discapacidad asociada a la LM y su relación con las características sociodemográficas, clínicas y de acceso, suficiencia y satisfacción con los servicios de rehabilitación de esta población, de manera que esta información se convierta en un elemento importante que favorezca la planeación, implementación y evaluación de estrategias de intervención desde los diferentes componentes planteados en la política pública en discapacidad y que conlleve a adecuados procesos de inclusión social de esta población.

MATERIALES Y METODOS

Se siguieron todas las normas institucionales y gubernamentales referentes a la investigación con seres humanos: Declaración de Helsinki y Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia. Este estudio fue aprobado por el Comité de Bioética de la Universidad Autónoma de Manizales. Todos los participantes firmaron el consentimiento informado.

Se llevó a cabo un estudio descriptivo correlacional de corte transversal, en el que participaron de manera voluntaria 45 adultos con LM de la ciudad de Manizales (Colombia) con un tiempo de evolución mayor a seis meses, de cualquier etiología, nivel y completitud, que al momento de la evaluación no presentaran comorbilidad diferente a la asociada a su LM y pudieran explicar su discapacidad. Se realizó un muestreo no probabilístico con técnica de bola de nieve, con pacientes provenientes de distintos tipos de instituciones de la ciudad de Manizales (Colombia), así: diez pacientes de IPS privadas, ocho de fundaciones de personas con discapacidad, siete de la Liga Caldense de Baloncesto en silla de ruedas, seis de hospitales públicos, tres del régimen especial de las fuerzas armadas y once particulares.

Debido a que en Colombia no se han reportado estudios de prevalencia de LM, el tamaño de la población con esta condición se calculó con base en el estudio de Wyndaele y Wyndaele (10), en el que se informó una prevalencia mundial máxima de LM mundial de 755 personas/millón de habitantes. Al momento de recolección de información, Manizales contaba con una población de 301.726 personas mayores de 18 años, lo cual arroja una población estimada de 228 adultos con LM. Sobre la base de esta población y con el objetivo de estimar la proporción de discapacidad, el tamaño mínimo de la muestra se calculó en 38 pacientes (nivel de confianza 95%, margen de error 5% y proporción esperada de discapacidad para población con LM del 97% (11)).

A cada participante se le registró su información sociodemográfica, clínica y relacionada con los servicios de rehabilitación recibidos. El grado de compromiso funcional se evaluó con la Escala de Deficiencia AIS¹ (por sus siglas en inglés *American Spinal Injury Association [ASIA] Impairment Scale*) (12), y el grado de discapacidad con la versión española del WHO-DAS II 36 ítems² (3). Con el objetivo de evitar un posible sesgo en la recolección de información, uno de los investigadores evaluó las variables clínicas y de servicios de rehabilitación y otro las variables sociodemográficas y la discapacidad.

El análisis de información se realizó con el software estadístico SPSS versión 17.0 (*Statistical Package for the Social Science* - SPSS Inc, 444 N Michigan Ave, Chicago, IL 60611). Se realizaron análisis descriptivos de todas las variables. Se evaluó la relación de las distintas variables sociodemográficas, clínicas y de acceso a servicios de rehabilitación con el grado de discapacidad

en cada una de las áreas del instrumento WHO-DAS II y con el resultado global, medidas en una escala de 0 a 100. Para ello se utilizaron diferentes coeficientes de relación según el nivel de medición de la variable explicativa: Eta con variables nominales y Spearman con ordinales; para variables cuantitativas se utilizaron los coeficientes de Pearson y Spearman según si la distribución de la variable discapacidad (por cada área y final) fuera o no normal, respectivamente. Para todos los casos se consideró significativa la relación cuando el pValor fue igual o menor a .05.

RESULTADOS

En la tabla 1 se presentan las características sociodemográficas y clínicas de los participantes en el estudio. En la figura 1 se observa la prevalencia de las complicaciones reportadas por los pacientes en el último año previo a la evaluación. Respecto a los servicios de rehabilitación, se encontró que la gran mayoría de los pacientes tuvieron acceso al menos a un servicio (98%), el 58% recibió entre 4 y 6 servicios de rehabilitación con un promedio de 5,36 por persona. La gran mayoría de las personas con lesión medular recibieron fisioterapia (98%), suministro de aditamentos (96%) y atención por medicina especializada (89%). En menor porcentaje recibieron servicios de nutrición y soporte social (figura 2). El 44% de las personas valoraron los servicios de rehabilitación recibidos como suficientes en cantidad, mientras que el 33% consideró esta cantidad como aceptable. Entre tanto, el 40% de ellas manifestó estar satisfecho con estos servicios, y el 33% manifestó que su grado de satisfacción fue aceptable.

¹ El AIS es una escala de uso libre, no requiere autorización para su aplicación: <http://www.asia-spinalinjury.org>

² Para la utilización del cuestionario WHO-DAS II se obtuvo la autorización expresa de la Oficina de Clasificación, Terminología y Estándares (CTS: Classification, Terminology and Standards) del Departamento de Estadísticas e Informática en Salud (HSI: Department of Health Statistics and Informatics) de la Organización Mundial de la Salud, sede Ginebra (Suiza).

Tabla 1: Características sociodemográficas y clínicas de la muestra.

Variable	Muestra (n = 45)
Masculino %	43 (96)
Edad (años)	36,5 ± 10.4
Solteros %	24 (53)
Nivel educativo	
Ninguno %	1 (2)
Básica %	32 (71)
Superior %	12 (27)
Desempleado %	15 (33)
Afiliado al SGSSS %	44 (98)
Estrato socioeconómico	
I %	7 (15)
II %	15 (33)
III %	12 (27)
IV %	3 (7)
VI %	3 (7)
Rural y no residencial	5 (11)
Lesión traumática %	43 (96)
Etiología	
Herida por arma de fuego %	20 (44)
Accidentes de tránsito %	9 (20)
Otras %	16 (36)
Nivel neurológico de la lesión	
Cervicales %	11 (25)
Torácicas %	29 (64)
Lumbares %	5 (11)
Edad de ocurrencia de la lesión (años)	27,3 ± 10,9
Tiempo de evolución de la lesión (meses)	108,6 ± 93,4
Grado compromiso funcional AIS	
A %	32 (71)
B, C y D %	13 (29)
Índice Motor AIS (0 - 100)	53,1 ± 16,3
Índice Sensitivo AIS (0 - 224)	123,4 ± 46,5
Cantidad de complicaciones clínicas	5,96 ± 2,8
Complicaciones más frecuentes en el último año	
Problemas renales y vesicales %	31 (68)
Infecciones urinarias %	26 (59)
Problemas intestinales %	26 (59)
Espasticidad %	23 (52)
Úlceras de presión %	22 (50)
Grado de discapacidad según el WHO-DAS II	
Leve %	17 (38)
Moderado %	24 (53)
Severo %	4 (9)

Valores: Media ± Desviación estándar.

Figura 1. Complicaciones clínicas secundarias a la lesión medular en el último año.



Figura 2. Servicios de rehabilitación recibidos.



En la tabla 2 se aprecian los principales descriptivos del grado de discapacidad por áreas. En cuanto a la discapacidad general, resultado de la interacción de las seis áreas que propone el WHO-DAS II, se encontró que el 100% de los participantes en el estudio presentaron algún grado de discapacidad. En el 53% de ellos la discapacidad fue moderada, en el 38% leve y en el 9% severa⁵. La evaluación del grado de discapacidad con el instrumento WHO-DAS II 36 ítems evidenció que dentro de los

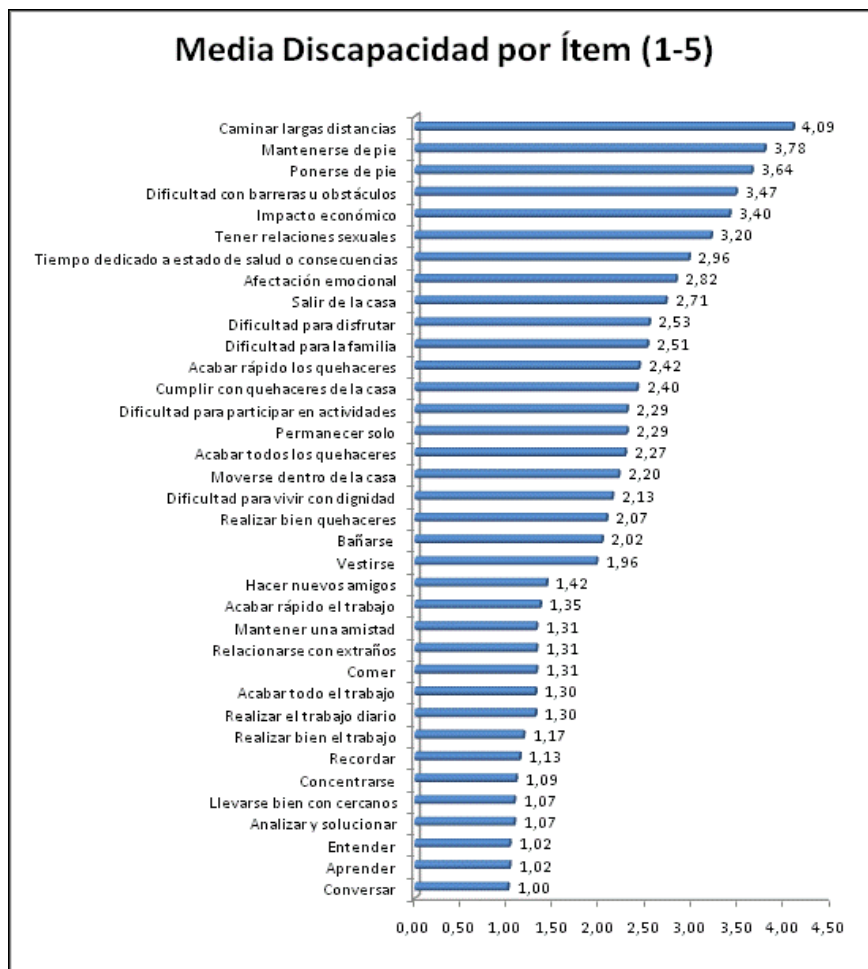
aspectos en los cuales los participantes reportaron mayor dificultad (medida en una escala de 0 a 5) se encuentran: caminar largas distancias, mantenerse de pie, ponerse de pie, dificultad debida a barreras u obstáculos en el medio e impacto económico del estado de salud. Por su parte, los ítems donde se reportaron menores dificultades fueron iniciar o mantener una conversación, aprender una nueva tarea y entender en general lo que dice la gente (figura 3).

Tabla 2. Discapacidad por áreas y general: estadísticos de grupo y prueba de normalidad.

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar	Z de Kolmogorov-Smirnov (K-S)	Sig. asintótica (bilateral)
Comprensión y comunicación	0	15	1,67	4,129	3,362	,000
Capacidad de moverse en el entorno	0	100	61,11	25,138	1,117	,165
Autocuidado	0	100	25,33	29,124	1,421	,035
Relacionarse con otras personas	0	83	17,22	18,583	1,943	,001
Actividades de la vida diaria	0	100	32,65	30,022	0,929	,355
Participación en sociedad	21	79	48,33	16,629	0,847	,471
Discapacidad general	8	64	31,27	13,683	0,799	,546

⁵ Ninguna discapacidad: 0-4/100; leve: 5-24/100; moderada 25-49/100; severa: 50-94/100; extrema:95-100/100.

Figura 3. Promedio de dificultad en la realización de actividades por ítem según el WHO-DASII 36 ítems (escala 0-5).



Las variables sexo, estado civil, nivel educativo, estrato socioeconómico e ingresos familiares no mostraron relación significativa con la discapacidad general ($p > 0,05$) (tabla 3). Se evidenció que a mayor edad menor discapacidad en el área “relacionarse con otras personas” ($p < 0,05$). La situación ocupacional se asocia con discapacidad para el autocuidado ($p < 0,05$), actividades de la vida diaria y discapacidad general ($p < 0,01$). Finalmente, el tipo de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) mostró relación significativa con las áreas de autocuidado,

relacionarse con otras personas y discapacidad general ($p < 0,5$). La discapacidad general fue mayor en su orden para los subgrupos de desempleados por la lesión y los pensionados, y menor para los empleados y para los pensionados empleados, lo que corrobora que la situación ocupacional se asocia directamente con la discapacidad ($p < 0,01$). En cuanto a afiliación al SGSSS, los grupos con mayor discapacidad general fueron los no afiliados y los pertenecientes al régimen contributivo, y los de menor discapacidad fueron los afiliados a regímenes especiales ($p < 0,05$).

La discapacidad general evidenció relación significativa con todas las variables clínicas excepto con etiología, edad de ocurrencia de la lesión medular y con el grado de compromiso funcional ASIA. Se observó relación inversa con el tiempo de evolución de la lesión medular ($p<0,05$), el índice motor ASIA y el índice sensitivo ASIA ($p<0,01$); así como relación directa con el nivel neurológico, zona de preservación

parcial y cantidad de complicaciones clínicas sufridas en el último año ($p<0,01$). Solo las siguientes complicaciones clínicas sufridas en el último año obtuvieron asociación significativa con la discapacidad general: dolor articular, problemas intestinales ($p<0,01$), infecciones urinarias y disreflexia autonómica ($p<0,05$), las cuales presentaron mayor discapacidad general en el subgrupo que sufrió la complicación (tabla 3).

Tabla 3. Relación de variables sociodemográficas, clínicas y de rehabilitación con el grado de discapacidad general (0-100).

Variables sociodemográficas y clínicas	Coeficiente de relación	
Edad (años)	Pearson	-0,015
Sexo	Eta	0,071
Estado civil	Eta	0,644
Nivel educativo	Spearman	0,093
Situación ocupacional	Eta	0,620**
Tipo de afiliación al SGSSS	Eta	0,430*
Estrato socioeconómico	Spearman	0,085
Ingresos familiares (\$)	Pearson	-0,075
Etiología	Eta	0,264
Edad de ocurrencia (años)	Pearson	0,212
Tiempo de evolución (meses)	Pearson	-0,318*
Nivel neurológico	Spearman	0,570**
Zona de preservación neurológica	Spearman	0,398**
Grado de compromiso funcional ASIA	Spearman	-0,255
Índice Motor (0-100)	Pearson	-0,446**
Índice Sensitivo (0-224)	Pearson	-0,608**
No. complicaciones clínicas en el último año	Pearson	0,406**
Dolor articular – Artritis	Eta	0,325*
Infecciones urinarias	Eta	0,355**
Problemas intestinales	Eta	0,371*
Disreflexia autonómica	Eta	0,401**
Acceso	Eta	0,093
Suficiencia	Spearman	-0,256
Satisfacción	Spearman	-0,131
Cantidad de servicios	Pearson	-0,171
Suministro de aditamentos	Eta	0,416**
Orientación vocacional, laboral o educativa	Eta	0,354*

* $p\leq 0,05$, ** $p\leq 0,01$

Nota: Para las complicaciones y servicio de rehabilitación sólo se muestran aquellos con asociaciones significativas con discapacidad general.

Ninguna de las variables asociadas a los servicios de rehabilitación (acceso, percepción de suficiencia, satisfacción y cantidad de servicios recibidos) presentó asociación significativa con la discapacidad general (tabla 3). Únicamente el área de capacidad para moverse en el entorno se relacionó significativamente con suficiencia ($p<0,01$) y satisfacción ($p<0,05$). La discapacidad para moverse en el entorno fue mayor en los subgrupos que manifestaron que los servicios de rehabilitación habían sido insuficientes y en aquellos que se sienten insatisfechos con su prestación.

En cuanto a los servicios de rehabilitación, los únicos que mostraron diferencia significativa entre el grupo que los recibieron y el que no, en relación con la discapacidad general, fueron el suministro de aditamentos ($p<0,01$) y la orientación vocacional, laboral o educativa ($p<0,05$), presentando menor discapacidad general el subgrupo que tuvo acceso al servicio (tabla 3). El “suministro de aditamentos” además la evidenció con las áreas de capacidad para moverse en el entorno y el autocuidado, así como con la facultad de relacionarse con otras personas y participar en sociedad ($p<0,05$). La “orientación vocacional, laboral o educativa” también con actividades de la vida diaria y participación en sociedad ($p<0,05$). El acceso a cirugías, aunque no mostró asociación significativa con la discapacidad general, sí lo hizo con la capacidad para moverse en el entorno y las actividades de la vida diaria ($p<0,05$).

DISCUSIÓN

La totalidad de los participantes presentaba algún grado de discapacidad. Este resultado soporta el hallazgo previo reportado por Fiore y Mendoza en Venezuela (11), quienes aplicando el anterior modelo de discapacidad de la OMS (la CIDDM) encontraron discapacidad de la locomoción en el 100% de los participantes y deficiencia motriz en

el 98%. Sin embargo, en el presente estudio se encontraron menores grados de discapacidad: 9% severa, 53% moderada y 38% leve, mientras que para el estudio referenciado se reportó un nivel III de discapacidad (completa) en el 53% de los participantes, seguido por el nivel II (ejecución con ayuda) con un 33% y en tercera posición el nivel I (dificultad en la ejecución) con 14%. Es de aclarar que estas diferencias se deben interpretar a la luz de los modelos de discapacidad sobre los cuales se trabajaron los estudios: el de Venezuela sobre la CIDDM de 1980 y el presentado aquí sobre la CIF de 2001.

Igualmente, el presente estudio reportó menores grados de discapacidad que los publicados por Chag y Zelaya en 33 personas con lesión medular en Honduras después de un programa de rehabilitación de seis meses, en el cual el 39,5% de los participantes finalizó con discapacidad severa, 39,5% con moderada y el 21% con leve (13). La menor discapacidad encontrada en el presente estudio puede explicarse en parte por el efecto techo que induce el área de comprensión y comunicación en la puntuación final del instrumento WHO-DAS II aplicado a personas con lesión medular, puesto que este tipo de lesión en sí mismo no genera deficiencias en el área cognitiva. Esta área representa 20 puntos sobre el total de puntuación, 106 para personas que trabajan y 92 para las que no, lo que representa de entrada un 19% y 22% menos de discapacidad respectivamente. Esta observación es compatible con otros estudios, donde se evaluaron las características de la Medida de Independencia Funcional (*FIM*, *Functional Independence Measure*) en lesión medular traumática y no traumática, encontrando que los ítems cognitivos de la escala no eran informativos para detectar cambios en el tiempo, produciendo el mismo efecto techo aquí encontrado (14,15). De esta manera, los instrumentos de evaluación de discapacidad en personas con lesión medular no deberían incluir evaluación del área cognitiva, tal como se propone en los *core sets* derivados de la CIF (4,5).

Las áreas donde se reportan mayores índices de discapacidad fueron capacidad para moverse en el entorno y participación en sociedad. Estos hallazgos son soportados por otros estudios que han encontrado mayor compromiso en actividades que involucran el movimiento de las extremidades inferiores (4-6). Aunque comúnmente otros autores han reportado dificultades en las actividades de autocuidado (6), esta situación no fue relevante para la población estudiada, porque al parecer las personas hacen rápidamente ajustes en su vida cotidiana para sobrellevar su vida con la lesión medular.

Dificultades referenciadas por algunas personas del estudio en el área de comprensión y comunicación han sido reportadas por otros investigadores como asociadas a la comorbilidad frecuente que se presenta con el trauma craneoencefálico, sobre todo en casos de lesiones ocasionadas en accidentes de tránsito o caídas; sin embargo, es importante diferenciar estas dos situaciones, puesto que la lesión medular pura no involucra compromiso de funciones mentales superiores (4,5).

En este estudio el desempleo ocasionado por la lesión fue del 33%, en tanto se han reportado tasas mundiales hasta del 60% en personas con una evolución mayor a 12 meses (16). Rowell y Connelly reportaron en Australia que el empleo pasó del 78% pre-lesión al 29% post-lesión para una muestra de personas con cuadriplejía (17). Se ha reportado que la calidad de vida en personas con lesión medular es mejor para quienes estudian o trabajan comparado con quienes no, especialmente si su trabajo es remunerado, encontrando correlación entre la percepción de calidad de vida con condiciones relacionadas con el empleo (situación actual y salario) (18). Esto soporta la relación significativa encontrada en el presente estudio entre situación ocupacional y discapacidad.

El presente estudio evidencia que a mayor tiempo de evolución menor discapacidad general. Esto

es coherente con los hallazgos de Amsters et al., quienes encontraron que el nivel de funcionalidad percibido por las personas con LM incrementa entre el alta de su proceso inicial de rehabilitación y los diez años post-lesión. Sin embargo, encontraron que posteriormente disminuye hasta los veinte o más años de duración de la LM (19). Así mismo, Krause y Coker refieren que los principales cambios positivos, relacionados con las condiciones de vida en personas con LM, ocurren en las primeras dos décadas después de la lesión, seguido de un período de estabilidad en algunas áreas de la vida, pero declinan con el envejecimiento en algunos aspectos relacionados con la participación y la salud (20).

Ni la edad ni el grado de compromiso funcional ASIA se correlacionaron con la discapacidad general; sin embargo, la edad obtuvo una correlación significativa con el área de relacionarse con otras personas del WHO-DAS II, y el grado de compromiso funcional con capacidad para moverse en el entorno, hallazgos compatibles con Charlifue y Gerhart, quienes encontraron que la edad fue predictora del puntaje de la subescala de integración social del CHART y que el grupo de lesión fue predictor del puntaje de la subescala de independencia física (21). Así mismo, los hallazgos del presente estudio son compatibles con Franceschini et al., quienes encontraron que la autonomía en personas con lesión medular se asocia significativamente con el nivel de lesión, pero no con la completitud y la etiología (18).

Respecto al sexo, Sipski et al. evaluaron las diferencias en variables neurológicas y funcionales en personas con lesión medular, y encontraron que las mujeres mostraron una mejor recuperación neurológica natural que los hombres; sin embargo, en un nivel y grado de lesión neurológica determinado, los hombres tienden a tener mejor funcionalidad que las mujeres al final del proceso de rehabilitación (22). Las diferencias son muy pequeñas, aunque estadísticamente significativas dado el gran tamaño de la muestra (14.433

personas), a diferencia del presente estudio donde se evaluaron 45 personas, de las cuales solo dos eran mujeres, lo cual puede explicar la no significancia de las diferencias entre los grupos de hombres y mujeres respecto a la discapacidad general. Coherente con este hallazgo, Krause y Broderick, en una muestra de 512 personas con lesión medular, de las cuales el 40% eran mujeres, no encontraron diferencias entre hombres y mujeres respecto a la puntuación obtenida en el CHART (23).

Respecto a las complicaciones clínicas, coherente con el presente estudio, McColl et al. concluyeron que existen por los menos cinco tipos de cambios que la personas con lesión medular experimentan con el tiempo: 1. Los efectos de vivir con la lesión por muchos años, tales como deterioro del hombro, infecciones urinarias crónicas o problemas posturales; 2. Complicaciones secundarias a la lesión original, tales como siringomelia postraumática; 3. Procesos patológicos no relacionados con la lesión medular, como enfermedad cardíaca u otras enfermedades crónicas; 4. Cambios degenerativos asociados con el envejecimiento, tales como articulares, sensoriales y problemas de tejido conectivo; y 5. Factores medioambientales, como los sociales, comunitarios y aspectos culturales, que pueden complicar la experiencia de envejecer con lesión de la medula espinal (24).

Por su parte, Hitzig et al. encontraron que la relación de tasas (*odds ratios*) para complicaciones cardíacas, presión arterial alta y complicaciones respiratorias incrementó con la edad, mientras la disreflexia autonómica, infecciones vesicales, osificación heterotópica, estrés psicológico y adicción a drogas decrecieron. La relación de tasas para úlceras de presión, disreflexia autonómica y osificación heterotópica incrementaron con el tiempo de evolución, mientras la presión arterial alta, problemas intestinales, estrés psicológico y depresión disminuyeron. Las lesiones completas estuvieron asociadas con infecciones urinarias,

úlceras de presión y disreflexia autonómica. La paraplejía estuvo asociada con presión arterial alta y la cuadriplejía con disreflexia autonómica (25). Finalmente, Charlifue et al. encontraron que el mejor predictor de la aparición de una complicación, particularmente las úlceras de presión, es la incidencia previa de dicha complicación aún en sobrevivientes de larga data (26).

Es importante señalar que el presente estudio evaluó la relación entre la discapacidad general y la cantidad, percepción de suficiencia y satisfacción con los servicios de rehabilitación recibidos, sin encontrar asociaciones significativas entre variables. Sin embargo, de este hallazgo no se puede concluir que la rehabilitación no tenga impacto sobre la discapacidad, puesto que casi la totalidad de los participantes había tenido acceso a servicios de rehabilitación, lo cual no permite apreciar diferencias significativas entre los grupos que los recibieron y los que no. Adicionalmente, debe tenerse en cuenta que el acceso a los servicios de rehabilitación *per se* no garantiza procesos integrales tendientes a la inclusión social de esta población.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Los hallazgos sociodemográficos y clínicos siguen el perfil epidemiológico típico publicado por otros autores tanto mundial como nacionalmente. Las relaciones encontradas entre los elementos sociodemográficos, clínicos y contextuales con la situación de discapacidad de las personas con lesión medular, indican la necesidad de implementar intervenciones en salud pública orientadas a disminuir su incidencia, prevenir las complicaciones asociadas y favorecer los procesos integrales de rehabilitación que propicien la inclusión social. Se requieren estudios de corte cualitativo o mixto que evalúen el impacto de

la rehabilitación como proceso integral sobre la discapacidad en personas con LM, en un enfoque multidimensional.

Con el fin de lograr mayor potencia estadística de las asociaciones estudiadas, se recomienda para futuros estudios aumentar el tamaño de la muestra y realizar un muestreo probabilístico, para lo cual se requerirá contar con marcos muestrales idóneos de personas con lesión medular y sistemas públicos de registro adecuados.

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresamos nuestros agradecimientos a las personas participantes en el estudio y a las instituciones de salud y rehabilitación de la ciudad de Manizales que facilitaron su desarrollo. Así mismo, al Instituto de Idiomas de la UAM por la traducción de los resúmenes en idioma inglés y portugués.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Henao CP, Pérez JE. Lesiones medulares y discapacidad: Revisión bibliográfica. *Aquichan* 2010;10(2):157-72.
2. República de Colombia - Presidencia de la República. Política pública en discapacidad: fortalecimiento y movilización social. Comité Regional de Rehabilitación de Antioquia, 1ª ed. Medellín: 2005.
3. Vásquez-Barquero JL, Herrera S, Vásquez E, Gaite I. Cuestionario para la evaluación de discapacidad de la Organización Mundial de la Salud – WHO-DAS II (Versión española del World Health Organization Disability Assessment Schedule II). Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid: 2006.
4. Kirchberger I, Cieza A, Biering-Sorensen F, Baumberger M, Charlifue S, Post M, et al. ICF core sets for individuals with spinal cord injury in the early post-acute context. *Spinal Cord advance online publication*, 29 September 2009.
5. Cieza A, Kirchberger I, Biering-Sorensen F, Baumberger M, Charlifue S, Post M, et al. ICF core sets for individuals with spinal cord injury in the long-term context. *Spinal Cord advance online publication*, 12 January 2010.
6. Kirchberger I, Biering S, Rensen F, Charlifue S, Baumberger M, Campbell R, Kovindha A, et al. Identification of the most common problems in functioning of individuals with spinal cord injury using the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Spinal Cord* 2010;48:221-9.
7. Baron M, et al. The clinimetric properties of the World Health Organization Disability Assessment Schedule II in early inflammatory arthritis. *Arthritis Rheum*. 2008 Mar; 59(3):382-90.
8. Hudson M. Clinical correlates of quality of life in systemic sclerosis measured with the World Health Organization Disability Assessment Schedule II. *Arthritis Rheum* 2008 Feb;59(2):279-84.
9. Soberg HL, Bautz-Holter E, Roise O, Finset A. Long-term multidimensional functional consequences of severe multiple injuries two years after trauma: a prospective longitudinal cohort study. *J Trauma* 2007;62:461-70.
10. Wyndaele M, Wyndaele JJ. Incidence, prevalence and epidemiology of spinal cord injury: what learns a worldwide literature survey? *Spinal Cord* 2006;44:523-9.
11. Fiore R, Mendoza D. Evaluación del nivel de deficiencias y discapacidades en pacientes de 15 a 55 años con traumatismo raquímedular, aplicando la clasificación internacional (CIDDM) de la Organización Mundial de la Salud. *Boletín Médico de Postgrado* 2003;19(4):209-15.
12. Bhargava A, Gorma PH, Kelly D. Exploración física en traumatismos de la columna: exploración según la *American Spinal Injury Association* y síndromes de lesión medular espinal. En: Kim DH, Ludwig SC, Vaccaro AR, Chang JC. Atlas de lesiones vertebrales en adultos y niños. 1ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2010. pp. 28-36.
13. Chang KC, Zelaya IG. Caracterización de pacientes con lesión medular atendidos en un Centro de Rehabilitación (Teletón) en Honduras. *Rev Med Hondur* 2007;75:174-80.
14. New PW. Functional outcomes and disability after non traumatic spinal cord injury rehabilitation: results from a retrospective study. *Arch Phys Med Rehabil* 2005;86:250-61.
15. Hall KM, Cohen ME, Wright J, Call M, Werner P. Characteristics of the Functional Independence Measure in traumatic spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil* 1999;80:1471-6.

16. Young AE, Murphy GC. Employment status after spinal cord injury (1992-2005): a review with implications for interpretation, evaluation, further research, and clinical practice. *Int J Rehabil Res* 2009;32:1-11.
17. Rowell D, Connelly LB. Personal assistance, income and employment: the spinal injuries survey instrument (SISI) and its application in a sample of people with quadriplegia. *Spinal Cord* 2008;46:417-24.
18. Franceschini M, Di Clemente B, Rampello A, Nora M, Spizzichino L. Longitudinal outcome 6 years after spinal cord injury. *Spinal Cord* 2003;41:280-5.
19. Amsters D, Pershouse K, Price G, Kendall MB. Long duration spinal cord injury: Perceptions of functional change over time. *Disability and Rehabilitation* 2005;27(9): 489-97.
20. Krause JM, Coker JL. Aging After Spinal Cord Injury: A 30-Year longitudinal study. *The Journal of Spinal Cord Medicine* 2006;29(4):371-6.
21. Charlifue S, Gerhart K. Community integration in spinal cord injury of long duration. *NeuroRehabilitation* 2004;19:91-101.
22. Sipski ML, Jackson AB, Gómez-Marín O, Estores I, Stein A. Effects of gender on neurologic and functional recovery after spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil* 2004;85:1826-36.
23. Krause JS, Broderick L. Outcomes after spinal cord injury: comparisons as a function of gender and race and ethnicity. *Arch Phys Med Rehabil* 2004;85:355-62.
24. McColl MA, Arnold R, Charlifue S, Glass C, Savic G, Frankel H. Aging, spinal cord injury, and quality of life: structural relationships. *Arch Phys Med Rehabil* 2003;84: 1137-44.
25. Hitzig SL, Tonack M, Campbell KA et al. Secondary Health Complications in an Aging Canadian Spinal Cord Injury Sample. *Am J Phys Med Rehabil* 2008;87:545-55.
26. Charlifue S, Lammertse DP, Adkins RH. Aging With Spinal Cord Injury: Changes in selected health indices and life satisfaction. *Arch Phys Med Rehabil* 2004;85:1848-53.

CONSTRUCCIÓN DE UN ÍNDICE PARA EVALUAR LA PROTECCIÓN Y FOMENTO DE LA SALUD EN MÉXICO

*Pedro César Cantú Martínez**

Recibido en junio 3 de 2011, aceptado en agosto 22 de 2011

Resumen

Objetivo: evaluar mediante la construcción de un índice la protección y fomento a la salud en México (IPyFS). **Métodos:** se realizó un estudio ecológico con datos de las 32 entidades federativas, se seleccionaron siete indicadores representativos de protección y fomento a la salud propuestos por la Organización Mundial de la Salud, acopiada por el sistema de salud en México y la Organización Panamericana de la Salud, y se realizó un análisis de componentes principales (rotación varimax). **Resultados:** los estados de Coahuila, Nayarit, Colima, Nuevo León, Tamaulipas y Tabasco obtienen las posiciones más altas dentro del índice de protección y fomento a la salud en México. Mientras Oaxaca, Chiapas, Quintana Roo, Puebla, Guerrero y Yucatán son los estados del país con un índice de protección y fomento a la salud más bajo. **Conclusiones:** la estimación de un índice como el propuesto para el conjunto de entidades federativas en México permitirá aproximarse al conocimiento de la actual desigualdad regional que existe en salud y de las oportunidades sociales; así mismo, comprender y analizar la situación en la que subsiste el país y aclarar aspectos relevantes de este marco conceptual de abordaje que es la equidad en salud.

Palabras clave

Salud, protección, promoción de la salud, indicadores de salud, indicadores sociales. (*Fuente: DeCS, BIREME*)

* Biólogo, Ph.D. en Ciencias Biológicas. Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Salud Pública y Nutrición. Monterrey, México. Correo electrónico: cantup@hotmail.com; pedro.cantum@uanl.mx

DEVELOPMENT OF AN INDEX TO EVALUATE THE PROTECTION AND HEALTH PROMOTION IN MEXICO

Abstract

Objective: to evaluate by means of the development of an index the protection and health promotion in Mexico. **Methods:** an ecological study with data from the 32 Mexican states was carried out; seven representative indicators of protection and health promotion proposed by the World Health Organization were selected and collected through the Mexican health system and the *Pan American Health Organization*, and a main components analysis was performed (varimax rotation). **Results:** The states of Coahuila, Nayarit, Colima, Nuevo León, Tamaulipas and Tabasco obtained the highest position within the health protection and promotion index in Mexico. While Oaxaca, Chiapas, Quintana Roo, Puebla, Guerrero and Yucatan showed the lowest health protection and promotion index. **Conclusions:** the estimate of an index like the one proposed for the set of states in Mexico will approach the current knowledge of the regional inequality that exists in health and social opportunities and, also, will help understand and analyze the situation in which the country subsists and to clarify important aspects of this approach conceptual framework which is equity in health.

Key words

Health, protection, health promotion, health indicators, social indicators. (Source: MeSH, BIREME)

CONSTRUÇÃO DE UM ÍNDICE PARA AVALIAR A PROTEÇÃO E FOMENTO DA SAÚDE EM MEXICO

Resumo

Objetivo: avaliar mediante a construção dum índice a proteção e fomento à saúde em México (IPyFS). **Métodos:** realizou se uns estudos ecológicos com dados das 32 entidades federativas selecionaram se sete indicadores representativos de proteção e fomento à saúde propostos pela Organização Mundial da Saúde, recolhida pelo sistema de saúde em México e a Organização Panamericana da Saúde, e realizou se um análise de componentes principais (rotação varimax). **Resultados:** Os estados de, Nayarit, Colimam Novo Leão, Tamaulipas e Tabasco obtêm as posições mais altas dentro do índice de proteção e fomento à saúde em México. Enquanto Oaxaca, Chiapas, Quintana Roo, Puebla, Guerrero e Yucatán são os estados do país com um índice de proteção e fomento à saúde mais baixo. **Conclusões:** A estimação dum índice como o proposto para o conjunto de entidades federativas em México permitiram aproximar se ao conhecimento da atual desigualdade regional que existe em saúde e das oportunidades sociais; assim mesmo compreender e analisar a situação na que subsiste o país e aclarar aspectos relevantes deste marco conceptual de abordagem que é a equidade em saúde.

Palavras chave

Saúde, proteção, promoção da saúde, indicadores de saúde, indicadores sociais. (Fonte: DeCS, BIREME)

INTRODUCCIÓN

En todos los países del orbe es un tema relevante —particularmente en el desarrollo regional— comprender las diferentes formas en que se manifiesta la igualdad y la equidad en la sociedad; asimismo, es importante comprender la eficiencia y validez en los procesos de respuesta ante las necesidades sentidas por la población y la sustentabilidad de estas expresiones y mecanismos (1), dado que estas temáticas dan cuenta no solo del grado de calidad y bienestar de vida de la población, sino también del desarrollo económico y equilibrio que tiene este con el entorno (2,3,4). El conocimiento de estas dinámicas en el ámbito de las políticas sectoriales, y muy especialmente en el de la salud, es clave actualmente para advertir los cambios y el avance de un país, ya que se reconoce la relación directa que existe entre la salud de la población y el desarrollo social de la comunidad. Recientes investigaciones están formando una conciencia sobre los diferentes vínculos que podrían ser considerados, los cuales se advierten desde aquellos que se encuentran en la base de los problemas de la sociedad hasta los determinantes más próximos de la salud (5,6,7,8).

La articulación de los avances en una sociedad en este contexto suele ser de índole sanitaria, ambiental y socioeconómica, que demanda el cumplimiento de acuerdos y acciones entre los diferentes sectores de la sociedad. Estas acciones involucran los campos del desarrollo urbano, la inversión en obras públicas, la educación y la protección a la salud, así como la inclusión y participación de agrupaciones comunitarias (2,9,10). En esto se reconoce que la salud es una variable que depende de la capacidad que una sociedad tiene para controlar las interacciones existentes entre el entorno físico, biológico y social en que subsiste una población (10,11,12).

En los últimos diez años, ante esta preocupación manifestada por las organizaciones internacionales y de los propios gobiernos de los países en el

ámbito de la salud, han proliferado iniciativas y estudios que han considerado el área geográfica donde subsiste la población como un elemento fundamental de estudio, ya que esta se encuentra conectada de manera natural con los determinantes de la salud (13,14,15,16). Las ventajas que tiene estudiar el área geográfica son múltiples, pero entre ellas sobresale el permitir la detección de circunscripciones territoriales con mejores o peores indicadores socioeconómicos y de salud, que facilitará la puesta en marcha de políticas de intervención para reducir estas desigualdades en salud; además, este tipo de abordajes es esencial debido a que la medición de estas desigualdades en el campo de la salud es una condición indispensable para propiciar un escenario para el estudio de sus determinantes y su bosquejo teórico existente, que, a su vez, se vuelve pilar primordial para la acción (2,17). Para esto se han elaborado índices que son constructos que se forman a partir de la reunión de un conjunto de variables, y que en algunos casos son denominados como indicadores compuestos. Desde su incursión, los indicadores compuestos han permitido interpretar y distinguir la situación general de una población en un espacio y tiempo dados, de tal forma que facilita la toma de decisiones, o bien, la promoción y orientación para la implementación de políticas (17,18).

Este trabajo propone el desarrollo de un Índice de Protección y Fomento a la Salud, con el fin de medir la brecha de disparidades entre las entidades federativas de México en esta materia, al cual se le adiciona su correspondiente expresión matemática y gráfica, que permite tener una perspectiva visual de la situación del país. Se parte de datos básicos que con regularidad son registrados por las autoridades sanitarias de la nación.

METODOLOGÍA

Se estudió la situación de las entidades federativas de México en relación con los indicadores representativos de protección y fomento a la

salud según la Organización Mundial de la Salud (10); se incluyeron solo aquellos indicadores con los que se cuenta información completa para todas las entidades federativas. Se consideró la información más reciente (año 2006) acopiada por la Secretaría de Salud en México y la Organización Panamericana de la Salud (19), a través de la publicación de los indicadores básicos de la situación de salud en México. Se consideraron los siguientes indicadores: esperanza de vida al nacer, porcentaje de población en vivienda con agua entubada, porcentaje de población en vivienda con drenaje y servicio sanitario exclusivo, tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos, tasa de mortalidad perinatal por 1.000 nacidos vivos, porcentaje de niños de 1 año con esquema completo de vacunación y gasto público en salud como porcentaje del gasto público total.

Se recurrió al Análisis de Componentes Principales (ACP), que es una técnica en la estadística multivariante cuyo objetivo es transformar la información estadística muy compleja en otra similar, pero de mayor facilidad para su manejo y que no conlleva pérdida significativa de la misma información; para esto se utilizó el Programa NCSS (Number Crunching Statistical System). El método estadístico de ACP permite lograr arreglos lineales de todos los indicadores originales que sean ortogonales entre sí. Por lo tanto, se confecciona un subconjunto de nuevos indicadores que son independientes entre ellos, pero altamente correlacionados con los indicadores originales, los cuales ahora son nombrados como componentes principales que se disponen de manera descendente según su varianza. Esto es, permite advertir el porcentaje de variabilidad de los datos por cada componente.

Los valores y vectores característicos se obtuvieron a través de una matriz de correlaciones. Seguidamente, a cada observación de la muestra se le adjudicó una puntuación en cada uno de los componentes principales seleccionados, estableciendo su análisis en ello y su interpretación

cualitativa. Con esto, se forjó el Índice de Protección y Fomento a la Salud (IPyFS) para cada entidad federativa, cuya interpretación será que a mayor IPyFS, mejor su condición, lo que representará valores más altos en un mayor número de indicadores estudiados. Su valoración cualitativa se forjó considerando el valor numérico del índice y ordenándolo en quintiles que representarán la siguiente condición: < q1: muy bajo; < q2: bajo; < q3: medio; < q4: alto; < q5: muy alto.

RESULTADOS

Reducción de los indicadores

Se seleccionaron tres componentes principales, que en conjunto explican el 82,03% de la variabilidad: 38,79% el primero, 22,91% el segundo y 20,33% el tercero. Como se puede observar en el cuadro 1, cada uno de los componentes representa un porcentaje gradualmente menor de la información contenida en las variables originales. Para el caso de los indicadores contemplados para obtener el Índice de Protección y Fomento a la Salud, esto sucede con los primeros tres componentes.

Cuadro 1. Componentes principales.

No.	Eigenvalor	Porcentaje de variabilidad individual	Porcentaje de variabilidad acumulada
1	2,715502	38,79	38,79
2	1,603894	22,91	61,71
3	1,422850	20,33	82,03
4	0,659561	9,42	91,45
5	0,324168	4,63	96,09
6	0,181020	2,59	98,67
7	0,093006	1,33	100,00

Después se precisó que el número de componentes para conservar es tres, además, se necesitó calcular la matriz de las cargas de factores, lo que sirvió para representar el peso de cada una de los siete

indicadores originales en los tres componentes principales. Esta matriz se presenta a continuación:

Cuadro 2. Matriz de cargas de los factores rotados.

<i>Indicadores</i>	<i>Factor 1</i>	<i>Factor 2</i>	<i>Factor 3</i>
ESPVIDA	0,868740	0,006792	0,058361
PPVIAGUA	0,745246	0,000478	0,086078
PPVIDRE	0,831461	0,001400	0,000659
TAMORINF	0,046926	0,797130	0,000024
TAMORPERI	0,134692	0,675306	0,035847
ECVAC_1	0,001659	0,106926	0,563375
GPS_PIB	0,086778	0,015861	0,678505

En el cuadro 2 se muestra la matriz de cargas de los factores, la cual contiene los pesos necesarios de los siete indicadores en los tres componentes principales. Como se comentó, estos conservarán el 82,03% de la información total. Tratando de conseguir una interpretación más precisa de la composición de cada uno de los tres componentes principales que se utilizarán, se aplicó el algoritmo de rotación ortogonal de varimax, que permite que la varianza total explicada se mantenga constante, ya que el método de rotación no afecta los resultados.

Generación de los factores

Se busca combinar los siete indicadores de manera que estén representados de la mejor manera posible en los factores rotados. Cada indicador contemplado formará parte del factor donde tenga la carga más alta. De tal modo, el primer componente rotado está compuesto principalmente por los tres indicadores iniciales: esperanza de vida al nacer (ESPVIDA), porcentaje de población en vivienda con drenaje y servicio sanitario exclusivo (PPVIDRE) y porcentaje de población en vivienda con agua entubada (PPVIAGUA). Este representa el 38,79% de la información original y se interpreta como el componente de “FOMENTO A LA SALUD”, que operativamente

incluye aquellos indicadores que nos muestran el flujo de actividades dirigidas a modificar condiciones sociales y ambientales para mejorar la salud de las colectividades humanas. El segundo componente rotado, que se adjudica el 22,91% de la información original, recae en dos indicadores: tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos (TAMORINF) y tasa de mortalidad perinatal por 1.000 nacidos vivos (TAMORPERI). Por eso, representará el componente de “IMPACTO EN SALUD”, en el que operativamente se incluyen indicadores que nos revelan variaciones (positivas o negativas) en las condiciones de salud de la sociedad. Por último, el tercer componente rotado, que toma el 20,33% de la información, está integrado por los indicadores denominados el Gasto Público en Salud como Porcentaje del Gasto Público Total (GPS_PIB) y el Porcentaje de Niños de 1 año con Esquema Completo de Vacunación (ECVAC_1), que se interpretarán como el componente “PROTECCIÓN A LA SALUD”, en el que de forma operativa circunscribimos aquellos indicadores que nos expresan un acercamiento a los procesos de planificación económica y ejecución de acciones dirigidas por los servicios de gestión en materia de salud. Estas interpretaciones, resultantes de la rotación de los factores, ayudan a obtener un significado aproximado de la información contenida en cada uno de los tres factores.

A partir de la matriz de cargas de factores rotadas que se muestra en el cuadro 2, es posible transformar los siete indicadores originales en estos tres nuevos indicadores —denominados componentes— conservando el 82,03% de la información original. Para obtenerlos, se utiliza un procedimiento de regresión como paso final de la metodología del análisis de factores por componentes principales. En ellas, entre más positivo sea el resultado, la entidad estará colocada en una posición más favorable en la jerarquización; por el contrario, entre más negativo sea el cálculo, obtendrá un puesto más bajo (cuadro 3).

Cuadro 3. Jerarquización (J) y Calificación Cualitativa de los Factores (CCF) por entidad federativa en México.

<i>COMPONENTES</i>	<i>FACTOR 1 Fomento a la Salud</i>		<i>FACTOR 2 Impacto en Salud</i>		<i>FACTOR 3 Protección a la Salud</i>	
	<i>J1</i>	<i>CCF1</i>	<i>J2</i>	<i>CCF2</i>	<i>J3</i>	<i>CCF3</i>
Aguascalientes	3	MA	21	B	14	M
Baja California	7	A	20	B	27	MB
Baja California Sur	11	A	15	M	4	MA
Campeche	25	B	4	MA	19	M
Coahuila	8	A	1	MA	21	B
Colima	2	MA	11	A	5	MA
Chiapas	30	MB	24	B	13	A
Chihuahua	6	MA	13	A	23	B
Distrito Federal	1	MA	27	MB	24	B
Durango	23	B	12	A	25	B
Guanajuato	16	M	28	MB	12	A
Guerrero	31	MB	7	A	17	M
Hidalgo	26	B	19	M	8	A
Jalisco	10	A	22	B	30	MB
México	13	A	31	MB	31	MB
Michoacán	20	B	8	A	11	A
Morelos	14	M	9	A	20	B
Nayarit	15	M	2	MA	2	MA
Nuevo León	4	MA	5	MA	28	MB
Oaxaca	32	MB	16	M	22	B
Puebla	24	B	32	MB	16	M
Querétaro	22	B	26	B	29	MB
Quintana Roo	21	B	25	B	32	MB
San Luis Potosí	28	MB	14	M	18	M
Sinaloa	17	M	3	MA	9	A
Sonora	9	A	10	A	15	M
Tabasco	18	M	29	MB	1	MA
Tamaulipas	12	A	6	MA	10	A
Tlaxcala	5	MA	30	MB	3	MA
Veracruz	29	MB	18	M	6	MA
Yucatán	27	MB	23	B	26	B
Zacatecas	19	M	17	M	7	A

INTERPRETACIÓN CCF: MB: muy bajo; B: bajo; M: medio; A: alto; MA: muy alto
 Quintiles FACTOR 1: q1 (-0,8004); q2 (-0,0713); q3: (0,4664); q4: (0,9358)
 Quintiles FACTOR 2: q1 (-0,6626); q2 (-0,1437); q3: (-0,0084); q4: (1,0110)
 Quintiles FACTOR 3: q1 (-0,5323); q2 (-0,2636); q3: (0,1604); q4: (0,6336)

Para el componente uno, que funciona como un indicador general de FOMENTO A LA SALUD, los estados con un nivel más alto son el Distrito Federal, Colima, Aguascalientes, Nuevo León, Tlaxcala y Chihuahua; aquellas entidades federativas con los valores más bajos en este indicador son Oaxaca, Guerrero, Chiapas, Veracruz, San Luis Potosí y Yucatán. Para el componente dos, que representa la dimensión IMPACTO EN SALUD, los estados que obtienen las posiciones más altas son Coahuila, Nayarit, Sinaloa, Campeche, Nuevo León y Tamaulipas, mientras las entidades federativas más bajas en este componente son Puebla, México, Tlaxcala, Tabasco, Guanajuato y Distrito Federal. Por último, para el tercer componente, que se interpretó como el indicador de PROTECCIÓN A LA SALUD, Tabasco, Nayarit, Tlaxcala, Baja California Sur, Colima y Veracruz son los estados mejor calificados, mientras que Quintana Roo, México, Jalisco, Querétaro, Nuevo León y Baja California se colocan como los últimos lugares en esta condición.

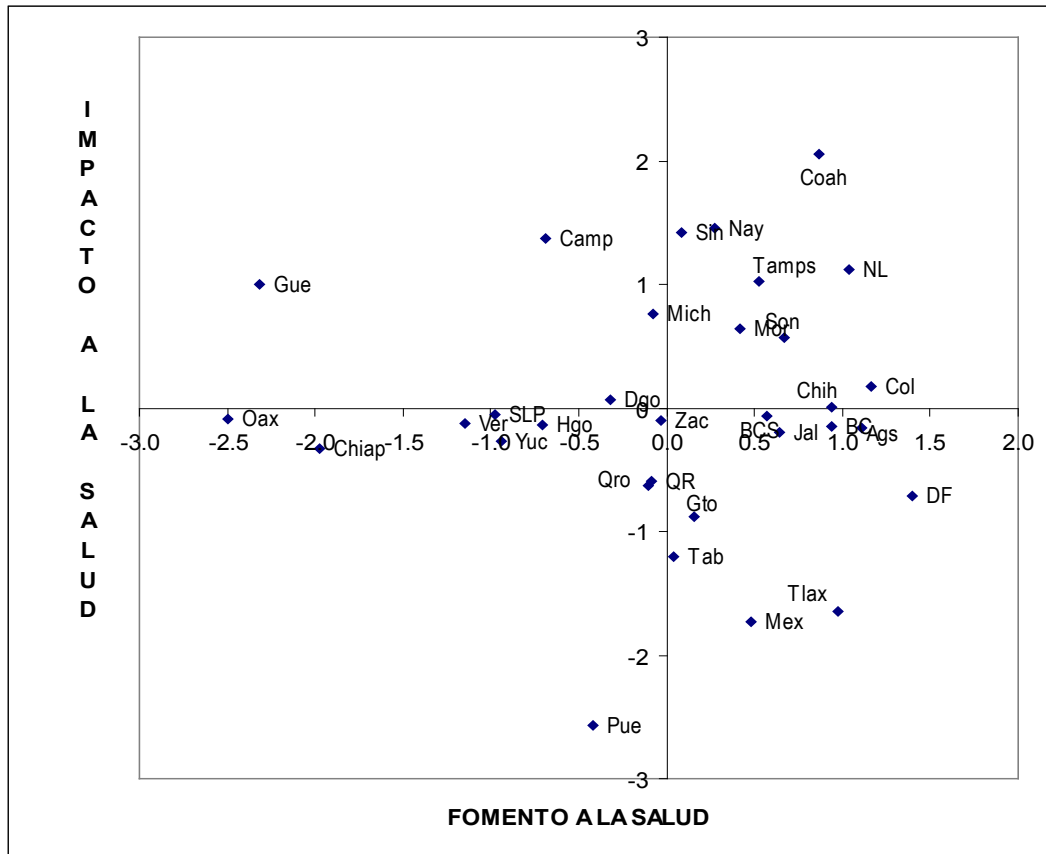
Con la información de los factores se pueden formar planos cartesianos, en los cuales se pueden tener cuatro cuadrantes, y con esto permitimos analizar la relación entre los tres factores. En primera instancia, al tomar el primer factor que mide —FOMENTO A LA SALUD— y hacer la relación con el segundo factor —IMPACTO EN SALUD— observamos que en el primer cuadrante se encuentran las entidades federativas con alto fomento y alto impacto en salud, situando en él a Coahuila, Nayarit, Sinaloa, Nuevo León, Tamaulipas, Sonora, Morelos, Colima y Chihuahua, que representan el 28,12% de los estados en el país.

En el segundo cuadrante, que aloja los estados con bajo fomento y alto impacto en salud, tenemos el 12,5% de las entidades federativas de la nación, ubicando a Michoacán, Durango, Campeche y

Guerrero en esta condición; en el tercero de los cuadrantes, que engloba las entidades federativas con bajo fomento e impacto en la salud, encontramos con esta circunstancia a Zacatecas, Quintana Roo, Querétaro, Puebla, Hidalgo, Yucatán, San Luis Potosí, Veracruz, Chispas y Oaxaca, que constituyen el 31,25% de los estados de México; y en el cuarto cuadrante, que tiene como característica albergar los estados con alto fomento y bajo impacto en la salud, observamos el Distrito Federal, Aguascalientes, Baja California, Jalisco, Tlaxcala, Baja California Sur, México, Guanajuato y Tabasco, que representan el 28,12% del país (Figura 1).

En segundo término, al emplear el primer factor que mide FOMENTO A LA SALUD y llevar a cabo la relación con el tercer factor —PROTECCIÓN EN SALUD— advertimos que en el primer cuadrante se encuentran las entidades federativas con alto fomento y alta protección en salud, alojando en él a Colima, Aguascalientes, Tlaxcala, Baja California Sur, Sonora, Tamaulipas, Nayarit, Guanajuato y Tabasco, que representan el 31,25% de los estados en el país; en el segundo cuadrante, que sitúa a los estados con bajo fomento y alta protección en salud, tenemos el 15,62% de las entidades federativas de la nación, hallando a Zacatecas, Michoacán, Hidalgo, Veracruz y Chiapas en esta circunstancia; en el tercer cuadrante, que incluye a las entidades federativas con bajo fomento y protección en la salud, encontramos con esta condición a Durango, Quintana Roo, Puebla, Querétaro, Campeche, Yucatán, San Luis Potosí, Guerrero y Oaxaca, que forman el 28,12% de los estados de México; y en el cuarto cuadrante, que tiene como particularidad acoger a los estados con alto fomento y baja protección en la salud, vemos al Distrito Federal, Nuevo León, Baja California, Coahuila, Chihuahua, Jalisco, México y Morelos, que configuran el 25% del país (figura 2).

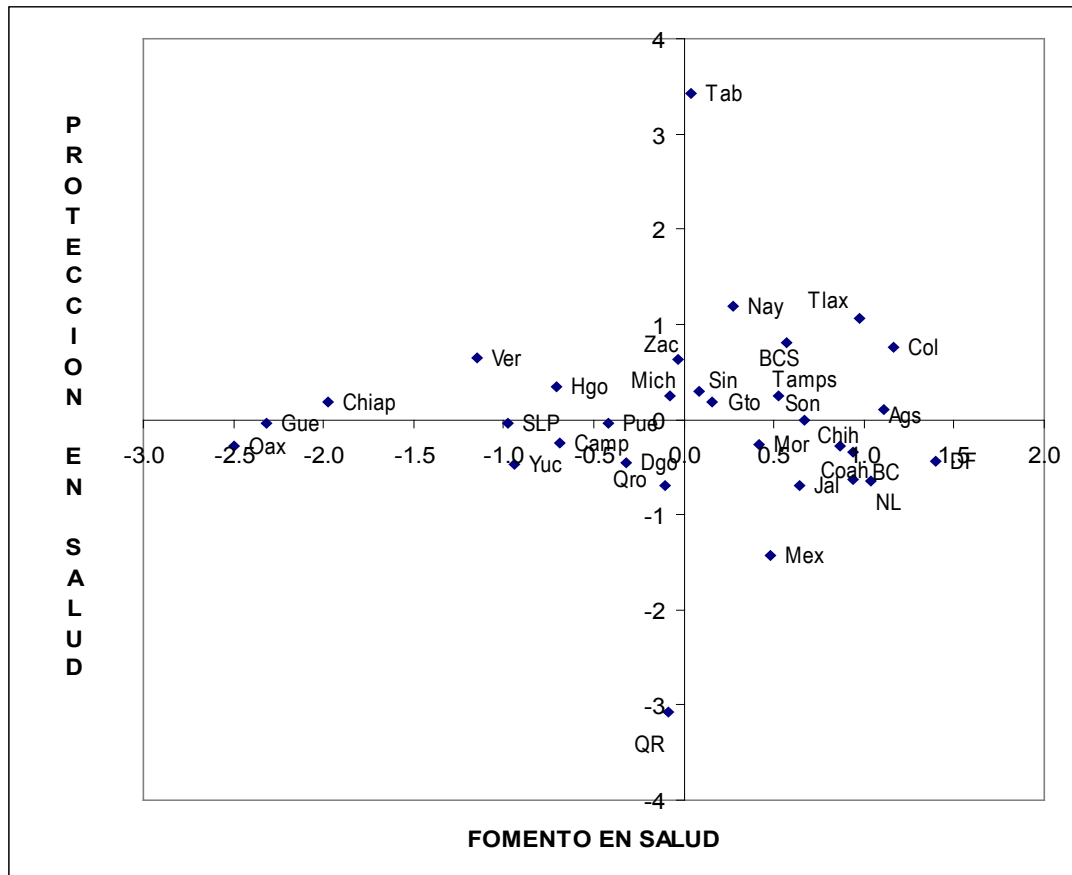
Figura 1. Plano cartesiano: fomento a la salud vs. impacto en salud.



Por último, al utilizar el segundo factor que mide el IMPACTO EN SALUD y establecer la relación con el tercer factor —PROTECCIÓN EN SALUD— distinguimos que en el primer cuadrante se encuentran las entidades federativas con alto impacto y alta protección en salud, hospedando en él a Nayarit, Sinaloa, Tamaulipas, Michoacán, Sonora y Colima, que significan el 18,75% de los estados en el país; en el segundo cuadrante, que ubica a los estados con bajo impacto y alta protección en salud, tenemos el 28,12% de las entidades federativas de la nación, encontrando a Zacatecas, Baja California Sur, Veracruz, Hidalgo, Chiapas, Aguascalientes, Guanajuato,

Tabasco y Tlaxcala en esta condición; en el tercero de los cuadrantes, que contiene a las entidades federativas con bajo impacto y protección en la salud, localizamos con esta circunstancia, a Baja California, Distrito Federal, Jalisco, México, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Yucatán y Zacatecas que instituyen el 34,37% de los estados de México; y en el cuarto cuadrante que tiene como peculiaridad amparar a los estados con alto impacto y baja protección en la salud, distinguimos al Coahuila, Campeche, Guerrero, Nuevo León, Morelos y Durango, que establecen el 18,75% del país (figura 3).

Figura 2. Plano cartesiano: fomento a la salud vs. protección a la salud.

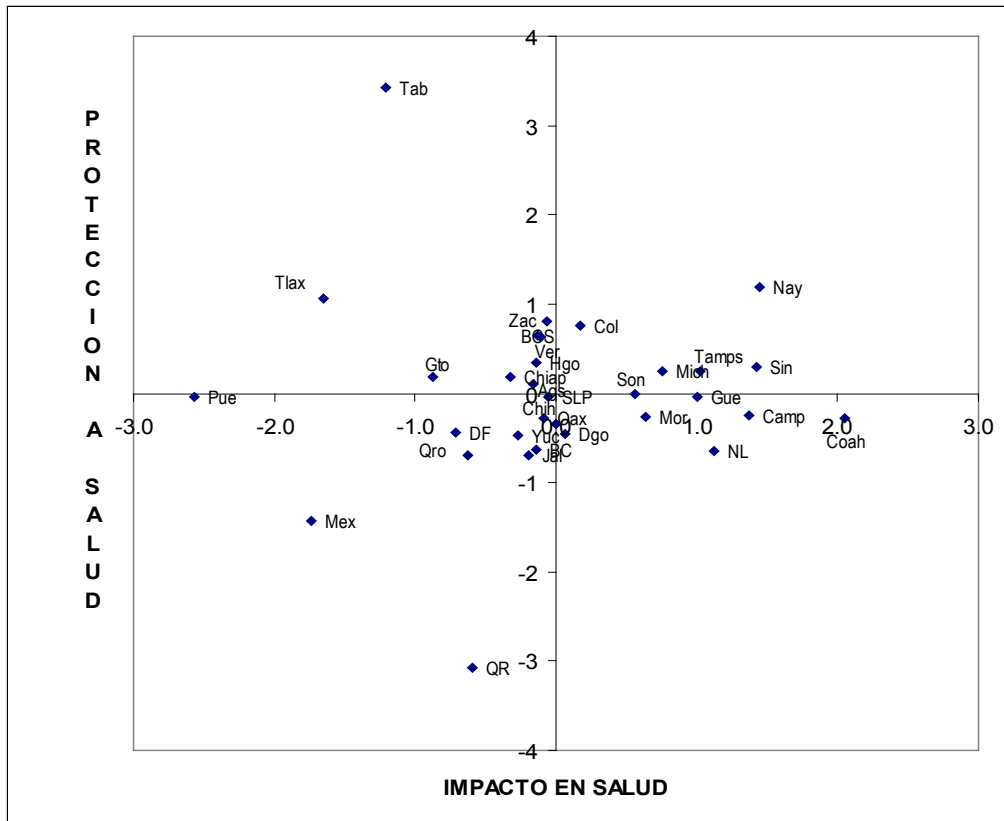


Elaboración del Índice de Protección y Fomento a la Salud (IPYFS)

Para obtener el Índice de Protección y Fomento a la Salud (IPYFS) fue necesario compactar los tres componentes anteriores en un solo indicador. Para esto, se realizó una suma ponderada de los tres, utilizando como ponderador el porcentaje de información explicada por cada uno después de las cargas de factores rotadas. De esta manera, el componente FOMENTO A LA SALUD obtiene un peso del 38,79%; el componente IMPACTO

A LA SALUD, del 22,91%; y el componente de PROTECCIÓN A LA SALUD, del 20,33%. De esta manera, Coahuila, Nayarit, Colima, Nuevo León, Tamaulipas y Tabasco son las seis entidades federativas con una suma ponderada más alta, por lo que obtienen las seis posiciones más altas dentro del Índice de Protección y Fomento a la Salud en México. Por otro lado, Oaxaca, Chiapas, Quintana Roo, Puebla, Guerrero y Yucatán son los seis estados del país, con el resultado más bajo, por lo que ocupan los seis últimos lugares (cuadro 4 y figura 4).

Figura 3. Plano cartesiano: impacto en salud vs. protección a la salud.



Interpretación del IPyFS por gradiente

La estimación de los IPyFS por entidad federativa revela que solo seis entidades federativas tienen un grado muy alto. Tres estados se localizan en el norte de México: Coahuila, Nuevo León y Tamaulipas, donde residen alrededor de 13.226.379 millones de personas, que representan el 12,81% de la población del país (20). Las otras entidades con grado de protección y fomento a la salud muy alto se encuentran distribuidas geográficamente en el occidente (Nayarit y Colima) y el sureste del país (Tabasco) (cuadro 4 y figura 4).

De acuerdo con el cuadro 4 y la figura 4, siete entidades federativas tienen grado alto de IPyFS. De ellas, cuatro se localizan en la región noroeste del país: Sinaloa, Sonora, Baja California Sur y

Chihuahua. Las restantes en el centro del país: Aguascalientes, Distrito Federal y Morelos, donde viven alrededor de 20.156.148 millones de personas, quienes representan el 19,52% de la población del país en el año 2005 (20).

En el cuadro 4 puede verse que en el conjunto de seis entidades federativas con grado medio de IPyFS viven alrededor de 16.753.284 millones de personas, cifra que representa el 16,22% de la población nacional (20). Dichas entidades conforman una región en el occidente de territorio nacional, pues se localizan tres estados (Michoacán, Jalisco y Zacatecas) en esta condición, y el resto se encuentra distribuida en el en el norte (Baja California), centro (Tlaxcala) y sureste de México (Campeche) (figura 4).

Conforme con las estimaciones del índice de IPyFS por entidad federativa que se presentan en el cuadro 4 y la figura 4, siete entidades federativas tienen grado bajo. Estas son, en orden de importancia, México, San Luis Potosí, Veracruz, Querétaro, Hidalgo, Durango y Guanajuato, donde viven 33.874.705 millones de personas, esto es, el 32,80% de la población nacional (20). Como puede

verse en la figura 4, los índices de protección y fomento a la salud confirman que con la excepción de Durango en el centro norte del país, las demás entidades federativas conforman una macrorregión donde la desigualdad de oportunidades sitúa en clara desventaja social a una proporción significativamente alta de la población del país.

Cuadro 4. Índice de protección y fomento a la salud (IPyFS) en México.

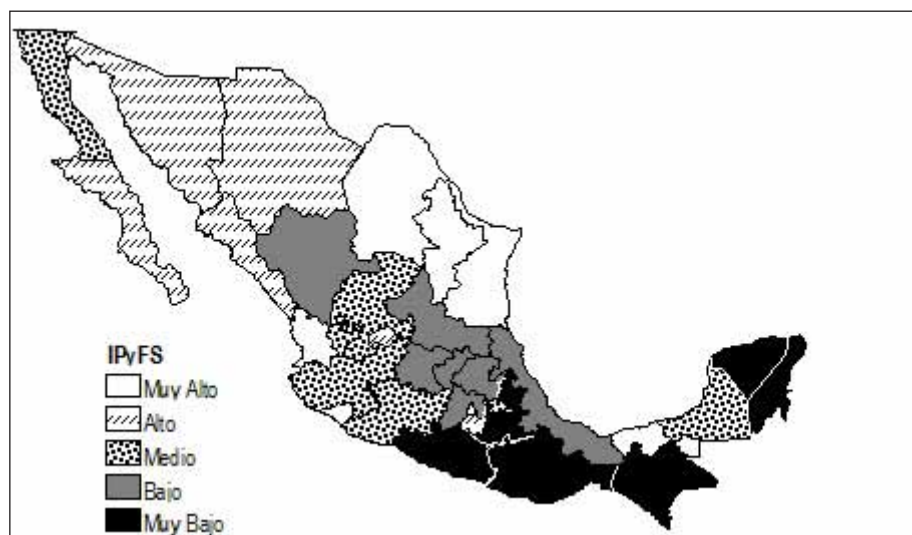
<i>Estado</i>	<i>IPyFS</i>	<i>IPyFS Cualitativo</i>
Coahuila	0,7477	Muy Alto
Nayarit	0,6800	Muy Alto
Colima	0,6438	Muy Alto
Nuevo León	0,5291	Muy Alto
Tamaulipas	0,4898	Muy Alto
Tabasco	0,4343	Muy Alto
Sinaloa	0,4179	Alto
Aguascalientes	0,4143	Alto
Sonora	0,3880	Alto
Baja California Sur	0,3712	Alto
Chihuahua	0,2938	Alto
Distrito Federal	0,2905	Alto
Morelos	0,2544	Alto
Tlaxcala	0,2150	Medio
Baja California	0,2009	Medio
Michoacán	0,1915	Medio
Zacatecas	0,0916	Medio
Jalisco	0,0627	Medio
Campeche	-0,0038	Medio
Guanajuato	-0,1018	Bajo
Durango	-0,2012	Bajo
Hidalgo	-0,2340	Bajo
Querétaro	-0,3257	Bajo
Veracruz	-0,3428	Bajo
San Luis Potosí	-0,4017	Bajo
México	-0,5025	Bajo
Yucatán	-0,5221	Muy Bajo
Guerrero	-0,6768	Muy Bajo
Puebla	-0,7589	Muy Bajo
Quintana Roo	-0,7923	Muy Bajo
Chiapas	-0,8055	Muy Bajo
Oaxaca	-1,0472	Muy Bajo

Quintiles IPyFS: q1 (-0.5103); q2 (-0.0822); q3: (0.2465); q4: (0.4244).

Finalmente, en el cuadro 4 se presentan los resultados de la estimación del índice de protección y fomento a la salud, y se aprecia que Oaxaca, Chiapas, Quintana Roo, Puebla, Guerrero y Yucatán son las entidades federativas con grado de protección y fomento a la salud muy bajo, donde vive el 18,64% de la población nacional,

esto es, 19.252.872 millones de personas (20). Como se aprecia en la figura 4, se constituyen dos macrorregiones —Sur y Península de Yucatán— que concentran la mayor intensidad de las privaciones en materia de protección y fomento a la salud, y la padecen proporciones significativas de la población del país.

Figura 4. Índice de protección y fomento a la salud (IPyFS) en México.



IPyFS y su relación con la marginación en México

En el caso de México se observa, a través de la marginación, la manifestación del nivel de desigualdad social que posee nuestra sociedad, y así mismo, esto permite prestar atención a las exclusiones de las circunscripciones geográficas de los grupos de población representadas en estas, del acceso a una serie de bienes y de los satisfactores sociales (21,22). Por lo anterior, en el presente estudio se estimó necesario comparar por entidad federativa en nuestro país el IPyFS obtenido, que es un índice que evalúa las condiciones de salud en sentido positivo —y que se relaciona con las capacidades de respuesta en la sociedad— con el índice de marginación, que lo hace negativamente sobre las desigualdades sociales (cuadro 4).

Se halló que existe una correlación del 69% con una tendencia negativa entre los dos índices, que resultó, además, estadísticamente significativa ($p < 0,01$). Esto es, que en el patrón de distribución territorial de la población en la que es manifiesta una mayor desigualdad social o marginación, concurre una disminución o limitación en las acciones de protección y fomento a la salud, que son prácticas sociales que brindan a los distintos grupos de población una serie de beneficios sociales que denotan actividades vinculadas a la procuración de la salud, que es una pieza clave o aptitud para que la población viva una vida mejor y más significativa, ya que la mala salud se constituye en una amenaza para el bienestar social y económico. En el caso de la comparación por entidad federativa, se evidencia que los estados con mayores rezagos estructurales en la necesidades

básicas de acuerdo con la marginación, son los mismos que cuentan con IPyFS bajos (Oaxaca, Chiapas, Guerrero, Veracruz, Puebla, Hidalgo, San Luis Potosí, Yucatán y Guanajuato), mientras que las entidades federativas que tienen IPyFS altos cuentan con niveles de marginación bajos (Nuevo León, Coahuila, Colima, Distrito Federal, Baja California, Aguascalientes, Baja California Sur, Tamaulipas, Sonora, Chihuahua, Jalisco, Morelos, Sinaloa y Tlaxcala) (figura 5).

DISCUSIÓN

Desde la década de los noventa, el progreso y perfeccionamiento de los sistemas de salud en el mundo se ha derivado de la generación de evidencias científicas que han permitido contribuir a la delineación y orientación de políticas en este sector, y con esto garantizar un sistema de salud de calidad, eficiente y equitativo (23). Además, se ha evidenciado un crecimiento en tamaño y complejidad de estos sistemas de salud, lo que ha promovido el interés en evaluarlos, y así conocer su impacto en la población (24). Igualmente, el análisis de las desigualdades en el campo de la salud ha obtenido relevancia de nueva cuenta ante la firme evidencia y certeza de que estas circunstancias aún permanecen en varias naciones del mundo; por esta razón, los estudios de epidemiología política son necesarios con el propósito de evaluar los efectos de las políticas públicas que aplican las instituciones gubernamentales, en materia de desarrollo social y salud (25). Es así como varios autores han llevado a cabo investigaciones, con el fin de determinar empíricamente si los gobiernos pueden tener un efecto en la incidencia y resolución de problemas de salud específicos (25,26). En la actualidad, existe por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud una amplia progresión de información referente a la promoción del uso de indicadores de salud y de su relación con el bienestar económico (27,28). En México, esto es de suma importancia, ya que

la característica de su política social en salud se distingue por la falta de recursos financieros, que le ha llevado a ser catalogada por la Organización Mundial de la Salud como la nación en América Latina que destina el menor porcentaje de gasto público a la salud (29,30).

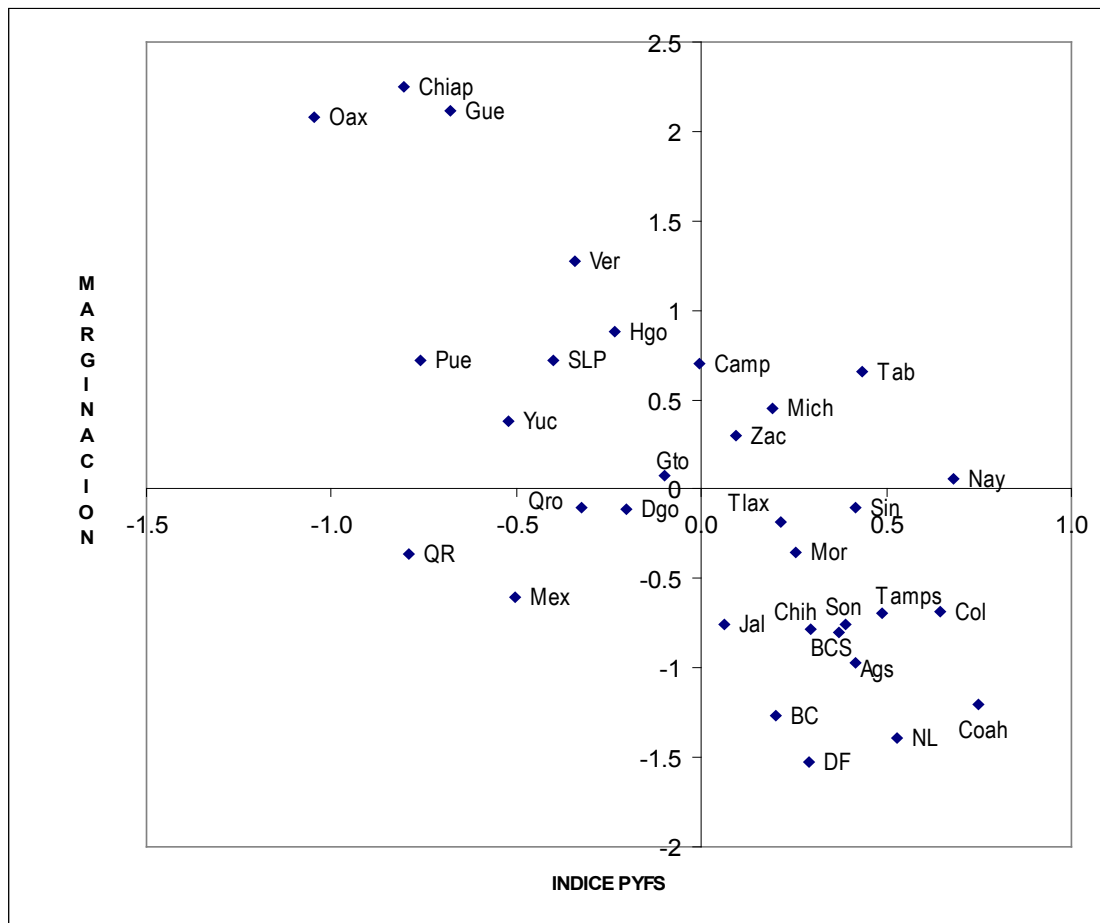
En este contexto, utilizando el marco conceptual de la Organización Mundial de la Salud para el estudio de la protección y fomento a la salud (10), el presente trabajo ha permitido el desarrollo de un IPyFS, para medir la disparidad entre las entidades federativas de México, que denota la distancia que existe en el país por cada uno de los indicadores que lo constituyen; y con esto, distinguir los estados en situación crítica en términos de protección y fomento a la salud, pretendiendo así favorecer y orientar los procesos de intervención desde la información con que se dispone. No obstante el hecho de reconocer los avances importantes de las condiciones de salud de la población mexicana en las últimas décadas (31), se les muestra a las autoridades sanitarias de los diferentes niveles de gobierno (federal y estatal), organizaciones no gubernamentales e instituciones interesadas un marco de referencia global de esta situación en los 32 estados del país, lo cual permite identificar cinco niveles de avance en protección y fomento a la salud (muy bajo, bajo, medio, alto y muy alto).

El IPyFS es primordialmente una medida resumen de los indicadores contemplados para su elaboración, comparativo y dinámico, en el fundamento de que si las entidades federativas no progresan en la mejoría de sus indicadores, estos presentarán en el transcurrir del tiempo un peor comportamiento. Por otra parte, la representación gráfica de las distancias en el IPyFS y su análisis por sus constructos que lo constituyen (Protección a la Salud, Impacto en Salud y Fomento a la Salud) permiten apreciar visualmente, cuantitativamente y cualitativamente el aspecto más relevante en salud que está aumentando la disparidad en cada entidad federativa del país, dejando en evidencia las poblaciones que se encuentran en condiciones

más desfavorables. Al respecto se ha denotado en el presente estudio que existen importantes variaciones geográficas en México, donde las más grandes disparidades se encuentran localizadas en la región centro-sur del país, que se caracteriza por la falta de acceso de la población a la educación primaria, el residir en viviendas inadecuadas, el

contar con una percepción de ingresos económicos bajos y las propias originadas por tener residencia en localidades y sitios pequeños, incomunicados y dispersos; esto se evidencia en la falta de equipamientos e infraestructura apropiada, lo cual constituye una precaria estructura de oportunidades para su población (4).

Figura 5. Relación del IPyFS con el índice de marginación en México.



En México se cuenta actualmente con un volumen considerable de datos agregados, procedentes de las fuentes convencionales que agrupan y sistematizan esta información relacionada con la salud. Por lo cual se vuelve relevante utilizar esta información para estudiar las disparidades que se suscitan en

materia de protección y fomento a la salud. El uso de este IPyFS con este enfoque debe permitir a las instancias decisorias fortalecer la equidad, las políticas en salud, la participación social y la capacidad administrativa del sistema de salud para México; lo cual se infiere al encontrar una relación

significativa con el índice de marginación que se elabora por el Consejo Nacional de Población (CONAPO) (21), que se utiliza ampliamente en México para asentar categorías jerárquicas entre las unidades territoriales, según la acentuación de las carencias estructurales que expresan una situación social de desventaja económica, socio-ambiental o política y que precisa la dificultad — por estos núcleos poblacionales— para integrarse a los sistemas preexistentes de funcionamiento social y alcanzar las prerrogativas de bienestar social.

Lo antes mencionado se alinea en los ejes sustantivos, filosóficos y de valores del trabajo que guían e impulsan organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud (1,2,12,32). Así mismo, se pone de manifiesto que la existencia y aplicación de recursos financieros para la protección y fomento en salud en las entidades federativas marca una diferencia sustancial, siempre y cuando esta se convierta en atención accesible y de calidad para la población. Por consiguiente, esto debe evidenciarse en aspectos tangibles como una buena calidad de vivienda y un ambiente seguro, que conceda y fortalezca: a) el aumento en la esperanza de vida, b) la reducción en la morbilidad y mortalidad infantil y perinatal, y c) el mejoramiento del bienestar y salud de la población (7).

En conclusión, la estimación de un índice como el propuesto para el conjunto de entidades federativas en México permitirá aproximarse al conocimiento de la actual desigualdad regional que existe en salud y de las oportunidades sociales; así mismo, comprender y analizar la situación en la que subsiste el país y aclarar aspectos relevantes de este marco conceptual de abordaje que es la equidad en salud. Para lograr esto es preciso sortear las diferencias innecesarias, evitables e injustas que se producen en la sociedad (1). Se puede considerar este trabajo como un esfuerzo más a los de carácter de epidemiología política, que apunta hacia la identificación de las desigualdades sanitarias en materia de protección y fomento a la salud, y que se sustenta en la veracidad de la información obtenida de las fuentes examinadas y consultadas, información que por lo general es utilizada por organismos internacionales para evaluar la gestión en salud en México y que en muchas ocasiones es puntal para la toma de decisiones políticas. Finalmente, la investigación sobre los determinantes de la salud es todavía incipiente (7) y dada la complejidad para determinar las inequidades en salud, solo a través de estos artificios metodológicos se podrá contar con una aproximación a la magnitud de esta problemática —que obstruye el pleno desarrollo de las potencialidades humanas— y del seguimiento de los progresos realizados por la sociedad y las autoridades sanitarias para su solución.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arteaga O, Tollaug S, Nogueira AC, Darras C. Información para la equidad en salud en Chile. *Rev Panam Salud Pública* 2002;11(5/6):374-85.
2. Torres C, Mújica OJ. Salud, equidad y los objetivos de desarrollo del milenio *Rev Panam Salud Publica* 2004;15(6):430-39.
3. Szwarcwald CL. On the World Health Organisation's Measurement of Health Inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2002;56:177-82.
4. Miguel AE, Torres JC, Solís N. Las desigualdades del desarrollo regional en México. *Oaxaca Población Siglo XXI* 2007;Año 7(20):7-13.
5. Murray CJ, Gakidou EE, Frenk J. Desigualdades en salud y grupo social las diferencias: ¿Qué debemos medir? *Boletín de la Organización Mundial de la Salud* 1999;77(7):537-43.
6. Borrell C, Rué M, Pasarín MI, Benach J, Kunst JAE. La medición de las desigualdades en salud. *Gaceta Sanitaria* 2000;14(Supl. 3):20-33.
7. Starfield B. Equidad en salud y atención primaria: Una meta para todos. *Gerencia y Política de Salud* 2001;1(1):7-16.
8. Asada Y, Hedemann T. A Problem with the Individual Approach in the WHO Health Inequality Measurement. *International Journal for Equity in Health* [serie en línea] 2002 [citado 2008 Ago 12]; 1:2. Disponible en URL: <http://www.pubmedcentral.gov/articlerender.fcgi?artid=119370>
9. Labonté R, Torgerson R. Interrogating globalization, health and development: towards a comprehensive framework for research, policy and political action. *Critical Public Health* 2005;15:157-79.
10. Organización Mundial de la Salud [en línea]. Disponible en URL: <http://www.un.org/spanish/esa/sustdev/agenda21/agenda21spchapter6.htm> [citado 2009 Ago 12].
11. Junqueira V, Catarino-Pessoto U, Kayan J, Nascimento PR, do Nascimento Castro IE, da Rocha JL, Terence MF, Boaretto RC, Cesar Ibanhes L, Tato Corti C, Sterman Heimann L. Equidad en la salud: evaluación de políticas públicas en Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1993-1997. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro* 2002;18(4):1087-101.
12. Paz-Ballivián M, de la Gálvez Murillo-Camberos A. Identificación de territorios críticos en salud materna mediante indicadores. *Rev Panam Salud Publica* 2002;12(1):5-10.
13. Gakidou EE, Murray CJL, Frenk J. Defining and Measuring Health Inequality: An Approach Based on the Distribution of Health Expectancy. *Bulletin of the World Health Organization* 2000;78:42-54.
14. Braveman P, Starfield B, Geiger H. World Health Report 2000: How it removes equity from the agenda for public health monitoring and policy. *British Medical Journal* 2001; 323:678-80.
15. Scott J. Desigualdad de la salud y de la atención de la salud en México. Serie de Documentos de Trabajo Innovaciones en el Financiamiento de la Salud. Fundación Mexicana para la Salud, A.C./ Instituto Nacional de Salud Pública;2006.
16. Labonté R, Schrecker T. Globalization and social determinants of health: Introduction and methodological background (part 1 of 3). *Globalization and Health* 2007 [en línea] 3:5 [citado 2009 Ago 12]. Disponible en URL: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1924848>
17. Alleyne GAO, Castillo-Salgado C, Schneider MC, Loyola E, Vidaurre M. Overview of social inequalities in health in the Region of the Americas, using various methodological approaches. *Rev Panam Salud Pública* 2002;12(6):388-97.
18. Eslava-Schmalbach JH, Buitrago-Gutiérrez G. Dos indicadores para medir la brecha en salud y economía de los países. *Rev Salud Pública* 2004;6(2):183-98.

19. Secretaría de Salud y Organización Panamericana de la Salud. Situación de Salud en México 2006. Indicadores Básicos SS/OPS;2006.
20. INEGI. Censo de población y vivienda 2005 [en línea] [citado 2009 Ago 12]. Disponible en URL: <http://www.inegi.gob.mx/inegi/default.aspx?s=est&c=10215>
21. CONAPO. Indicadores socioeconómicos e índice de marginación municipal, 1990. Primer informe técnico del proyecto Desigualdad regional y marginación municipal en México. México: Consejo Nacional de Población;1993.
22. Zurita B, Lozano R, Ramírez T, Torres JL. Desigualdad e inequidad en salud. Caleidoscopio de la salud. De la investigación a las políticas y de las políticas a la acción. FUNSALUD 2003;29-39.
23. Soberón-Acevedo G, Valdés-Olmedo C. Evidencias y salud: ¿Hacia dónde va el sistema de salud en México? Salud Pública de México 2007;49(S1):5-7.
24. Aguilera N, Marrufo GM, Montesinos A. Desigualdad en salud en México: Un análisis de sus determinantes. 1^{ra} ed. Ed. Universidad Iberoamericana, A.C.;2005.
25. Álvaro F, Álvarez-Dardet C, Ruiz MT. Effect of democracy on health: ecological study. BMJ 2004;329(7480):1421-23.
26. Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJ, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M, Kunst AE. Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries. N Engl J Med 2008;358(23):2468-81.
27. Woodward D, Drager N, Beaglehole R, Lipson D. La globalización y la salud: Marco de análisis y acción. Bull WHO 2002;32:32-8.
28. Organización Panamericana de la Salud. Unidad Género, Etnia y Salud. Indicadores básicos para el análisis de la equidad en género de salud. Washington, D.C: OPS/PALTEX;2004.
29. World Health Organization (WHO). World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance. Estatistic annex. Geneva: WHO [en línea] [citado 2009 Ago 12]. Disponible en URL: <http://www.who.int/whr2001/2001/archives/2000/en/contents.htm>
30. Tamez-González S, Valle Arcos RI. Desigualdad social y reforma neoliberal en salud. Revista Mexicana de Sociología 2005;67(2):321-56.
31. Secretaría de Salud. Salud: México 2002. Información para la rendición de cuentas. México;2003.
32. White F. De la evidencia al desempeño: cómo fijar prioridades y tomar buenas decisiones. Rev Panam Salud Pública 1998;4:69-74.

TEJIDO ADIPOSO EN ESCOLARES ENTRE 7 Y 18 AÑOS DE EDAD

*Diego Alonso Alzate Salazar**
*Santiago Ramos Bermúdez***
*Luis Gerardo Melo Betancourt****

Recibido en mayo 31 de 2011, aceptado en octubre 19 de 2011

Resumen

Objetivo: caracterizar el tejido adiposo de escolares entre 7 y 18 años de edad. **Materiales y métodos:** estudio descriptivo y correlacional de corte transversal. Universo: 224.200 estudiantes de colegios públicos y privados del departamento de Caldas en 2007, representado por una muestra de 1.139 escolares (538 mujeres, 601 varones) en cinco municipios. Técnica: observación de medidas antropométricas. Análisis: con el programa Statgraphics 5.1 plus se calcularon el promedio, la desviación estándar, las correlaciones entre variables, la prueba de hipótesis y la significación de las diferencias entre medias. **Resultados:** los promedios del porcentaje de grasa fueron superiores a los de la población de referencia internacional. Se encontraron diferencias altamente significativas ($P < 0,01$) entre géneros en porcentaje de grasa, siendo mayor el de las mujeres. La clasificación nutricional a partir de la reserva energética para hombres tuvo déficit 11%, normalidad 86,5% y exceso 2,5%; y para las mujeres déficit de 11,9%, normalidad 84,4% y exceso 3,8%. Tomando como criterio de obesidad los percentiles 85 y 95 de la suma de pliegues de grasa del tríceps y subescapular por edad, las cifras variaron ligeramente: 7,7% y 10,8% de sobrepeso y 3,3% y 1,1% de obesidad en hombres y mujeres, respectivamente. En porcentaje de grasa ($\geq 25\%$ hombres y $\geq 32\%$ mujeres) se encontró obesidad en 13,2% de hombres y 13,6% de mujeres, cifras más cercanas a las reportadas en estudios internacionales recientes. **Conclusiones:** las mujeres tuvieron más tejido adiposo en todos los grupos etarios y la población evaluada tiene más porcentaje de grasa que la población de referencia internacional.

Palabras clave

Composición corporal, antropometría, tejido adiposo, pliegues cutáneos, escolares. (Fuente: DeCS, BIREME)

* Licenciado en Educación Física y Recreación, especialista en farmacodependencia, Magíster en Educación - Docencia. Universidad de Caldas, Facultad de Ciencias para la Salud, Docente Departamento de Acción Física Humana, Grupo de Investigación Cumanday Actividad Física y Deporte. Correo electrónico: diego.alzate@ucaldas.edu.co

** Licenciado en Educación Física. Magister. Universidad de Caldas. Facultad de Ciencias para la Salud. Docente Departamento de Acción Física Humana. Grupo de Investigación Cumanday Actividad Física y Deporte. Correo electrónico: santiago.ramos@ucaldas.edu.co

*** Ph.D. en Pedagogía. Universidad de Caldas, Facultad de Ciencias para la Salud, Docente Departamento de Acción Física Humana, Grupo de Investigación Cumanday Actividad Física y Deporte. Correo electrónico: luis.melo@ucaldas.edu.co

ADIPOSE TISSUE IN 7 TO 18 YEAR OLD SCHOOLCHILDREN

Abstract

Objective: to characterize the adipose tissue of 7 to 18 years old schoolchildren. **Material and methods:** descriptive, correlational, cross-sectional study. Population: 224.200 students from public and private schools from Caldas in 2007, represented by 1,139 students (538 women, 601 men) probabilistic random sample in five municipalities. Technique: anthropometric measurement observation. Analysis: average, standard deviation, correlations between variables, hypothesis testing and significance of the differences between means were calculated using the Statgraphics 5.1 plus program. **Results:** average fat percentages were higher than those in the international reference population. Highly significant differences ($P < 0.01$) in fat percentage were found between genders being higher in women. The nutritional classification from the energy reserve for men showed deficit 11%, normal 86.5% and excess 2.5%; for women it showed deficit 11.9%, normal 84.3% and excess 3.8%. Taking 85 and 95 percentiles of the sum of fat folds of triceps and subscapular for age as overweight and obesity criterion, the values varied slightly: 7.7% and 10.8% overweight for men and women respectively, and 3.3% and 1.1% obesity. In fat percentage ($\geq 25\%$ $\geq 32\%$ men and women) obesity was found in 13.2% men and 13.6% women. These values are closer to those reported in recent international studies. **Conclusions:** women had more adipose tissue in all age groups and the studied population had a greater fat percentage than the international reference population.

Key words

Body composition, anthropometry, adipose tissue, skinfold thickness, schoolchildren. (Source: MeSH, NLM)

TECIDO ADIPOSEO EM ESCOLARES ENTRE 7 E 18 ANOS DE IDADE

Resumo

Objetivo: caracterizar o tecido adiposo de escolares entre 7 e 18 anos de idade. Materiais e métodos: estudo descritivo e correlacional de corte transversal. Universo: 224.200 estudantes de colégios públicos e privados do departamento de Caldas em 2007, representando por uma amostra de 1.139 escolares (538 mulheres, 601 varões) em cinco municípios. Técnica: observação de medidas antropométricas. Análise: com o programa Statgraphics 5.1 plus calcularam-se uma média e desvio padrão, as correlações entre variáveis, a prova de hipóteses e a significação das diferenças entre médias. **Resultados:** as médias de porcentagem de gordura foram superiores às da população de referência internacional. Encontraram-se diferenças altamente significativas ($P < 0,01$) entre gêneros em porcentagem de gordura, sendo maior a das mulheres. A classificação nutricional a partir da reserva energética para homens teve déficit 11% normalidade de 86,5 e excesso 2,5%; e para as mulheres déficit de 11,9% normalidade 84,4% e excesso de 3,8%. Tomando como critério de obesidade os percentis 85 e 95 da soma de dobras de gordura do tríceps e subescapular por idade, as cifras variaram ligeiramente: 7,7% e 10,8% de sobrepeso e 3,3% e 1,1% obesidade em homens e mulheres, respectivamente. Em porcentagem de gordura ($\geq 25\%$ homens e $\geq 32\%$ mulheres) encontrou-se obesidade em 13,2% de homens e 13,6% mulheres, cifras mais próximas às reportadas em estudos internacionais recentes. **Conclusões:** As mulheres tiveram mais tecido adiposo em todos os grupos etários e a população avaliada tem mais porcentagem de gordura que a população de referência internacional.

Palavras chave

Composição corporal, antropometria, tecido adiposo, dobras cutâneas, escolares. (Fonte: DeCS, BIREME)

INTRODUCCIÓN

La información disponible que vincula a la antropometría en la adolescencia con factores biológicos y sociales es fundamentalmente descriptiva y de relación; por ejemplo, los adolescentes de una sociedad próspera son más altos que los adolescentes menos adinerados de la misma edad. Estos resultados son esenciales para comprender la variabilidad antropométrica, las características del desarrollo y las correlaciones significativas de las dimensiones antropométricas (1).

Entre los estudios más importantes merecen especial mención el NHANES (*National Health and Nutrition Examination Survey*) (2) realizado en Estados Unidos en 1975, el cual por la metodología y cobertura era recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como población de referencia. La *American Alliance for Health, Physical Education, Recreation and Dance (AAPHERD)*, 1988) (3) propuso unos criterios para la evaluación antropométrica de los escolares de Estados Unidos, a partir de un estudio de cobertura nacional.

En Colombia fue expedida la Resolución 2121 de 2010 del Ministerio de Protección Social (4), que establece normas para las mediciones antropométricas en la población, en la cual se cambiaron los parámetros poblacionales anteriores (NCHS) por los propuestos por la OMS, debido a que en los primeros la alimentación inicial había sido hecha con leche de fórmula y no con leche materna, lo cual producía una gran diferencia en el crecimiento, sumado a que la OMS entre 1997 y 2003 desarrolló un estudio multicéntrico cuyo objetivo fue proveer datos que describieran “cómo deben crecer todos los niños y niñas hasta los cinco años de edad cuando se tienen condiciones adecuadas de nutrición, medio ambiente y cuidado en salud”, dando origen al nuevo estándar de crecimiento, que incluyó muestras poblacionales sanas de África, las Américas, Asia y Europa,

y que fueron presentadas por el ente mundial en 2006 para niños y niñas de 0 a 5 años.

Varios estudios han señalado la relación entre la calidad de vida de la población y su desarrollo corporal o crecimiento físico; por ejemplo, Tanner (5) decía en 1979 que los indicadores antropométricos como estatura y masa corporal (peso) en niños y adolescentes podían ser utilizados como ‘espejo de la sociedad’.

En los Estados Unidos la tasa de obesidad en niños, definida por la presencia de un peso corporal mayor de lo esperado de acuerdo con la estatura, está creciendo a una velocidad alarmante. La obesidad es causada por ingerir más calorías de las que son usadas. De acuerdo con los estudios más recientes, hechos por la Encuesta NHANES III, el 22% de los niños califican como obesos (2), a diferencia del 15% de hace diez años según Tansey (6).

La obesidad en los niños está asociada con complicaciones específicas: autoestima baja, que puede agravar la obesidad; desórdenes depresivos, identificados en más o menos el 10% de los niños obesos; apnea del sueño, causada por la obstrucción de las vías respiratorias superiores; esteatohepatitis; hipertensión; arterosclerosis y diabetes mellitus tipo II.

Un estudio del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) (7) muestra que hay una tendencia alarmante en la salud de los jóvenes hispanos que viven en los Estados Unidos: los índices cada vez mayores de obesidad y de enfermedades crónicas relacionadas, tales como la diabetes tipo II, el colesterol y la presión arterial elevadas. El 30,4% de todos los niños hispanos en los Estados Unidos tienen sobrepeso, comparado con el 25% de los niños caucásicos. El aumento en los comportamientos sedentarios significa que los hispanos no son tan activos como antes. Hay una mayor dependencia de los automóviles o del transporte público, y las personas ya no caminan

ni van en bicicleta a sus trabajos o a la escuela como hace 20 años. Además, ha habido un gran aumento en la cantidad de tiempo que los niños dedican a mirar TV y a jugar con los videojuegos en vez de jugar afuera (8).

En Europa la situación de obesidad infantil también es preocupante. Según Rodríguez (9), una de las mayores preocupaciones de los médicos de poblaciones occidentales es el aumento de la obesidad. En Europa, las cifras hablan de entre un 8% y un 20% de obesos en la población adulta. Aunque no hay estimaciones exactas con respecto a los niños, se calcula que entre un 5% y un 10% de los niños europeos puede tener exceso de peso. Se han mencionado causas genéticas concretamente, se habló del gen bautizado en su día por expertos de la Universidad de Rockefeller como *ob/ob*. Una mutación de este gen inhibe la producción de leptina, una hormona generada por las células grasas que se encarga de producir la sensación de saciedad y de regular así la ingesta alimenticia y el gasto de energía. Si bien hay factores genéticos que inciden en la obesidad de las personas, no se pueden ignorar los factores externos como determinantes a la hora de hablar de obesidad. Según declaró el doctor Gilberto Velho (10), “los genes no los podemos cambiar, pero sí podemos intervenir en los factores medioambientales, como la dieta y el ejercicio, que influyen en el desarrollo de la obesidad en los niños. Sobre todo teniendo en cuenta que este problema es un factor importantísimo de riesgo para la aparición de enfermedades cardiovasculares y endocrinas en la edad adulta”.

Según Del Pozo (11), en España la situación no es diferente, pues el 10% de los niños españoles sufre de obesidad. El ordenador y la televisión hacen que actualmente los niños pasen más tiempo sentados. Este sedentarismo, acompañado de una alimentación muy rica en grasas, ha provocado que el porcentaje de niños obesos sea cada vez más elevado. Una buena educación alimentaria y un ejercicio continuado son posibles soluciones

para controlar esta tendencia. Un estudio realizado sobre 6.000 niños de la Comunidad de Madrid y dirigido por el doctor Basilio Moreno, jefe de la Unidad de Obesidad del Hospital Gregorio Marañón, de Madrid, ha llegado a la conclusión de que durante la última década el número de niños obesos se ha duplicado, pasando del 5% que había en 1990 al actual 11%. No solo se ha elevado el índice de obesos, sino que también el sobrepeso infantil alcanza en estos momentos tasas del 33%.

En Latinoamérica igualmente se encuentran resultados preocupantes. Según reveló un estudio de la Junta Nacional de Jardines Infantiles (Junji) (12) y el Ministerio de Educación de Chile, el 33% de los niños chilenos entre los tres meses y seis años de edad presentan problemas de sobrepeso y obesidad. El estudio se realizó con 49.516 niños, que se educan en recintos donde se imparte la jornada escolar completa. Uno de los problemas que enfrentan los niños en el alza de su peso es el consumo de alimentos altamente calóricos y el sedentarismo, dejando de lado la actividad física, que es muy común a su edad.

Henriques (13) analizó 412 escolares entre 11 y 14 años de edad de la ciudad de Caratinga, Brasil. Con referencia a la composición corporal, la proporción de grasa relativa presentó una diferencia acentuada con aumento en las mujeres a partir de los 12 años en comparación con los hombres.

Glaner y Pires (14) estudiaron el crecimiento físico de 699 niñas escolares en instituciones rurales y urbanas en los municipios brasileños de Eral Grande, Chapecó, Concórdia y Saudades, y encontraron que dicho crecimiento físico es semejante entre niñas rurales y urbanas; alrededor del 90% de la muestra presentó estatura y peso corporal normales, pero el 56,94% de las niñas presentó una sumatoria de pliegues de tríceps más subescapular por encima de lo recomendado.

Puggina y Carneiro (15) en un estudio sobre la grasa subcutánea y área muscular de los miembros

superiores en niñas de 7 a 11 años de edad, encontraron que la circunferencia del brazo, el área muscular, el brazo y el índice de masa corporal no fueron afectados por la edad en edades entre 7 y 11 años. La cantidad de grasa y masa muscular de los miembros superiores en el sexo femenino no sufrió modificaciones significativas entre 7 y 11 años de edad, pese a que muchos autores han observado la involución de la masa corporal magra como consecuencia del desuso generado por períodos de inactividad física (16) y que tal efecto genera reducción de la masa muscular y disminución de la cantidad de mineral óseo.

En cuanto a los pliegues de grasa del tríceps, subescapular y suprailiaco, Jordan mostró, en el Estudio Nacional de Cuba realizado con una muestra de 50.260 individuos, que las niñas tuvieron siempre mayores valores que los niños, en especial a partir de los 10 años (17).

En Colombia son escasos los datos precedentes que se ocupen de la valoración de características antropométricas de los escolares y de la creación de tablas de referencia propias a partir de las cuales se pueda evaluar un individuo al interior de una población.

En Caldas, Espinosa et al. (18) elaboraron el “Perfil antropométrico y condicional de los escolares manizaleños entre los 7 y 16 años” como trabajo de grado de educación física en la Universidad de Caldas, les aplicaron a los escolares de Manizales —ciudad que había quedado excluida del estudio de Coldeportes— las mediciones antropométricas y condicionales planteadas por Jáuregui y Ordóñez en 1993 para el ámbito nacional, y encontraron diferencias no significativas en las distintas características.

Entre 2000 y 2003, Ramos et al. (19, 20) encontraron diferencias entre los escolares evaluados y los valores de referencia (NCHS), no solo en Manizales, Marquetalia y Marmato, sino también en algunas comunas de Manizales. En

particular, tales diferencias estaban relacionadas con la estatura, el peso para la edad y el porcentaje de músculo (ambos inferiores) y el porcentaje de grasa (superior).

A partir de esta revisión se planteó la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo evoluciona el tejido adiposo en los escolares caldenses entre 7 y 18 años de edad? Se formuló la hipótesis de que el tejido adiposo de los escolares caldenses es mayor que el de la población de referencia internacional (OMS) (1), pero no diferentes a la referencia nacional (21).

MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio fue de tipo descriptivo, correlacional y de corte transversal. La población universo estuvo constituida por los estudiantes matriculados en instituciones educativas públicas y privadas del nivel básico y medio del departamento de Caldas, que en total fueron 224.200¹. La muestra calculada fue de 1.139 escolares entre 7 y 18 años de edad (538 mujeres y 601 varones) matriculados en 30 planteles educativos de cinco municipios del departamento: Manizales, Anserma, Manizales, La Dorada y Aguadas, y seleccionados de forma aleatoria para una confianza del 95% con un error estimado del 2,9%.

Para determinar el tamaño de la muestra se empleó un diseño polietápico a partir del muestreo irrestricto aleatorio, así: 1) selección de un municipio representativo de cada uno de los distritos agroindustriales en los que se divide el departamento de Caldas²; 2) selección aleatoria de los colegios oficiales y no oficiales para evaluar en cada municipio; y 3) selección aleatoria de los cursos para evaluar en cada colegio. Cada curso fue evaluado completamente, exceptuando a los escolares que no hubieran sido autorizados por sus padres en el consentimiento informado.

¹ Dato suministrado por la Secretaría de Educación del departamento de Caldas.

² Departamento de Caldas. Plan de Desarrollo 2000-2010.

Para el análisis de la información se elaboró una base de datos en el programa Excel 2000 para Windows, con el cual se calcularon medidas de tendencia central (media) y dispersión (desviación estándar y coeficiente de variación).

Mediante el Programa Estadístico Statgraphics, versión 5.1 plus, se calcularon las correlaciones entre variables, la prueba de hipótesis y la significación de las diferencias entre medias. La prueba de hipótesis se hizo mediante la Prueba 't' de Student, las correlaciones entre variables continuas mediante la 'r' de Pearson, la normalidad de la distribución de la población mediante Shapiro-Wilks, y las diferencias entre medias mediante la prueba de Tukey.

La técnica utilizada fue la observación directa mediante las técnicas antropométricas estandarizadas, a través de las cuales se calculó el porcentaje de grasa con las ecuaciones de Lohman y Slaughter (22). Las ecuaciones para calcular el porcentaje de grasa fueron:

- Para suma tríceps subescapular mayor a 35 mm:

$$\% \text{ grasa hombres} = 0,783 * \sum \text{TrSe} + I^3$$

$$\% \text{ grasa mujeres} = 0,546 * \sum \text{TrSe} + 9,7$$

- Para suma menor a 35 mm:

$$\% \text{ grasa hombres} = 1,21 (\sum \text{TrSe}) - 0,008(\sum \text{TrSe})^2 + 1$$

$$\% \text{ grasa mujeres} = 1,33 (\sum \text{TrSe}) - 0,013(\sum \text{TrSe})^2 + 2,5$$

Fue diseñada una planilla individual de recolección de la información para las mediciones antropométricas. Para medir los pliegues cutáneos se utilizó un calibrador *Harpender* con una precisión de 0,2 mm y una capacidad de 8 cm; el peso corporal fue medido con una báscula electrónica marca *Seca*, con precisión de 50 gr y capacidad de 150 kg.

La resera energética fue valorada sumando el grosor de los pliegues cutáneos del tríceps y subescapular, para luego compararla con el valor esperado para sexo y edad.

El procedimiento partió de la elaboración de los formatos para la recogida de datos. Fueron entrenados auxiliares y anotadores; posteriormente, se realizó la prueba piloto y se seleccionaron los centros educativos donde se aplicaron las mediciones. Finalmente, se contactó a los profesores de educación física de los centros educativos integrantes de la muestra para proceder a la recolección de la información.

Las consideraciones bioéticas incluyeron que la participación de los escolares en las mediciones fue voluntaria. Se solicitó la aprobación de los padres o acudientes de los estudiantes seleccionados dentro de la muestra, mediante un consentimiento informado en el que manifestaron su aprobación, si así lo consideraban, para que los niños, niñas y jóvenes fueran evaluados. En la toma de medidas antropométricas, se contó con evaluadoras femeninas para la toma de pliegues de grasa a las niñas y jóvenes, evaluaciones que fueron hechas en un sitio cerrado. El proyecto fue revisado y aprobado por el Comité de Bioética de la Facultad de Ciencias para la Salud de la Universidad de Caldas.

RESULTADOS

Características demográficas de la población

La población evaluada presentó las características demográficas que se resumen en la tabla 1. Normalmente se espera que los escolares estén terminando la educación secundaria alrededor de los 16 o 17 años de edad. Se observó que los escolares caldenses de mayor edad cronológica (17 a 19 años) están en promedio en 10° grado, es decir, traen un atraso hasta de tres años frente a lo esperado.

³ I= Intercepto según grupo étnico y madurez sexual

Tabla 1. Características sociodemográficas de muestra evaluada.

Variable	Todos n=1139	Masculino n=601 (52,8%)	Femenino n=538 (47,2%)
Edad			
7 – 10 años	325 (28,5%)	156 (13,7%)	169 (14,8%)
11 – 14	490 (43,0%)	255 (22,4%)	235 (20,6%)
15 – 18	282 (24,8%)	156 (13,7%)	126 (11,1%)
perdidos	42 (3,7%)		
Escolaridad			
1° - 3°	214 (19,2%)	118 (10,4%)	96 (8,4%)
4° - 6°	431 (37,9%)	232 (20,4%)	199 (17,5%)
7° - 9°	331 (28,8%)	157 (13,8%)	174 (15,3%)
10° - 11°	163 (14,4%)	94 (8,3%)	69 (6,1%)
Estrato socioeconómico			
2	184 (16,2%)	101 (8,9%)	83 (7,3%)
3 – 4	801 (70,4%)	397 (34,9%)	404 (35,5%)
5 – 6	154 (13,5%)	103 (9,0%)	51 (4,5%)
Municipios			
Manizales (capital)	694 (60,9%)	375 (32,9%)	319 (28,0%)
La Dorada	169 (14,8%)	89 (7,8%)	80 (7,0%)
Anserma	125 (11,0%)	63 (5,5%)	62 (5,4%)
Aguadas	55 (4,8%)	28 (2,4%)	27 (2,3%)
Manzanares	96 (8,5%)	46 (4,0%)	50 (4,4%)

Porcentaje de grasa

Las mujeres tuvieron cifras superiores a las de los hombres en todas las edades. En estos se encontraron cifras estables hasta los 17 años y un incremento elevado a los 18, mientras en las mujeres el incremento se ve ya desde los 8 años, con un segundo salto a los 13, lo cual coincide con la menarquia, que se relaciona con la literatura (5,21,25).

Solamente se encontraron diferencias significativas de una edad a la siguiente, en hombres, de los 7 a los 8 años ($p=0,0352$) y de los 12 a los 13 años ($p=0,0162$) coincidiendo esta última con el salto puberal (5, 21, 25) (tabla 2). En las mujeres también se encontraron diferencias significativas de los 7 a los 8 años ($p=0,0074$) y de los 13 a los 14 años ($p=0,0161$).

Suma de pliegues de grasa

A partir del desarrollo puberal (13 años en promedio) la diferencia entre sexos se magnifica. La suma de los pliegues de grasa en las niñas crece linealmente desde los 6-7 años hasta la adolescencia. En niños crece desde los 7-8 años hasta los 13, y luego muestra una leve disminución hasta los 15, seguido de patrones irregulares, lo cual concuerda con la literatura (23) (tabla 2).

En las niñas no se presenta la progresión lineal esperada, sino que a los 9-12 años hay una ligera disminución seguida de estancamiento, que a los 17-18 años vuelve a decrecer, mientras que el patrón de comportamiento de la suma de pliegues en los varones es completamente irregular

Tabla 2. Comportamiento de las variables relacionadas con el tejido graso, en función de sexo y edad, en los escolares caldenses.

Edad (años)	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
n	32	37	36	51	89	65	37	64	57	35	44	20
Masculino												
% grasa	16.7±6.9	16±5.3	17.6±6.1	17±6.4	19±7.7	17.6±6.7	16.5±5	18.3±6	18±4.5	18.2±4.2	19.6±3.8	21.6±6.8
%adecuación	103.7±34.1	102.2±34.4	105.4±38	100.7±37.1	110.9±44.8	98.5±37.7	89.7±26.7	94±30.3	91±23.8	88±20.1	94±18.8	95.5±24.5
Σ 6 p (mm)	60.5±26.8	58.1±23.7	68.2±36	66.4±30.1	75.7±40.4	72.4±43	63.3±24.1	70.1±23.5	67±23	67.3±23.6	67.6±17.7	78.8±33.1
Σ 5 p (mm)	49.4±20.3	48.0±18.5	56.3±28.0	54.1±26.3	62.0±31.9	59.1±25.8	52.7±18.7	55.5±23.3	54.0±19.4	59.2±17.7	55.0±13.8	59.7±25.9
Σ3PITro(mm)	28.3±16.2	24.8±13.5	31.3±20.4	30.7±18.7	36.5±22.7	35.2±26.2	30.5±14.2	35.3±17.6	34.0±12.4	34.7±14.2	35.9±10.8	42.9±20.4
Σ3PIMm(mm)	32.1±11.7	33.3±11.2	36.9±16.7	35.7±15.1	39.1±18.2	37.3±19	32.8±10.9	34.8±17.6	33±12.4	32.5±14.2	31.7±10.8	35.9±20.4
ΣTr+Se(mm)	16.5±6.4	16.8±6.8	18.4±8.3	18.3±8.3	20.8±10.7	19.4±10	17.4±6.2	19.5±7.7	19.0±5.8	19.2±5.5	20.7±4.9	24.5±10.5
Femenino												
n	12	34	63	60	50	64	57	64	38	44	32	12
% grasa	20.7±4.2	25±2.5	26.5±4.8	25.2±4.2	24.9±5.1	25.8±4.2	27±4.2	28.9±4.3	29.4±4.3	29.5±3.3	29.8±3	29.8±4.3
%adecuación	123.6±25	143.8±29.7	143.4±26.5	119.2±21.9	108±22.2	116.6±19.3	124.9±16.3	128.2±20.7	122.7±17.7	118±12.7	117.7±11.9	118.6±17.3
Σ 6 p (mm)	57±17.6	80.2±32.1	87±35	85.1±25.4	83.1±31.3	86.1±24.4	96.5±26.7	104.1±31.5	105.7±28.1	109.7±22.5	112.8±21.7	105.9±26.8
Σ 5 p (mm)	48.2±14.4	65.8±23.8	71.4±27.3	71.0±20.1	67.9±24.9	71.4±19.8	81.1±20.6	85.7±25.3	87.7±21.4	90.2±17.4	92.9±16.3	87.7±18.8
Σ3PITro(mm)	24.1±3.6	37.7±14.8	41±16.3	39.1±13.1	40±15.9	40.3±12.2	44.5±13.1	48.8±15.2	50.3±13	54.2±12.1	55.7±10.8	51.4±12.3
Σ3PIMm(mm)	32.9±11.1	42.5±17.7	45.9±19.2	46±13	43.1±15.8	45.7±12.8	52.1±12.3	55.3±16.9	55.4±16.1	55.5±11.7	57.1±11.8	54.3±13.2
ΣTr+Se(mm)	16.7±4.9	22.5±7.6	24.9±9.3	23.5±7.3	23.2±9.4	23.6±7.3	26.0±8.1	29.0±8.7	29.4±8.3	30.3±7.8	31.5±7.4	30.3±8.2

Suma de 6 pliegues: tríceps, subescapular, iliocrestal, abdominal, muslo y pierna. Suma 5 pliegues excepto iliocrestal.

En la suma de pliegues del tríceps y subescapular, se encontraron picos de desarrollo en los niños a los 11 y 17-18 años, mientras en las niñas fue a los 16-18 años.

Con una confianza del 95% se aceptó la hipótesis de que los escolares caldenses tienen porcentajes mayores de grasa que los de la población de referencia.

No se encontró una correlación entre el porcentaje de grasa y el estrato socioeconómico en los escolares varones.

Al comparar con el estudio de referencia nacional (24), se evidenció que los hombres tienen mayor cantidad de grasa en todas las edades; en las mujeres, por el contrario, solamente de los 8 a los 10 años. Las escolares evaluadas presentan mayor cantidad de grasa subcutánea.

Porcentaje de adecuación del porcentaje de grasa para la edad

Los hombres entre 7 y 11 años estuvieron por encima del esperado, mientras la media de los hombres estuvo ligeramente por debajo de los valores esperados ($X=97,81$); las mujeres en todas las edades estuvieron por encima de lo esperado, alcanzando una $X=123,7\%$ (tabla 2).

Se encontraron correlaciones débiles de la grasa con el IMC ($r=-0,3$ en masculino), el peso corporal ($r=0,466$ en masculino) y la estatura en femenino ($r=0,4$), y correlaciones medias con el peso corporal ($r=0,669$).

En la sumatoria de los pliegues de grasa del tríceps y subescapular se encontró un exceso en ambos sexos, frente a los datos de referencia (25) y el manual del operario de los calibradores Lange. Las mujeres presentan mayor porcentaje de grasa que los hombres en todas las edades, y ambos presentan mayor porcentaje de grasa que las poblaciones de referencia con diferencias significativas en todos los casos ($p<0,05$).

Distribución regional de la grasa subcutánea

Coincidiendo con la literatura (23) en que la sumatoria de los pliegues de las extremidades sea mayor que la de los del tronco en todos los escolares, excepto en la adolescencia tardía en los varones, los escolares caldenses de ambos sexos mostraron concordancia con lo esperado.

También se encontró que la diferencia entre los pliegues de las extremidades respecto a los pliegues del tronco fue mayor durante la infancia que durante la adolescencia, y por ello se aprecia que

Tabla 3. Clasificación nutricional a partir de la reserva energética (suma de los pliegues del tríceps y subescapular) en los sexos masculino y femenino.

Categoría	Masculino		Femenino	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Depleción	20	3,3	6	1,1
Riesgo de depleción	46	7,7	58	10,8
Normal	520	86,5	454	84,4
Tendencia a obesidad	15	2,5	17	3,2
Obesidad	0	0,0	3	0,6

en los hombres la diferencia tronco-extremidades disminuye desde los 13 años mientras en las mujeres desde los 16 (tabla 2).

Reserva energética

Como se observa en la tabla 3, la distribución de la población para hombres tuvo un déficit del 11%, normalidad del 86,5% y exceso del 2,5%, frente a la de las mujeres, que tuvo un déficit del 11,9%, normalidad del 84,4% y exceso del 3,8%.

DISCUSIÓN

La aseveración de Malina (23): “Las niñas tienen en promedio más grasa subcutánea que los niños en todas las edades entre 4 y 18 años”, se vio confirmada por lo observado. Por otro lado, Henriques (13) plantea que la proporción de grasa relativa presenta una diferencia marcada en las mujeres a partir de los 12 años en relación con los hombres (tabla 2).

En el porcentaje de grasa de ambos sexos, los escolares de Caldas se encontraron por encima de las poblaciones de referencia internacional (Fomon) (21); se encontró que de los 7 a los 18 años existen diferencias altamente significativas entre los sexos ($p < 0,01$), siendo las mujeres superiores (tabla 2). Con respecto al estudio nacional (24), no se encontraron diferencias significativas.

En el comportamiento del porcentaje de grasa en las mujeres se destaca que la evolución de las escolares caldenses es opuesta a lo esperado (21). Además, se observó que en las edades de 12 y 13 años coinciden los porcentajes de grasa en el sexo masculino con el valor esperado, mientras en las demás edades los escolares caldenses se encuentran por encima. Y en los niños se encontró una diferencia altamente significativa ($p < 0,01$) entre la población evaluada y la de referencia, estando la primera por encima.

CONCLUSIONES

Los promedios del porcentaje de grasa de los escolares caldenses fueron superiores a los de la población de referencia internacional (26), y con relación a la población de referencia nacional (24) no se encontraron diferencias significativas. Los escolares masculinos estuvieron por encima en la sumatoria de los 5 pliegues, mientras en las escolares femeninas la sumatoria estuvo por debajo, excepto a los 8, 9 y 10 años, pues sobrepasaron a la referencia.

Tomando como criterio de sobrepeso y obesidad los percentiles 85 y 95 de la suma de pliegues de grasa del tríceps y subescapular por edad, las cifras variaron ligeramente: 7,7% y 10,8% de sobrepeso y 3,3% y 1,1% de obesidad en hombres y mujeres, respectivamente.

Se encontraron diferencias altamente significativas ($P < 0,01$) entre géneros en porcentaje de grasa de los 7 a los 18 años, siendo mayor el de las mujeres.

En cuanto a la reserva energética (suma de pliegues cutáneos de tríceps y subescapular) se encontró: en los hombres, un 11% por debajo de la normalidad, un 86,5% normal y 2,5% con exceso; y en las mujeres, un 11,9% por debajo, un 84,4% normal y un 3,8% con exceso.

Finalmente, tomando como criterio el porcentaje de grasa (más del 25% para hombres y del 32% para las mujeres), se encuentra el 13,2% de hombres y 13,6% de mujeres, cifras más cercanas a las reportadas en estudios internacionales recientes.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen a la Vicerrectoría de Investigaciones y Postgrados de la Universidad de Caldas, entidad financiadora del proyecto, y a las instituciones educativas que permitieron la toma de datos en sus estudiantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Comité de expertos. El estado físico: usos e interpretación de la antropometría. [en línea] Ginebra: OMS; 1995. [citado 2008 Sep 23]. Disponible en URL: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_854_contents_spa.pdf
2. National Health and Nutrition Examination Survey. United States: 1975. [en línea] [citado 2008 Sep 12]. Disponible en URL: http://journals.cambridge.org/download.php?file=%2FPHN%2FPHN10_02%2FS1368980007246749a.pdf&code=88a236fa04f0cf912cf84720c13bb8d5
3. American Alliance for health, Physical Education, Recreation, and Dance. [en línea] 1988 [citado 2008 Sep 23]. Disponible en URL: <http://www.aahperd.org/about/sitemap.cfm>
4. Ministerio de la Protección Social. Resolución 2121 de 2010. Bogotá: 2010. [en línea] [citado 2011 Feb 24]. Disponible en URL: http://www.colombianutrinet.org/index.php?option=com_content&view=article&id=630:resolucion-2121-de-2010-adopcion-de-los-patrones-de-crecimiento-de-las-oms&catid=118&Itemid=259
5. Tanner JM. El crecimiento humano: crecimiento post-natal. (Vol. 2). New York: Plenum; 1980.
6. Tansey M. Obesidad Infantil. Iowa: Children's Hospital of Iowa; 2004. [en línea] [citado 2009 Mar 13]. Disponible en URL: <http://www.vh.org/pediatric/provider/pediatrics/obesity/spanish.html>
7. Centers for Disease Control and Prevention. Sobrepeso y obesidad en niños hispanos en los Estados Unidos. Department of Health and Human Services. Atlanta, GA; 2004. [en línea] [citado 2008 Mar 12]. Disponible en URL: <http://www.cdc.gov/spanish/verb/Obesidad.htm>
8. Department of Health and Human Services. Sobrepeso y obesidad en niños hispanos en los Estados Unidos. Services Centers for Disease Control and Prevention; 2002. [en línea] [citado 2009 Abr 23]. Disponible en URL: <http://www.cdc.gov/spanish/verb/Obesidad.htm>
9. Rodríguez A. Los niños a examen. Madrid: 1998. [en línea] [citado 2006 Feb 25]. Disponible en URL: <http://www.elmundo.es/salud/292/30N0104.html>
10. Velho G. En: Rodríguez A. Los niños a examen. Madrid: 1998. [en línea] [citado 2006 May 21]. Disponible en URL: <http://www.elmundo.es/salud/292/30N0104.html>
11. Del Pozo T. Un 10% de los niños españoles sufre obesidad. Madrid: 2002. [en línea] [citado 2006 Abr 12]. Disponible en URL: <http://www.dmedicina.com/ninos/un-10-de-los-ninos-espanoles-sufre-obesidad>
12. Vio del R F, Salinas J. Promoción de salud y calidad de vida en Chile: una política con nuevos desafíos. Rev Chil Nutr [en línea] [citado 2010 Oct 11]. Disponible en URL: www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182006000300006&lng=es. doi: 10.4067/S0717-75182006000300006
13. Henriques A. Análise antropométrica em escolares entre 11 e 14 anos de idade da cidade de Caratinga. Buenos Aires: Minas Gerais; 2002. [en línea] [citado 2006 Oct 19]. Disponible en URL: <http://www.efdeportes.com/encuentra.htm?cx=partner-pub-7621742700180041%3Aagat9we-5w32&cof=FORID%3A10&ie=ISO-8859-1&q=An%Elise+antropom%E9trica+em+escolares+entre+11+e+14+anos+de+idade+da+cidade+de+Caratinga&sa=Buscar#659>
14. Glaner F, Pires C. Crecimiento físico de moças rurais e urbanas. Buenos Aires: 2003. [en línea] [citado 2006 Oct 7]. Disponible en URL: <http://www.efdeportes.com/efd58/rurais.htm>
15. Puggina G, Carneiro P. Distribuição de gordura subcutânea e área muscular dos membros superiores de crianças de 7 a 11 anos de idade. Buenos Aires: 2002. [en línea] [citado 2006 May 12]. Disponible en URL: <http://www.efdeportes.com/efd51/gordura.htm>

16. Fleck SJ, Kraemer WJ. Fundamentos do treinamento de força muscular. Porto Alegre: Artmed; 1999.
17. Jordán J, Gutiérrez MJ. Estudio de crecimiento y desarrollo de la población cubana. II Coloquio de Antropología Física “Juan Comas”. México: 1982. [en línea] [citado 2007 May 2]. Disponible en URL: <http://www.geocities.ws/amabmex/coloquiocomas/comas02.html>
18. Espinoza D, Iglesias M, Osorio H, et al. Elaboración del perfil antropométrico y condicional de los escolares manizaleños entre 7 y 10 años. Trabajo de grado. Manizales: Universidad de Caldas; 1997.
19. Ramos S, Valencia S, Jiménez JB, et al. Caracterización constitucional, funcional, psicológica y motriz condicional de los escolares de Manzanara y Marquetalia. Trabajo de grado. Manizales: Universidad de Caldas; 2001.
20. Ramos S, Melo LG, Arias EA, Alzate DA. Evaluación antropométrica y motriz condicional de los escolares caldenses entre 7 y 18 años de edad. Manizales: Universidad de Caldas; 2007.
21. Restrepo MT. Estado nutricional y crecimiento físico. Nutrición y Dietética. Medellín: Universidad de Antioquia; 2000.
22. Heymsfield SB, Lohman TG, Wang ZM, Going SB. Human body composition. Human Kinetics Books; 2005.
23. Malina R, Bouchard C. Growth, maturation and physical activity. Champaign: Human Kinetics; 1991.
24. Jáuregui G, Ordoñez N. Aptitud física. Pruebas estandarizadas en Colombia. Santafé de Bogotá: Coldeportes; 1994.
25. Escobar, O. Programación de los ejercicios físicos en infantes con exceso de porcentaje de grasa corporal. Barcelona 2003. [en línea] [citado 2006 Mar 18]. Disponible en URL: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=813449>
26. National Center for Health Statistics. Mean percentage body fat, by group and sex. National Health and Nutrition Examination Survey, US, 1999-2004. [en línea] [citado 2007 Sep 22]. Disponible en URL: <http://www.nchs.gov/nhanes/bibliography/Pubs.aspx?CatID=44&name=Body%20composition>

EVALUACIÓN DE UNA PRUEBA QUE MIDE LA SUSCEPTIBILIDAD DEL ESMALTE A LA CARIES DENTAL

*Olga Patricia López Soto**
*María del Pilar Cerezo Correa***

Recibido en mayo 5 de 2011, aceptado en septiembre 5 de 2011

Resumen

Objetivo: correlacionar los resultados de la prueba colorimétrica con la historia de caries de los pacientes adultos jóvenes, para determinar la posibilidad de usarla como indicador de la susceptibilidad del esmalte adulto a la disolución en ácidos, propios de la placa dental o de factores erosivos externos. **Metodología:** estudio analítico correlacional, determinación del tamaño de la muestra con nivel de confianza del 95%, poder del 80%, razón 1:1, razón de riesgo 1:5. Muestra: 87 personas en el grupo con historia de caries y 83 en el de sanos, selección aleatoria de instituciones de educación para adultos de la ciudad de Manizales. Criterios de inclusión: tener entre 18 y 20 años y dientes anteriores superiores. Se firmó el consentimiento informado. Aplicación de técnica colorimétrica en ambos grupos, se utilizaron discos de 2,8 mm de papel absorbente impregnados en una solución de cristal violeta; un ácido grabador (ácido clorhídrico a un pH de 1,9) y una escala colorimétrica de pH. Se aplicaron la prueba de Kappa, sensibilidad y especificidad. **Resultados:** resistente según la prueba: 55%, y no resistente: 45%. Según la prueba Kappa, la concordancia entre la prueba y la susceptibilidad del esmalte son bajas (IC: 0,59 – 1,47 Kappa 0,1). La sensibilidad (36%) y el valor predictivo positivo (40%) fueron bajos. La especificidad (45%) y el valor predictivo negativo (40%) también fueron bajos. **Conclusiones:** no hay concordancia entre la susceptibilidad a la disolución ácida del esmalte según la prueba utilizada en esta investigación y la experiencia pasada de caries en adultos jóvenes.

Palabras clave

Esmalte dental, susceptibilidad a caries dentarias, disolución, grupos vulnerables. (Fuente: DeCS, BIREME).

* Odontóloga, Especialista en Investigación y Docencia Universitaria, Especialista en Gerencia en Servicios de Salud. Universidad Autónoma de Manizales. Colombia. Correo electrónico: sonrie@autonoma.edu.co

** Odontóloga, Especialista en Salud Pública y en Auditoría en Salud, Universidad Autónoma de Manizales. Colombia. Correo electrónico: mapice@autonoma.edu.co

ASSESSMENT OF A TEST THAT MEASURES ENAMEL SUSCEPTIBILITY TO DENTAL CAVITIES

Abstract

Objective: to correlate the results of the colorimetric test with the cavities history of young adult patients to determine the possibility to use this test as an indicator of susceptibility of the adult enamel compared to acid dissolution from dental plaque or extrinsic erosive factors. **Method:** correlational analytic study with sample size determination and a 95% confidence interval, 80% 1:1 rate, 1:5 risk rate. Sample: 87 people with cavities history in the group and 83 people in the healthy group in an at random selection at Educational Institutions for Adults in Manizales. Inclusion criteria: being 18 -20 years old and having upper anterior teeth. They signed an informed consent. Colorimetric technique was applied in both groups. 2.8mm absorbent paper discs impregnated with a violet crystal solution were used as well as an acid etching (chloridric acid, 1.9 pH) and a pH colorimetric scale. Sensitivity and specificity Kappa tests were applied. **Results:** resistance according to the test was 55% and non-resistance was 45%. According to Kappa's test the concordance between the test and enamel susceptibility is low (IC: 0.59 – 1.47 Kappa 0.1). Sensitivity (36%) and positive predictive value (40%) were low. Specificity (45%) and negative predictive value (40%) were also low. **Conclusions:** no concordance was found between enamel susceptibility to acid dissolution according to the test used in this research project and the past experience of cavities in young adults.

Key words

Dental enamel, dental cavity susceptibility, dissolution, risk groups. (Source: MeSH, NLM)

AVALIAÇÃO DE UM TESTE QUE MIDE A SUSCETIBILIDADE DO ESMALTE A CARIES DENTAL

Resumo

Objetivo: co-relacionar os resultados do teste colorimétrico com a história de cáries dos pacientes adultos jovens, para determinar a possibilidade de usar- a como indicador da suscetibilidade do esmalte adulto à dissolução em ácidos próprios da placa dental ou de fatores erosivos externos. **Metodologia:** estudo analítico co-relacional, determinação do tamanho da amostra com nível de confiança de 95%, poder de 80%, razão 1:1, razão de risco 1:5. Amostra: 87 pessoas no grupo com história de cáries e 83 no de saudáveis, seleção aleatória de instituições de educação para adultos da cidade de Manizales. Critérios de inclusão: ter entre 18 e 20 anos e dentes anteriores superiores. Firmou se o consentimento informado. Aplicação de técnica colorimétrica nos dois grupos utilizou se discos de 2,8 mm de papel absorvente impregnados em uma solução de cristal violeta; um ácido gravador (ácido clorídrico a um pH de 1,9) e uma escada colorimétrica de pH. Aplicaram se o teste de Kappa, sensibilidade e especificidade. **Resultados:** resistentes segundo o teste: 55% e não resistente: 45%. Segundo o teste de Kappa, a concordância entre o teste e a suscetibilidade do esmalte é baixa (IC: 0,59 – 1,47 Kappa 0,1). A sensibilidade (36%) e o valor preditivo positivo (40%) foram baixos. A especificidade (45%) e o valor preditivo negativo (40%) também foram baixos. **Conclusões:** não há concordância entre a suscetibilidade à dissolução ácida do esmalte segundo ao teste utilizado nesta pesquisa e a experiência passada de cáries em adultos jovens.

Palavras chave

Esmalte dental, suscetibilidade a cáries dentárias, dissolução, grupos vulneráveis. (Fonte: DeCS, BIREME)

INTRODUCCIÓN

La caries dental es una enfermedad multifactorial prevenible, pero en Colombia, específicamente en Caldas, ocupa el cuarto lugar de consulta (1). Durante años se han realizado esfuerzos para disminuir esta patología, actualmente el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 contempla entre sus objetivos mejorar la salud oral de la población mediante acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (2).

Entre los factores que intervienen en la producción de la caries dental se encuentra la resistencia del esmalte a la disolución ácida (3). La disolución del esmalte dental por sustancias ácidas puede aparecer como resultado de caries o de erosión, aunque estas dos patologías muestran un agente etiológico común, en este caso el ácido, y su patogénesis difiere notablemente respecto a la dinámica del proceso de disolución.

La caries involucra una exposición a largo término a los ácidos orgánicos débiles originados en la placa bacteriana, resultando en periodos alternativos de remineralización y desmineralización (4). La composición química del esmalte es un factor que resulta importante en la susceptibilidad a la disolución ácida. El mayor contenido de carbonato y de magnesio determina una velocidad de disolución en los ácidos más rápida; en cambio, el contenido de iones trazas de estroncio, molibdeno y otros disminuye esta susceptibilidad (5). En la aparición de lesiones cariosas, el factor más importante es que se logre en la superficie del esmalte, de forma persistente, un acúmulo ácido con el nivel de pH requerido para iniciar su disolución. La resistencia del esmalte juega un carácter pasivo, que puede modificar únicamente la velocidad de su disolución en una unidad de tiempo.

Lo deseable es un esmalte resistente que permita limitar el daño y que ante ataques discontinuos tal como sucede con la presencia de la placa bacteriana cariogénica en superficies lisas, pueda

dar lugar a un equilibrio biodinámico entre los procesos agresivos y la reposición iónica ejercida por la saliva entre los periodos consecutivos de agresión, de tal manera que impida el avance de la lesión o permita su total remineralización.

El interés para el desarrollo de métodos que identifiquen grupos y pacientes con riesgo de presentar caries dental ha sido demostrado por la literatura científica. La predicción correcta de la posibilidad de que se presente caries dental o erosión en un paciente, sería beneficioso por varias razones: a) daría orientación sobre las necesidades de prevención; b) aumentaría la efectividad de los procedimientos preventivos; c) permitiría una aplicación apropiada de los niveles de prevención, y d) daría eficiencia económica y permitiría controlar los costos de una rehabilitación para la caries o la erosión dental (6).

Los estudios realizados mediante la aplicación de la técnica colorimétrica RM a partir de 1984, que sobrepasan las 10.000 aplicaciones, demuestran que los niños con esmalte poco resistente desarrollan significativamente más caries en el periodo de un año que los niños restantes (7). Esta prueba ha sido utilizada también para valorar la capacidad individual de remineralización del esmalte dental (8).

La prueba se fundamenta en que todo ácido colocado sobre el esmalte dental puede producir desmineralización. Los iones calcio y fosfatos liberados, al incorporarse al ácido, elevan progresivamente el pH, y si la solución ácida tiene un indicador de pH, pueden observarse los cambios en sus tonalidades.

Determinar si la velocidad de la disolución ácida del esmalte se correlaciona con la "historia pasada de caries" representaría la posibilidad de poder aplicar una prueba de riesgo objetiva en cada paciente, para obtener el grado posible de resistencia de su esmalte a la caries (en pacientes niños) y muy posiblemente a la erosión dental

(en el caso de los pacientes adultos) permitiendo la aplicación de medidas preventivas en forma individualizada.

Los estudios relacionados con esta prueba colorimétrica se han realizado en escolares. El objetivo de esta investigación es correlacionar los resultados de la prueba colorimétrica con la historia de caries de los pacientes adultos jóvenes, para determinar la posibilidad de usarla como indicador de la susceptibilidad del esmalte adulto a la disolución en ácidos propios de la placa dental o de factores erosivos externos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Esta investigación de tipo analítico correlacional consideró un nivel de confianza (1-alfa) del 95%, un poder (1-Beta) del 80%, con una razón 1:1, y una razón de riesgo de 1.5 (1.5 más veces de probabilidad de tener caries (y posible susceptibilidad a la erosión) en los pacientes con disolución del esmalte alta), la muestra registró 84 pacientes con caries o experiencia pasada de caries y 84 en el grupo de sanos o sin caries, ni experiencia pasada de caries. Finalmente, se examinaron 87 pacientes en el grupo con historia de caries y 83 en el grupo de sanos. Los pacientes fueron seleccionados en forma aleatoria de institutos para la educación de adultos de la ciudad de Manizales, que firmaron el consentimiento informado. Con el fin de garantizar la homogeneidad de la muestra se consideraron los siguientes criterios de inclusión: tener entre 18 y 20 años, pertenecer al estrato socioeconómico 3, determinado mediante la dirección de la residencia según clasificación de la “Dependencia de Valorización” del municipio de la ciudad, y presentar en la boca los dientes anteriores superiores. La investigación cumplió con todo lo requerido por la norma 8430 del Ministerio de la Protección Social de Colombia.

Se realizó una valoración clínica para identificar los pacientes sanos y los pacientes con presencia

de caries o experiencia pasada de caries, que se asignó a cada uno de los grupos. La valoración la realizó uno de los investigadores con experiencia en la toma de índices de caries dental. Para el diagnóstico de caries y experiencia pasada de caries se tuvieron en cuenta los criterios del índice COP (caries actual: caries cavitacional y dientes con extracción indicada por caries; experiencia de caries: dientes obturados por caries y dientes extraídos por caries), la valoración se realizó en la misma institución con luz natural, se utilizaron un espejo bucal y una sonda OMS y se aplicó el protocolo de bioseguridad.

Para la aplicación de la prueba colorimétrica, se utilizaron discos de 2,8 mm de papel absorbente impregnados previamente en una solución de cristal violeta, la cual es un iniciador que a un pH 2,0 es amarillo ocre y que al elevarse el pH ofrece una gama de diferentes colores; un ácido grabador (ácido clorhídrico a un pH de 1,9), una escala colorimétrica de pH, que consta de 14 colores, donde el color 1 es amarillo ocre y el color 14 es violeta intenso con una gama de colores intermedios según el pH que registre el disco.

La prueba se realizó en los incisivos centrales superiores porque se ha reportado que son los que registran el promedio ponderado de todos los dientes a la resistencia del esmalte a la disolución ácida (9). El protocolo aplicado fue el siguiente: se limpió con agua destilada la superficie del esmalte de uno de los incisivos centrales superiores, se aisló el campo operatorio con algodón en rollo y se secó la superficie del diente. En una caja de cristal se depositó una pequeña gota de ácido clorhídrico, con una pinza de punta fina se tomó el disco de papel absorbente y se sumergió en el ácido, hasta observar el cambio de coloración, desde el violeta intenso hasta el amarillo ocre. Se escurrió el contenido de ácido del disco en el borde de la caja de cristal y se procedió a colocar el disco sobre la superficie vestibular del diente, cerca de su borde incisal. Utilizando un cronómetro, a los 60 segundos se identificó el color que tomó el

disco y se comparó con la escala colorimétrica estandarizada. Se lavó el diente con agua y se realizó una topicación con fluoruro de sodio al 2%. La prueba fue aplicada por un investigador diferente al que realizó la valoración inicial, de tal modo que no conociera el grupo al que pertenecía el paciente.

Interpretación de los resultados: si el disco presentaba los colores numerados con 1, 2,3,4 o 5, se consideró que el esmalte era resistente a la disolución ácida, y si la coloración del disco alcanzaba los colores entre 6 y 14 se consideró que el esmalte era poco resistente; estos valores se anotaron en una hoja de registro.

La información fue procesada en el programa SPSS versión 16. Se aplicaron la prueba de Kappa, sensibilidad, valor predictivo positivo, especificidad y valor predictivo negativo.

RESULTADOS

Para efecto de análisis, los resultados de la prueba se agruparon en dos categorías: resistentes y no resistentes, quedando como frecuencias relativas las siguientes:

Resistentes según la prueba: 94 dientes que corresponden al 55%, y no resistentes según la prueba: 77 dientes que corresponden al 45%.

La prueba Kappa es la diferencia entre la concordancia observada y la esperada como fracción de la diferencia máxima. Como el valor máximo I_0 es 1, esto da: $K = I_0 - I_c / 1 - I_c$ donde: I_0 es incidencia en el grupo no expuesto: $I_0 = a+d/n$, y donde: I_c es incidencia en el grupo expuesto. $I_c = (a+c) / (a+b) + (b+d) / (c+d) / n^2$.

Los cálculos indicaron que la concordancia entre la prueba colorimétrica y la susceptibilidad era baja según la prueba Kappa (tabla 1).

Tabla 1. Resultados de la prueba de concordancia Kappa* entre la prueba de susceptibilidad ácida del esmalte y la historia pasada de caries o la presencia de caries activa.

Variables	Prevalencia		Razón de prevalencia	Intervalo de confianza	Concordancia Kappa *
	% con historia de caries o caries actual	% sanos			
Prueba colorimétrica	49	51	0,96	0,59 – 1,47	0,1: Baja

*Los resultados de concordancia Kappa se analizaron según los valores estándar <0,40: baja; 0,41 a 0,70: buena; >0,70: excelente.

Sensibilidad = $a/a+c$: positivos verdaderos/ positivos verdaderos + falsos negativos x 100.

La sensibilidad es el porcentaje de personas con la enfermedad correctamente clasificadas como enfermas.

Valor predictivo positivo = $a/a + b$: positivos verdaderos/positivos verdaderos + falsos negativos.

El valor predictivo positivo es la probabilidad de tener la enfermedad cuando el resultado de la prueba es positivo.

Tabla 2. Sensibilidad y valor predictivo positivo de la prueba.

	Con caries	Sin caries	Sensibilidad	Valor predictivo positivo
Riesgo alto	31 a	b 46	36%	40%
Riesgo bajo	56 c	d 38		

La sensibilidad de la prueba es baja. El instrumento calificó al 36% de las personas con caries en el grupo de riesgo alto. Según el valor predictivo positivo, de 100 personas clasificadas en riesgo alto, el 40% tiene historia de caries. La prueba colorimétrica tuvo un valor bajo de sensibilidad y un bajo valor predictivo positivo (tabla 2).

Especificidad: $d/b+d$: negativos verdaderos/falsos negativos + negativos verdaderos x 100.

La especificidad es el porcentaje de personas sin la enfermedad correctamente clasificadas como sanos.

Valor predictivo negativo = $d/ c +d$: negativos verdaderos/falsos negativos + negativos verdaderos.

El valor predictivo negativo es la probabilidad de no tener la enfermedad cuando el resultado de la prueba es negativo.

Tabla 3. Especificidad y valor predictivo negativo de la prueba.

	Con caries	Sin caries	Especificidad	Valor predictivo negativo
Riesgo alto	31 a	b 46	45%	40 %
Riesgo bajo	56 c	d 38		

La especificidad de la prueba fue baja, de 100 personas sanas solo 45 eran clasificadas en riesgo bajo. El valor predictivo negativo registró que de 100 personas clasificadas en riesgo bajo, el 40% estaban sanas. La prueba colorimétrica tuvo un valor bajo de especificidad y un bajo valor predictivo negativo (tabla 3).

DISCUSIÓN

El Ministerio de Salud de Cuba ha realizado investigaciones (10) sobre la relación de la prueba que mide la susceptibilidad a la disolución ácida del esmalte con la actividad cariogénica,

considerando muestras de hasta 869 niños; en sus conclusiones manifiesta no haber encontrado relación entre la prueba colorimétrica y la experiencia de caries en la dentición permanente. Estos resultados coinciden con lo hallado en este trabajo. Una explicación de la razón por la que esta investigación tampoco encontró un valor alto de correlación, sensibilidad y especificidad entre la prueba de la disolución ácida con la experiencia pasada de caries podría estar fundamentada en la diferencia de la reacción del esmalte de dientes temporales y dientes permanentes ante los ácidos. El examen del microscopio de escaneo electrónico (SEM) ha mostrado que la desmineralización se inicia en el núcleo (centro de los cristales) y en la

interfase de la pared (vainas del prisma). Durante la disolución, los cristales se vuelven más pequeños y eventualmente se observan cristales de nano tamaño que se adhieren a la superficie del esmalte de los dientes temporales o se escapan dentro de la solución.

Después de la disolución inicial, las paredes del esmalte de los temporales tienden a fracturarse, mientras que las paredes del esmalte de los permanentes se mantienen intactas. Se ha observado que casi todos los componentes orgánicos del esmalte se localizan en las paredes (11,12). Después de un tiempo largo de reacción (1 o 2 semanas) las partículas de apatita de nano tamaño procedentes de la solución por filtración, son protegidas cinéticamente contra la disolución, inclusive cuando la solución se mantiene insaturada.

El promedio del rango de disolución del esmalte de los dientes permanentes y temporales durante la etapa lineal inicial de disolución es $1,5 \pm 0,5 \times 10^{10} \text{ mol mm}^{-2} \text{ min}^{-1}$ y de $2,6 \pm 0,5 \times 10^{11} \text{ mol mm}^{-2} \text{ min}^{-1}$, respectivamente. La disolución de los cristales de fosfato de calcio es altamente dependiente del grado de saturación. Como la composición y la estructura de los tejidos del esmalte no son homogéneos y cambian con el desarrollo de la lesión, el proceso de desmineralización es complejo. Considerando los diferentes rangos de disolución del esmalte temporal y permanente, se asume que las diferencias en este rango aparecen relacionadas con la diferencia de su estructura (13,14). El promedio de la profundidad de las lesiones está asociado con la densidad de la unión prismática y la fracción de volumen del esmalte interprismático, valores ambos que son significativamente más grandes en el esmalte de los dientes temporales.

El volumen del poro en el esmalte desmineralizado influye parcialmente en la distribución de la pérdida mineral subsecuente. El efecto puede ser mediado por los cambios en el transporte iónico,

inducidos por los coeficientes de difusión local, cambiando la porosidad (15) y el contenido mineral relativo (16). El contenido mineral reportado es del 81,3% - 94,2 % para el esmalte temporal (17,18), mientras que el esmalte permanente está cerca del 97%, con un restante de agua y matriz orgánica (19). Las proteínas de la matriz son removidas durante la maduración del esmalte (12). Típicamente los componentes orgánicos inhiben la disolución de los cristales (20). Sin embargo, hay estudios *in vitro* en los que el esmalte temporal con mayor cantidad de contenido orgánico se disuelve considerablemente más rápido que el esmalte permanente. La desmineralización del esmalte permanente y temporal en un medio ácido muestra diferencias significativas con un esmalte primario que registra una susceptibilidad mayor a la desmineralización (21).

Al igual que en la investigación realizada por Sánchez y col. (9) en este proyecto no se encontró una relación entre la prueba y la historia de caries. Una posible explicación para estos resultados podría ser relacionada con la adsorción de los componentes salivares que reducen los rangos de disolución ácida del carbonato de apatita. La película adquirida ha mostrado ser altamente efectiva en la inhibición de la disolución, lo cual sugiere que la maduración de esta película aumenta la protección contra la disolución ácida en pruebas *in vivo* e *in vitro*, de tal manera que esta maduración permite la formación de una cubierta ácido resistente de sitios químicos activos en la superficie de apatita, altamente efectiva para obstaculizar la difusión de iones hidrógeno a la superficie de apatita y de iones de calcio y fosfato de los minerales del diente (22).

La película adquirida se forma por una adsorción selectiva de proteínas salivares y glicoproteínas a la superficie del diente. La formación de la película es un proceso complejo y los lípidos (23) y carbohidratos (24) también son incorporados en esta película durante la maduración. No es muy claro cuál de los componentes o combinaciones

son responsables por la acción protectora en la superficie del diente. Se ha encontrado que la formación de la película adquirida *in vivo* es rápida dentro de la primera hora, y no cambia en cantidad considerable después de este tiempo. Es posible que ocurran cambios cualitativos en el tiempo y que, por lo tanto, se aumente la protección mineral de la apatita contra el ataque ácido (22).

La falta de concordancia entre los resultados de la prueba aplicada en este estudio y la presencia o ausencia de caries en los pacientes puede relacionarse con lo registrado en pruebas de susceptibilidad del esmalte a la caries dental realizadas en adultos, que han concluido que las diferencias entre los grupos de pacientes con alta y baja experiencia de caries se encuentran en los conteos de lactobacilos y en la habilidad para la producción de ácido (Test de Snyder). Adicionalmente, hay una diferencia en el rango del flujo salivar y la habilidad para neutralizar los ácidos que es estadísticamente significativa (25). Esto implicaría pensar que una prueba aislada como la de la disolución ácida en el caso de los adultos no es suficiente para predecir fenómenos tan complejos y multifactoriales como la caries o la erosión dental.

Otros estudios sobre la susceptibilidad del esmalte a la disolución han determinado que existen inhibidores del proceso como el ión flúor; sin embargo, existe otra familia de inhibidores de la disolución del esmalte como es el grupo de los bifosfonatos. La mayor parte de la atención en la literatura se ha centrado en el EHDP (Etano-1-hidroxi-1,1 difosfonato) y en el MHDP (mentono-hidroxi-difosfonato) (26,27). Tan pronto como ocurre la inhibición de la disolución de los componentes de apatita del esmalte, el comportamiento de los dos componentes (EHDP y MHDP) es similar. Pero en investigaciones *in vitro* se ha observado que una sustancia que actúa como un inhibidor de la desmineralización del tejido duro está presente en una concentración tan alta que es suficiente para formar una

concentración significativa de complejos con el enrejado de iones disueltos; de esta manera, se disminuiría el efecto de la inhibición sobre la disolución. Hay al menos dos razones para que esto ocurra: a) que la concentración de un inhibidor puro, no complejo, esté disminuida, y b) que al menos una concentración de un enrejado de iones no complejos esté también disminuida. El segundo efecto sería importante en el desarrollo de la caries dental, particularmente en sistemas en los cuales los iones de calcio son complejos (28). Una reducción de la concentración de calcio a un valor constante de pH produce un efecto grande sobre el rango de disolución de la hidroxiapatita que produce a su vez una reducción similar en la concentración de fosfatos (29).

En esta investigación no se encontró una concordancia entre la prueba y la susceptibilidad del esmalte a la disolución ácida. Tanto la naturaleza de la lesión del esmalte como el rango de tiempo en que se forma son altamente dependientes de la composición y de las propiedades de la solución desmineralizante. El rango de desmineralización es inversamente proporcional al pH de la solución y del DS (radio del promedio del producto de la actividad iónica de la hidroxiapatita en solución, a su producto de solubilidad constante). Bajo condiciones experimentales, con valores relativamente altos de pH, no se forman lesiones subsuperficiales en el esmalte; sin embargo, estas lesiones aparecen consistentemente en soluciones con valores de pH inferiores a 5,5.

La desmineralización del esmalte ocurre en dos fases, una fase inicial de desmineralización que es seguida por una fase subsecuente que corresponde a la porción mayor de pérdida mineral. La fase inicial lenta de desmineralización puede estar relacionada con las propiedades de la superficie del esmalte o con el desarrollo de una capa superficial altamente mineralizada en una lesión subsuperficial en formación. Todo esto lleva a relacionar la actividad de la caries con un factor que determina el potencial cariogénico. Este factor es el potencial del fluido de la placa dental (30).

Para evaluar el potencial relativo de desmineralización *in vivo* (en términos de predecir las tasas de desmineralización del esmalte) se deben considerar ambos, el DS y la actividad acídica total presentes en los fluidos de la placa bajo las condiciones de producción ácida (por ejemplo, después de la de la exposición a carbohidratos fermentables). El pH del fluido de la placa desciende bruscamente (de pH 7 a 5) como resultado de un aumento en la concentración de ácido láctico total/(de 2 mmol/l a más de 30 mmol/l). Otros ácidos orgánicos (por ejemplo, ácido acético y propiónico) están presentes en concentraciones apreciables (30 mmol/l) antes y después de la producción de ácido láctico (30).

Estos ácidos también deben ser tenidos en consideración como lo han establecido previamente otros investigadores (31). El potencial de desmineralización de cualquier medio que incluye fluido de placa dental es altamente dependiente del DS; por ejemplo, la tasa de desmineralización predictiva en una solución de ácido láctico (65 mmol/l, pH 5) con un DS de 0,28 será aproximadamente 18 veces mayor que lo que se predice para una solución de ácido láctico de la misma concentración y pH con un DS de 0,38. Los estudios *in vitro* sugieren que inclusive diferencias relativamente pequeñas de DS encontradas en los fluidos de la placa pueden resultar en diferencias muy significativas en la tasas de desmineralización del esmalte *in vitro* (30).

El protocolo de la prueba estandarizada aplicada en esta investigación no incluye la información acerca del DS del ácido empleado para poder

haberlo comparado con el DS de los ácidos que se producen en placa dental, pero queda expuesta la posibilidad de que la reacción del esmalte adulto a un ácido esté relacionada con el DS y que de ello dependa la susceptibilidad a disolverse.

Muchos métodos han sido propuestos con el fin de lograr una correcta predicción de la susceptibilidad del esmalte a la disolución ácida, algunos individuales y otros que combinan varias alternativas, incluyendo test microbiológicos y pruebas en saliva (32-34).

Alaluusua y col. (35) han mostrado que en las pruebas individuales la experiencia pasada de caries es más sensible y específica que las pruebas microbiológicas de saliva como predictor de un aumento de caries futura. En general, las lesiones incipientes de caries (36) y la historia pasada de caries (37-40) son los mejores predictores de la susceptibilidad a la aparición de nuevas caries dentales. El inicio del proceso carioso no se puede atribuir a una sola causa, pues para su desarrollo se requiere la interacción de tres factores principales: agresión al esmalte de gran magnitud, insuficiente resistencia del esmalte a la disolución ácida y ausencia de los mecanismos de remineralización (41).

CONCLUSIÓN

No hay concordancia entre la susceptibilidad a la disolución ácida del esmalte y la experiencia pasada de caries en adultos jóvenes según la prueba colorimétrica RM.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dirección Territorial de Salud de Caldas. Perfil epidemiológico 2008. Caldas: Dirección Territorial de Salud de Caldas; 2008.
2. Ministerio de la Protección Social de Colombia. Decreto 3039 de 2007. Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. Ministerio de la Protección Social de Colombia;2007.
3. Rodríguez Miro, MJ. Etiopatogenia de la caries dental. Actualidad en estomatología, serie Inf Tem 3 1979; 1. En: Rodríguez M, Gispert E, Rodríguez J, Fonte M, Vega D, Rojas G, Rodríguez A, Cantillo E, Ávila L. Resistencia del esmalte a la disolución ácida: su relación con la actividad cariogénica. Rev Cubana Estomatol 1989;26(1-2):57-69.
4. Jenkins GN. Some physiological aspects of dental caries: physiology and biochemistry of the mouth. Blacwell scientific publications 1978; 9:255-269. In: Tucker K, Adams M, Shaw L, Smith AJ. Human enamel as a substrate for in vitro acid dissolution studies: Influence of tooth surface and morphology. Caries Res 1998;32:135-40.
5. Curzon ME et al. Strontium in drinking water and dental caries. J Dent Res (Spec Issue 1977) Abstrac 167,A 84.
6. Isokangas P, Alanen P, Tiekso J. The clinician's ability to identify caries risk subjects without saliva tests - a pilot study. Community Dent Oral Epidemiol 1993; 21:8-10.
7. Boletín Informativo. Cooperación técnica entre países del área Andina, Centroamérica y Caribe Hispano. Centro Nacional de Materiales Dentales (CNMD) "Dr. Hugo Paolini Ricci. Universidad Central de Venezuela 1991; 4
8. Gisper E, Cantillo E, Rivero A, Cruz M. Remineralización in vivo del esmalte desmineralizado artificialmente. Rev Cub Estomatol 2001;38(1):5-9.
9. Sánchez TL, Sáenz LP, Gómez ME, Pérez J. Resistencia del esmalte a la disolución ácida y su correlación con la caries dental. Rev Salud Pub Méx 1995;37(3):224-31.
10. Rodríguez MJ, Gispert E, Gallego J, Fonte M, Vega D, Rojas Rodríguez A, Cantillo E, Rodríguez A, Ávila LE. La resistencia del esmalte a la disolución ácida: su relación con la actividad criogénica. Rev Cub Estomatol 1989;26(1-2)57-69.
11. Pelton AR, Gronsky R, Williams DB. Images of materials. Oxford: Oxford University Press;1991. In: Wang LJ, Tang R, Bonstein T, Bush P,Nancollas GH. Enamel demineralization in primary and permanent teeth. J Dent Res 2006;85(4):359-63.
12. Veis A. Mineralization in organic matrix frameworks. In: Dove PM, De Yoreo JJ, Weiner S, editors. Biomineralization. Reviews in mineralogy and geochemistry. Washington, DC: The Mineralogical Society of America; 2003. p. 249-89.
13. Shellis RP. Relationship between human enamel structure and the formation of caries-like lesions in vitro. Arch Oral Biol 1984;29:975-81.
14. Sonju Clasen AB, Ogaard B, Duschner H, Ruben J, Arends J, Sonju T. Caries development in fluoridated and non-fluoridated deciduous and permanent enamel in situ examined by microradiography and confocal laser scanning microscopy. Adv Dent Res 1997;11:442-7.
15. Dowker SE, Elliott JC, Davis GR, Wassif HS. Longitudinal study of the three-dimensional development of subsurface enamel lesions during in vitro demineralization. Caries Res 2003; 37:237-45.
16. Naujoks R, Schade H, Zelinka F. Chemical composition of different areas of the enamel of deciduous and permanent teeth (the content of Ca, P, CO₂, Na and N₂). Caries Res 1967;1:137-43.

17. Angker L, Nockolds C, Swain MV, Kilpatrick N. Quantitative analysis of the mineral content of sound and carious primary dentine using BSE imaging. *Arch Oral Biol* 2004;49:99-107.
18. Cuy JL, Mann AB, Livi KJ, Teaford MF, Weihs TP. Nanoindentation mapping of the mechanical properties of human molar tooth enamel. *Arch Oral Biol* 2002;47:281-91.
19. Le Geros RZ. (1991). Calcium phosphates in oral biology and medicine. Basel: Karger. In: Wang LJ, Tang R, Bonstein T, Bush P, Nancollas GH. Enamel demineralization in primary and permanent teeth. *J Dent Res* 2006; 85(4):359-63.
20. Weiner S, Dove PM. (2003). An overview of biomineralization processes and the problem of the vital effect. In: Dove PM, De Yoreo JJ, Weiner S, editors. *Biomineralization. Reviews in mineralogy and geochemistry*. Washington, DC: The Mineralogical Society of America;2003. p. 1-29.
21. Wang LJ, Tang R, Bonstein T, Bush P, Nancollas GH. Enamel demineralization in primary and permanent teeth. *J Dent Res* 2006;85(4):359-63.
22. Kautsky MB, Featherstone JDB. Effect of salivary components on dissolution rates of carbonated apatites. *Caries Res* 1993;27:373-77.
23. Slominay BL, Murty VLN, Zdebska E, Slomiany A, Gwodzinsky K, Mande IE. Tooth surface pellicle lipids and their role in the protection of dental enamel against acid lactic diffusion in man. *Arch oral boil* 1986;31:187-91.
24. Fischer SJ, Prakophol A, Kajisa L, Murray PA. External radiolabellin of components of pellicle on human enamel and cementum. *Arch oral Biol* 1987;32:509-17.
25. Rovelstad GH, Geller JH, Cohen AH. Caries susceptibility tests, hyaluronidase activity of saliva and dental caries experience. *J Dent res* 1958;32(2):306-11.
26. Elliot K, Fitzsimons DW, editors. *Hard tissue Growth, repair and remineralization*. CIBA oundation Symposium No. 11. Amsterdam: Elsevier: 57-990. In: Christoffersen J, Cristoffersen MR, Ruben J, Arends J. The effect of EHDP concentration on enamel demineralization in vitro. *J Dent Res* 1991;70(2):123-26.
27. Featherstone JDB, Duncan JF, Cutress TW. A mechanism for dental caries based on chemical processes and diffusion phenomena during in vitro caries simulation on human tooth enamel. *Arch Oral Biol* 1979;24:101-12.
28. Christoffersen J, Cristoffersen MR, Ruben J, Arends J. The effect of EHDP concentration on enamel demineralization in vitro. *J Dent Res* 1991;70(2):123-26.
29. Christoffersen J, Cristoffersen MR. Kinetics of dissolution of calcium hydroxyapatite II. dissolution in non-stoichiometric solutions at constant pH. *J Crystal Growth* 1979;47:671-79.
30. Margolis HC, Zhang YP, Lee CY, Kent RL, Moreno EC. Kinetics of enamel demineralization in vitro. *J Dent Res* 1999;78(7):1326-55.
31. Featherstone JD, Rodgers BE. Effect of acetic, lactic and other organic acids on the formation of artificial carious lesions. *Caries Res* 1981;15:377-85.
32. Johnson NW, editor. *Risk markers for oral diseases. Volume I, Dented Caries, Markers of high and low risk groups and individuals*. Cambridge: Cambridge University Press;1991. In: Isokangas P, Alanen P, Tiekso J. The clinician's ability to identify caries risk subjects without saliva tests - a pilot study. *Community Dent Oral Epidemiol* 1993;21:8-10.
33. Bader JD, editor. *Risk and assessment in dentistry*. Chapel Hill: University of North Carolina Dental Ecology; 1990. In: Isokangas P, Alanen P, Tiekso J. The clinician's ability to identify caries risk subjects without saliva tests - a pilot study. *Community Dent Oral Epidemiol* 1993;21:8-10.
34. Stamm JW, Disney JA, Graves RC, Bohannan HM, Albernathy JR. The University of North Carolina caries risk assessment study. 1: Rationale and content. *J Public Health Dent* 1988;48:225-

232. In: Isokangas P, Alanen P, Tiekso J. The clinician's ability to identify caries risk subjects without saliva tests - a pilot study. *Community Dent Oral Epidemiol* 1993;21:8-10.
35. Alaluusua S, Kleemola-Kujala E, Gronross L, Evalahti M. Salivary caries-related tests as predictors of future caries increment in teenagers. A three-year longitudinal study. *Oral Microbiol Immunol* 1990;5:77-81.
36. Klock B, Krasse B. A comparison between different methods for prediction of caries activity. *Scand J Dent Res* 1979; H7:129-39.
37. Birkeland JM, Broch L, Jorkjen J L. Caries experience as predictor for caries incidence. *Community Dent Oral Epidemiol* 1976;4:66-9.
38. Seppa L, Haussen H. Frequency of initial caries lesions as predictor of future caries increment in children. *Scand J Dent Res* 1988;96: 9-13.
39. Seppa L, Hausen H, Pollanen L, Helasjarju K, Karkkainen S. Past caries recording made in Public Dental Clinics as predictors of caries prevalence in early adolescence. *Community Dent Oral Epidemiol* 1989;17:277-81.
40. López OP, Cerezo MP, Paz AL. Puesta a prueba de un instrumento que predice el riesgo de caries dental. *Rev Col de investigación en odontología [serie en línea]* 2010 [citado 2011 Mar 17];1(2). Disponible en URL: <http://rcio.org/index.php/rcio/article/viewArticle/23>
41. Silverstone LM. The histopathology of enamel lesions produced in vitro previously exposing to calcifying fluids. *Caries Res*, 1970;4:31-48. In: Sánchez TL, Sáenz LP, Gómez MA, Pérez J. Resistencia del esmalte a la disolución ácida y su correlación con la caries dental. *Salud Pública Mex* 1995;37:224-31.

APRENDIZAJE PROFUNDO EN SEMIOLOGÍA NEUROLÓGICA MEDIANTE UNA HERRAMIENTA INFORMÁTICA

Liliana Patricia Ramírez Zuluaga*
Óscar Eugenio Tamayo Alzate**

Recibido en enero 31 de 2011, aceptado en mayo 23 de 2011

Resumen

Objetivo: desarrollar y aplicar una herramienta interactiva que proporcione una experiencia virtual en el tema de la semiología neurológica y propicie el logro de aprendizajes profundos de esta y el mejoramiento en el proceso de aprendizaje de los estudiantes de medicina de la Universidad de Caldas en el año 2010. **Materiales y métodos:** investigación de tipo observacional analítico de cohortes con desarrollo de dos herramientas informáticas: BLOG educativo y CD con apoyos audiovisuales. Población de estudio: 52 estudiantes de medicina de la Universidad de Caldas que cursaban Semiología General en el primer semestre de 2010: 24 hombres y 28 mujeres entre 18 y 24 años. Los participantes del BLOG fueron 30 estudiantes y los no participantes, 22. Los momentos evaluativos fueron tres: al inicio, en la mitad y al final del semestre; en cada evaluación se analizaron cuatro categorías de aprendizaje profundo: capacidad de análisis, riqueza de vocabulario técnico, riqueza conceptual y resolución de problemas. **Resultados:** en la mayoría de los estudiantes que participaron en el BLOG predominaron las respuestas adecuadas en cada una de las categorías de aprendizaje profundo. **Conclusiones:** el uso de una herramienta informática para la enseñanza y el aprendizaje de la semiología neurológica demostró ser útil para facilitar la adquisición de aprendizajes profundos; el desarrollo del BLOG permitió a los estudiantes adquirir confianza al momento de realizar el examen clínico de los pacientes.

Palabras clave

Semiología, neurología, aprendizaje, enseñanza, tics, educación médica. (Fuente: DeCS, BIREME).

* Médica y cirujana, Magíster en Educación con énfasis en Docencia Universitaria, Universidad de Caldas, Docente Departamento Básico Clínico, Manizales, Colombia. Correo Electrónico: liliana.ramirez@ucaldas.edu.co

** Licenciado en Biología y Química, Magíster en Desarrollo Educativo y Social, Ph.D. en Didáctica de las Ciencias Experimentales, Universidad de Barcelona. Universidad de Caldas, Docente Departamento Estudios Educativos. Manizales, Colombia. Correo Electrónico: oscar.tamayo@ucaldas.edu.co

NEUROLOGIC SEMIOLOGY DEEP LEARNING BY MEANS OF A COMPUTING TOOL

Abstract

Objective: to develop and implement an interactive tool that provides a virtual experience in the field of neurological semiology and is conducive to achieve deep learning and improvement in the learning process of medicine students at Universidad de Caldas in 2010. **Materials and methods:** cohort observational analytical research with development of two computing tools: educational BLOG and CD with audiovisual material. Population: 52 medicine students at Universidad de Caldas who were taking the General Semiotics class in the first semester, 2010: 24 men and 28 women ages 18 to 24. Thirty students participated in the educational BLOG and 22 did not. Students were evaluated in three moments: at the beginning, in the middle and at the end of the semester. Four deep learning categories were evaluated in each moment: analytical ability, richness in technical vocabulary, conceptual competence and problem solving ability. **Results:** most of the students who participated in the BLOG had dominantly appropriate responses in each of the categories of deep learning. **Conclusions:** the use of a computing tool for neurological semiology teaching and learning proved useful as a facilitator in the acquisition of deep learning. The BLOG development allowed students to gain confidence at the moment of performing the patients' clinical examination.

Key words

Semiology, neurology, learning, teaching, TICs, medical education. (Source: MeSH, NLM).

APRENDIZAGEM PROFUNDA EM SEMIOLOGIA NEUROLOGICO MEDIANTE UMA FERRAMENTA INFORMATICA

Resumo

Objetivo: desenvolver e aplicar uma ferramenta interativa que proporcione uma experiência virtual no tema da semiologia neurológica e propicie o logro de aprendizagem profundos desta e o melhoramento no processo de aprendizagem dos estudantes de medicina da Universidade de Caldas no ano 2010. **Materiais e métodos:** pesquisa de tipo observacional analítico de coorte com desenvolvimento de duas ferramentas informáticas: BLOG educativo e CD com apoios audiovisuais. Povoação de pesquisa: 52 estudantes de medicina da Universidade de Caldas que cursavam Semiologia Geral no primeiro semestre de 2010: 24 homens e 28 mulheres entre 18 e 24 anos. Os participantes do BLOG foram 30 estudantes e os não participantes, 22. Os momentos avaliados foram 3: ao início, na metade e ao final do semestre; em cada avaliação analisaram se quatro categorias de aprendizagem profundo: capacidade de análise, riqueza de vocabulário técnico, riqueza conceptual e resolução de problemas. **Resultados:** Na maioria dos estudantes que participaram no BLOG predominaram as respostas adequadas em cada uma das categorias de aprendizagem profunda. **Conclusões:** O uso de uma ferramenta informática para os ensinamentos e a aprendizagem da semiologia neurológica ser útil para facilitar a aquisição de aprendizagens profundas; desenvolvimento do BLOG permitiu aos estudantes adquirir confiança ao momento de realizar o exame clínico dos pacientes.

Palavras chave

Semiologia, neurologia, aprendizagem, ensinamentos, dicas, educação médica. (Fonte: DeCS, BIREME).

INTRODUCCIÓN

En la experiencia docente del área de semiología médica de la Universidad de Caldas se perciben dificultades en los estudiantes de medicina para poner en la escena de la práctica clínica los aprendizajes adquiridos de semiología neurológica. El aprendizaje de la semiología neurológica tiene componentes teóricos y prácticos y las estrategias metodológicas tradicionales no parecen ser suficientes para asegurar aprendizajes profundos en esta área del conocimiento.

En la formación médica el aprendizaje requiere de un apoyo visual permanente. Desde las etapas iniciales de la carrera, la apreciación visual y la interpretación de lo observado son elementos presentes en el proceso de apropiación del método clínico para el ejercicio profesional. La práctica clínica se ha basado en los encuentros con pacientes reales en las salas de hospitalización, pero en la actualidad la mayoría de países tiene dificultades de acceso al desarrollo de asignaturas clínicas mediante la observación directa de los pacientes. Entre las causas de este problema se cuentan las restricciones puestas por las entidades prestadoras de servicios, la disminución en la estancia hospitalaria, la detección temprana de muchas enfermedades que disminuye las hospitalizaciones y la mayor eficacia de los tratamientos actuales comparados con los del pasado (1).

Esta disminución en las posibilidades de establecer contacto cercano y repetido con los pacientes genera impacto negativo sobre los procesos de enseñanza-aprendizaje de la semiología médica, representado en una menor exposición a las experiencias reales para la obtención de síntomas y signos, la apropiación e interpretación de los mismos y, por lo tanto, la menor capacidad para la elaboración de una propuesta diagnóstica coherente con los hallazgos. Esta dificultad expresada sobre los estudiantes de medicina de la Universidad de Caldas es un fenómeno general que impacta todas las latitudes (2,3). El ejercicio médico también

se ve entorpecido por los tiempos limitados de la consulta médica establecidos por la legislación en salud de Colombia (4).

Para responder a estas condiciones sin afectar la calidad de la atención ni disminuir la certeza del diagnóstico y la toma de decisiones coherentes, es indispensable contar con conocimientos sólidos y con habilidades y destrezas clínicas suficientes y adecuadas para realizar un examen físico completo y ágil.

Pasando de la perspectiva general de la semiología médica al caso particular de la semiología neurológica, su aprendizaje es intelectualmente muy exigente. Tanto en los médicos en ejercicio como en los estudiantes, el área de la neurología se ha caracterizado por su capacidad de generar “sentimientos de fracaso” (5). En algunos casos, el temor es experimentado aun antes de iniciar el proceso de aprendizaje como resultado de las malas referencias sobre las dificultades de aplicación del método clínico en esta área.

Estas dificultades expresadas por los estudiantes y los médicos dieron origen al término “NEUROFOBIA” como un calificativo producto de la sensación de poca confianza en la evaluación neurológica de pacientes. Dicho término nació en 1994 con Jozefowicz y hace referencia al temor a la neurología, a la dificultad de los estudiantes a la hora de aprender neurología y al difícil momento que viven al realizar el examen clínico (5).

Otros autores han considerado la neurología como una experiencia difícil en la evolución del aprendizaje médico: según Eurolo et al., se ha observado baja capacidad para el diagnóstico y resolución de la patología neurológica, en especial en los médicos generales de la consulta externa y en los de urgencias (6).

En lo que hace referencia a la importancia del aprendizaje en neurología, un estudio realizado por Díaz et al. en el 2006 (7) rescata el “reto

que es para la comunidad médica el diagnóstico de enfermedad neurológica por el alto grado de mortalidad, discapacidad y deterioro de la calidad de vida del paciente y su familia”.

Para mejorar la práctica médica en neurología, Youssef propuso revisar el enfoque y la enseñanza de la neurociencia y de la neurología clínica y hacer uso de herramientas informáticas, equipos audiovisuales y estrategias de aprendizaje basadas en la resolución de problemas (5), con el propósito de lograr aprendizajes profundos.

La incorporación de las Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) en la educación no es una situación novedosa. Existen instituciones educativas que promueven el uso de las TIC como complemento para fortalecer la educación tradicional (8). Algunos docentes las ven como facilitadoras de su labor, otros les dan gran mérito, pues en la sociedad actual los jóvenes se desarrollan compartiendo con ellas y se argumenta que con su convivencia frecuente mejoran el aprendizaje por el estímulo motivacional (9).

El uso de las TIC en educación tiene tanta relación con el aprendizaje como con la enseñanza, debido a que en el ámbito educativo se da gran importancia a la organización de los contenidos para que motiven al estudiante y permitan integrar los conocimientos logrando aprendizajes profundos (10-13).

En esencia, el enfoque profundo se relaciona con una motivación intrínseca e interés en el contenido de la tarea; el estudiante personaliza la tarea, le da significado (14), la relaciona con sus ideas y experiencias previas. Cuando los estudiantes emplean un enfoque profundo de aprendizaje producen sus ideas más espontáneamente, dan explicaciones más elaboradas, que describen

mecanismos y relaciones causa-efecto, hacen preguntas orientadas a encontrar explicaciones, predicciones, causas, o a resolver discrepancias en el conocimiento; su lenguaje es más preciso y con referentes específicos; sus explicaciones funcionan como modelos o miniteorías que permiten el enlace entre el nivel macro y el micro (15). Son estudiantes más constantes en el seguimiento de una idea de manera sostenida, y pueden trabajar sobre sus propias ideas en lugar de hacerlo sobre las ideas de los demás.

Quienes emplean un enfoque superficial presentan motivación extrínseca o instrumental, perciben la tarea como una obligación, tienden a memorizar hechos específicos y a reproducir procesos, y tienen además una visión particular y aislada de las tareas. Sus explicaciones suelen ser reformulaciones de las preguntas realizadas, una especie de *caja negra* (15,16) que no hace referencia a mecanismos o descripciones microscópicas, sino solo referidas a lo visible; su pensamiento es más secuencial, pasan de una idea a otra sin sentido de direccionalidad; las ideas parecen aisladas y tienen mayor dependencia del recuerdo y del conocimiento factual; su lenguaje es más vago.

En la tabla que presentamos a continuación resumimos las ideas centrales de los modelos de aprendizaje en profundidad y tradicional (instruccionista).

Teniendo en cuenta los planteamientos presentados, se consideró pertinente el desarrollo y aplicación de una herramienta interactiva que proporcionara una experiencia virtual en el tema de la neurología y propiciara el logro de aprendizajes profundos de la semiología neurológica y el mejoramiento en el proceso de aprendizaje de los estudiantes de medicina de la Universidad de Caldas en el año 2010.

Tabla 1. Características del aprendizaje profundo versus características del aprendizaje tradicional.

Aprendizaje en profundidad	Aprendizaje tradicional
Requiere que los aprendices vinculen las nuevas ideas y conceptos a sus conocimientos previos y sus experiencias.	Los aprendices consideran que los nuevos conceptos que deben aprender no se relacionan con lo que ya conocen.
Requiere que los aprendices integren sus conocimientos en sistemas conceptuales interrelacionados.	Los aprendices consideran los materiales del curso como unidades de conocimiento independientes.
Requiere que los aprendices identifiquen patrones y principios fundamentales.	Los aprendices memorizan hechos y realizan procedimientos sin conocimiento del porqué y cómo lo hacen.
Requiere que los aprendices evalúen sus nuevas ideas y las relacionen con las conclusiones.	Los aprendices tienen dificultad para dar sentido a las nuevas ideas, las cuales son diferentes a las que encuentran en los libros de texto.
Requiere que los aprendices comprendan los procesos dialógicos que generan el conocimiento y que evalúen la lógica de los procesos argumentativos.	Los aprendices consideran los hechos y procedimientos como conocimientos estáticos que provienen de una autoridad conceptual.
Requiere que los aprendices reflexionen sobre su propia comprensión y sobre sus propios procesos de aprendizaje.	Los aprendices memorizan sin reflexionar sobre los propósitos o sobre sus propias estrategias de aprendizaje.

Adaptado de Sawyer RK (17).

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio: estudio observacional analítico de cohortes con dos grupos, uno experimental y otro de control; se realizó comparación de los mismos.

Población objeto de estudio: 52 estudiantes de medicina de la Universidad de Caldas que cursaban Semiología General en el primer semestre de 2010. El grupo de participantes del BLOG fue de treinta (n=30) y el grupo que no participó del mismo (No BLOG) fue de veintidós (n=22).

Las variables estudiadas fueron:

Capacidad de análisis: evaluación de las diferentes destrezas y juicio clínico, capacidad de enfatizar los datos relevantes y sutiles de la historia clínica que permite aprendizajes complejos a partir

de la suma de aprendizajes previos ligados con los nuevos aprendizajes.

Uso de vocabulario técnico: uso del lenguaje propio de la semiología médica como reflejo del nivel de estudio y apropiación de los conceptos.

Riqueza conceptual: está relacionada con la capacidad del estudiante para realizarle un adecuado enfoque clínico a cada caso evaluado y con la preparación suficiente para hacer un ejercicio argumentativo correcto

Resolución de problemas: esta variable está relacionada con la capacidad que demostró el estudiante de realizar un diagnóstico certero y coherente en relación con los casos clínicos.

Las categorías en las que se agruparon las respuestas de los estudiantes en cada ítem evaluado

de aprendizaje profundo fueron: muy buena, buena, regular, deficiente y mala. Cada examen fue analizado a partir de las distintas categorías de aprendizaje profundo antes mencionadas y cada una se calificó tal como aparece en la tabla 2.

Tabla 2. Categorías de calificación de respuestas.

MB	Muy bueno	5
B	Bueno	4
R	Regular	3
D	Deficiente	2
M	Malo	1

Para efectos de contraste entre los dos grupos, las respuestas se recodificaron como *adecuadas*: para las categorías muy buena y buena, e *inadecuadas*: para las categorías regular, deficiente y mala.

Técnicas y procedimientos

Se recopilaron videos de pacientes con patología neurológica. Luego se elaboraron videos sobre el examen neurológico en pacientes que consintieron participar en el estudio. El material elaborado fue sometido a evaluación de jurados expertos en el área de semiología neurológica. El montaje del material en la web se realizó en las instalaciones del programa de Telesalud de la Universidad de Caldas.

Los temas del curso de Semiología Neurológica fueron desarrollados por todo el grupo de estudiantes de Semiología del primer semestre de 2010 con la metodología tradicional: clases magistrales, mesas redondas y actividades prácticas. Desde el programa de Telesalud de la Universidad de Caldas se invitó a los estudiantes de Semiología que habían consentido participar en el BLOG para complementar su formación en semiología neurológica. Cada estudiante tenía una clave para ingresar al BLOG, desde donde

realizaban a su ritmo y en diferentes momentos el estudio de los temas con la herramienta audiovisual.

A todos los estudiantes de Semiología Neurológica, tanto a los que participaron como a los que no participaron en el BLOG, se les aplicó el mismo test de evaluación al inicio, en la mitad y al final del curso, con el fin de evaluar la evolución del aprendizaje en los tres momentos; la evaluación disciplinar se apoyó en la resolución de casos clínicos, lo que permitió valorar aprendizajes profundos de los dos grupos (BLOG vs. NO BLOG).

El material teórico suministrado a los estudiantes fue el elaborado por el profesor Norman Pardo, previa autorización escrita (18).

Análisis de los datos y software

Los datos fueron registrados en una base elaborada en Excel. Las variables fueron analizadas de manera bivariada (BLOG vs. NO BLOG) mediante frecuencias absolutas y relativas. La presentación de los resultados se llevó a cabo mediante gráficos de barras compuestas. La comparación de las frecuencias se realizó mediante la prueba *ji* cuadrado y se aceptó como diferencia significativa toda $p < 0,05$. El análisis estadístico se realizó con el programa estadístico SPSS v18.0 en español.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Para permitirle al lector mayor claridad en la lectura en cada ítem se presenta un ejemplo de las preguntas realizadas a los estudiantes que permitieron evaluar el aprendizaje profundo en cada una de las variables estudiadas.

Capacidad de análisis

Pregunta: A su consulta le llevan un paciente de 76 años de edad, masculino, quien hace dos semanas

ha presentado deterioro cognitivo, consistente en: pérdida de la memoria reciente, desorientación temporo-espacial, incapacidad para realizar sumas y restas simples, alucinaciones visuales, períodos de agitación alternados con períodos de pasividad e inversión del patrón de sueño. Con los datos anteriores determine, a) ¿cuáles funciones mentales están alteradas? y explique su respuesta; b) ¿cuáles son las posibles áreas corticales comprometidas en este paciente y por qué?, y c) analice el caso clínico anterior, escriba si se trata de alteración localizada o global, y por qué su consideración.

La constante en el comportamiento de esta variable fue de respuestas inadecuadas entre los estudiantes que no participaron en el BLOG y respuestas adecuadas en los estudiantes participantes en el BLOG. En el primer momento evaluativo las respuestas de los estudiantes NO BLOG fueron en su mayoría inadecuadas con más de 50,0 puntos porcentuales por encima del grupo BLOG; no obstante, solo en dos de las cinco preguntas las diferencias en los resultados fueron estadísticamente significativas ($p < 0,05$).

En el segundo momento predominaron las respuestas adecuadas en el grupo BLOG con más de 44,0 puntos porcentuales por encima del grupo NO BLOG. En este caso, tres de las cinco preguntas tuvieron respuestas con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$).

El tercer momento de evaluación mostró que la mayor proporción de respuestas adecuadas se presentó en el grupo BLOG con 24,7 puntos porcentuales por encima del grupo NO BLOG; en este caso, solo dos de las respuestas fueron diferentes estadísticamente ($p < 0,05$).

Uso del vocabulario técnico

Pregunta: En la consulta médica encuentra un paciente que sufrió un ECV (evento cerebrovascular) y usted evidencia parálisis facial de hemicara inferior izquierda. a) Describa cuáles

son las características de un paciente con parálisis facial inferior izquierda; b) ¿qué pruebas clínicas le realizaría al paciente para corroborar el diagnóstico?; y c) ¿dónde considera que se produjo la lesión?, explique su respuesta.

Con respecto a este ítem el predominio de uso adecuado de vocabulario técnico en el primer cuestionario fue para los estudiantes BLOG. El uso del vocabulario técnico de los estudiantes NO BLOG fue inadecuado en más de 51,0 puntos porcentuales por encima de los estudiantes BLOG en las tres primeras preguntas de este primer momento de evaluación.

En el segundo momento de evaluación el uso de vocabulario técnico fue adecuado en el grupo BLOG en más de 43,0 puntos porcentuales por encima del grupo NO BLOG; en este caso las diferencias fueron estadísticamente significativas en tres de las cinco preguntas ($p < 0,05$).

En el último momento de evaluación el uso de vocabulario técnico tuvo un comportamiento similar al anterior con predominio de respuestas adecuadas en el grupo BLOG; en este caso, solo en una de las preguntas se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos ($p < 0,05$).

Riqueza conceptual

Pregunta: Paciente masculino de 56 años que consulta por presentar inestabilidad para la marcha de 15 días de evolución, dice que “se va para el lado derecho cuando intenta caminar”; presenta vómito al tratar de cambiar la posición y la familia le ha notado alteraciones al hablar, dicen que no regula el volumen de las palabras y tiene habla “explosiva”. En este caso, a) ¿dónde localizaría topográficamente la alteración?, explique su respuesta; b) teniendo en cuenta las manifestaciones clínicas del paciente, ¿en cuáles aspectos haría énfasis en el examen neurológico?, ¿por qué?, ¿en qué área anatómica consideraría que puede estar la lesión?

En esta variable y en las anteriores predominó la calidad adecuada de la argumentación en el grupo BLOG con respuestas adecuadas que superaron en 44,0 puntos porcentuales a los estudiantes NO BLOG. Las diferencias estadísticamente significativas en las respuestas se encontraron en dos de las cinco preguntas aplicadas ($p < 0,05$).

En el segundo momento de evaluación fue llamativa la calidad inadecuada en las respuestas tanto en los estudiantes BLOG como en los NO BLOG; en este caso las diferencias estadísticamente significativas se encontraron solo en dos de las cinco preguntas aplicadas ($p < 0,05$).

En el tercer momento de evaluación la mitad de las respuestas de ambos grupos de estudiantes (BLOG vs. NO BLOG) evidenció una calidad adecuada en la argumentación; no obstante, solo en una de las respuestas a las cinco preguntas se encontraron diferencias estadísticas.

Resolución de problemas

Pregunta: Mujer de 26 años que en calidad de peatón sufre accidente de tránsito. Es llevada al servicio de urgencias donde le encuentran alteraciones de la sensibilidad en miembros inferiores. Se realiza una RM (resonancia magnética) en la que se evidencia un hematoma periependimario en T8. Usted es estudiante de Semiología General y se dispone a valorar la sensibilidad profunda y superficial de la paciente: a) ¿cómo realizaría el examen para evaluar las sensibilidades superficiales y qué esperaría encontrar?, y b) ¿cómo realizaría el examen para evaluar sensibilidades profundas y qué esperaría encontrar?

En este primer momento evaluativo la capacidad resolutive adecuada de los estudiantes BLOG fue mayor con más de 44,0 puntos porcentuales que la de los estudiantes NO BLOG. Las respuestas estadísticamente significativas fueron tres en las cinco preguntas realizadas ($p < 0,05$).

Ahora bien, en el segundo momento de evaluación, en las tres primeras preguntas las respuestas mostraron inadecuada capacidad resolutive tanto en los estudiantes BLOG como en los NO BLOG y las diferencias en las respuestas fueron estadísticamente significativas en tres de las cinco preguntas aplicadas ($p < 0,05$).

En el último momento evaluativo fue adecuada la capacidad resolutive en los estudiantes BLOG; solo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en una de las preguntas aplicadas ($p < 0,05$).

La riqueza conceptual se hizo evidente en las habilidades para proponer el enfoque de los casos clínicos y los ejercicios argumentativos coherentes con los hallazgos del paciente y con la fundamentación teórica. La capacidad de análisis de la información demostrada por los estudiantes se pudo verificar mediante la utilización de los datos (tanto los de mayor relevancia como los sutiles) y la forma de plantear la orientación diagnóstica. Aunque no fue propósito de esta investigación, conviene señalar la indisoluble relación entre la habilidad argumentativa de los estudiantes, sus conocimientos en el campo específico de la semiología neurológica y el logro de aprendizajes en profundidad (19).

La ausencia de sistematización de las metodologías de enseñanza de la semiología neurológica en el Programa de Medicina de la Universidad de Caldas desde sus inicios hasta la actualidad limitó las posibilidades de trabajar desde la base de experiencias previas.

Durante la presentación del curso de Semiología se logró la motivación de los estudiantes para el uso de la herramienta, lo que se hizo evidente en el número de estudiantes del curso que aceptaron participar en el BLOG. Este aspecto sugiere afinidad e interés especial de los estudiantes por ambientes educativos diseñados por los profesores en los cuales se parta de la incorporación de la dimensión emotiva, condición para el logro

de aprendizajes profundos en los estudiantes (16,18,20). Adicionalmente, la adherencia se hizo evidente en el número de consultas realizadas a la página y en el tiempo de permanencia de los estudiantes en su visita al BLOG para la revisión de los temas.

Durante los encuentros posteriores en las actividades regulares del curso se observó una mayor disposición de los estudiantes para las prácticas entre ellos y mayor confianza en el desarrollo de las prácticas y la aplicación del método semiológico con los pacientes. En las rondas hospitalarias se evidenció lenguaje técnico adecuado, similar a lo encontrado en el desarrollo de los cuestionarios. Este último aspecto es considerado como necesario para cualificar el proceso de enseñanza y aprendizaje de la semiología neurológica (20).

En la resolución de problemas no se logró el mismo resultado, posiblemente por el nivel de los presaberes correspondientes a este semestre y al hecho de que el diagnóstico diferencial no es una competencia esperada para este nivel de formación.

CONCLUSIONES

El uso de herramientas informáticas para la enseñanza y el aprendizaje de la semiología neurológica fue útil como facilitadoras para la adquisición de aprendizajes profundos. El desarrollo del BLOG permitió a los estudiantes adquirir confianza al momento de realizar el examen clínico de los pacientes.

Las variables de aprendizaje profundo que mejor se vieron desarrolladas con la aplicación de la herramienta informática fueron: capacidad de análisis, adquisición de vocabulario técnico y riqueza conceptual.

En lo referente a la resolución de problemas no se logró un buen resultado, pues el diagnóstico

diferencial no es una competencia esperada para este nivel de formación y es necesario para trabajar en la resolución de problemas de diagnóstico.

Entre las debilidades encontradas durante la ejecución del proyecto se encontraron las siguientes, coherentes con algunos de los planteamientos presentados por Coll y Monereo (22):

- Es necesario garantizarles a los estudiantes un mínimo nivel de habilidades para el manejo de la información en la web 2.0.
- La falta de habilidades para el manejo de información en la web no es exclusiva de los estudiantes. Se requiere que los docentes del área estén suficientemente entrenados para acceder a la información y poder garantizar la continuidad en el uso de herramientas del tipo de las TIC.
- Los resultados de la investigación se ven limitados por el bajo número de estudiantes que participaron en este estudio.

Entre las fortalezas identificadas vale la pena resaltar:

- La contribución al logro de aprendizajes profundos de los estudiantes en torno a una temática considerada de alta complejidad y dificultad.
- Disminución del desarrollo de la neurofobia en los estudiantes de semiología neurológica como base para lograr mejores resultados en la formación de los médicos en el área de la neurología, con lo que se beneficiará la población usuaria de los servicios de salud.
- La validación de esta herramienta se percibe como una buena opción para disminuir los efectos negativos que sobre la formación médica tiene el bajo número de pacientes para las prácticas y las pocas oportunidades de acceso a las instituciones hospitalarias.
- Los hallazgos justifican continuar explorando los resultados con nuevas cohortes de

estudiantes de Semiología de la Universidad de Caldas, así como perfeccionar la herramienta informática e incursionar en otras áreas de entrenamiento semiológico.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen a los Doctores: María Victoria Benjumea, Mario Iván Ruano, Ana María Matijasevic, docentes de la Universidad de Caldas, Manizales, quienes brindaron un invaluable apoyo en la realización de la investigación que originó este artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Forbes C, Jackson W. Atlas de Medicina Interna. 2^{da}. ed. Madrid: Harcourt Brace; 1998.
2. Badillo R. Problemas de Enseñanza Aprendizaje en Medicina. Soluciones académicas y computarizadas (Parte I). Acta Med Colomb 2003; 28(1):40-4.
3. Carrizosa J, Cornejo J. Enseñanza de la neurología en el pregrado médico. Acta Neurol Colomb 2003; 19(4):191-8.
4. Superintendencia Nacional de Salud. 20 minutos, tiempo mínimo de consulta médica: Superintendencia Nacional de Salud. 2005. [Citado 2010 Ago 23]. Disponible en URL: http://www.asmedasantioquia.org/momento_medico/edicion_86/supersalud
5. Youssef FF. Neurophobia and its implications: evidence from a Caribbean medical school. BMC Med Educ 2009; (9):39.
6. Eurolo J, Álvarez G. Enseñanza de la neurología en el pregrado: propuesta de una nueva metodología. Rev Chil Neuro-Psiquiatr 2004; 42(2):131-7.
7. Díaz R, Ruano M, Chacón A, Vera A. Perfil neuroepidemiológico en la zona centro del departamento de Caldas (Colombia): 2004 - 2005. Rev Neurol 2006; 43(11):646-52.
8. Telesalud Universidad de Caldas. Educación virtual. [Citado 2010 Sep 2]. Disponible en URL: <http://telesalud.ucaldas.edu.co>
9. Delgado M, Solano A. Estrategias Didácticas Creativas en Entornos Virtuales para el Aprendizaje. Actualidades Investigativas en Educación [serie en línea] 2009 [citado 2010 Sep 6]; 9(2):1-21. Disponible en URL: <http://revista.inie.ucr.ac.cr>
10. Barth L, Mariño S, Bonomo D. Construcción de un entorno virtual para el aprendizaje de la Embriología General Humana. Com Cient y Tecn 2004; 36:155-74.
11. Casado R. El aprovechamiento de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) para la creación de redes de aprendizaje colaborativo: La experiencia de Telefónica de España. [Citado 2010 Sep 3]. Disponible en URL: http://cvc.cervantes.es/obref/formacion_virtual/tele_aprendizaje/casado.htm
12. González M. NETCampus, una solución integral para la formación a distancia a través de sistemas virtuales. online educa Madrid 2000. [Citado 2010 Sep 8]. Disponible en URL: http://cvc.cervantes.es/obref/formacion_virtual/metodologia/arechabaleta.htm
13. Noa L, Gil J. El ABC de las nuevas tecnologías. Experiencias sobre un curso en la web. [Citado 2010 Sep 3]. Disponible en URL: http://cvc.cervantes.es/obref/formacion_virtual/metodologia/noa.htm
14. White RT, Mitchell IJ. Metacognition and the quality of learning. Studies in Science Education 1994;23:21-37.
15. Chin C, Brown DE. Learning in science: A comparison of deep and surface approaches. Journal of Research in Science Teaching 2000;37(2):109-38.
16. Olsher G, Beit BO. Biotechnologies as a context for enhancing junior high-school student's ability to ask meaningful questions about abstract biological processes. International Journal Science Education 1999;21(2):137-53.
17. Sawyer RK. Introduction: The new science of learning. In: Sawyer RK, editor. The Cambridge handbook of the learning sciences. Cambridge: Cambridge University Press; 2006. p.1-16
18. Pardo N. Lecciones de Semiología Neurológica. 1^{ra} ed. Manizales: Centro Editorial Universidad de Caldas; 2005.

19. Tamayo O. Teorías pedagógicas: relaciones entre la pedagogía y la didáctica [Tesis de Maestría]. Manizales: Universidad de Caldas; 2008.
20. Farrell, G. El desafío de las nuevas tecnologías de la información y las comunicaciones para los docentes de la educación médica. *Rev Cubana Educ Med Super* 2002; 16(1):37-46.
21. Zinchuk AV, Flanagan EP, Tubridy NJ, Miller WA, McCullough LD. Attitudes of US medical trainees towards neurology education: “Neurophobia” - a global issue. *BMC Medical Education* 2010;10:49.
22. Coll C, Monereo C. Psicología de la educación virtual: aprender y enseñar con las tecnologías de la información y la comunicación. 1ª ed. Madrid: Morata SL; 2008.

TEJIDO DE SIGNIFICADOS EN LA ADVERSIDAD: DISCAPACIDAD, POBREZA Y VEJEZ*

Vilma F. Velásquez G**

Lucero López***

Heddy López****

Nhora Cataño*****

Recibido en junio 21 de 2011, aceptado en octubre 19 de 2011

Resumen

Objetivo: describir los significados en torno a la discapacidad, pobreza y vejez de las personas ancianas del municipio de Guapi (Cauca, Colombia, 2009). **Método:** estudio de tipo etnográfico con observación participante y quince entrevistas en profundidad. El análisis de datos se realizó de manera inductiva e interpretativa. **Resultados:** los significados en discapacidad se enmarcan en las deficiencias físicas, limitaciones para realizar actividades y en la falta de acceso a los ámbitos de participación social. La pobreza está relacionada con aspectos espirituales y materiales. La vejez se sitúa en una polarización de significados entre la aceptación y el sufrimiento ante las enfermedades y limitaciones. **Conclusiones:** la comprensión de los significados culturales en las dimensiones de discapacidad, pobreza y vejez puede llevar a respuestas intersectoriales y profesionales más eficientes y eficaces para mejorar las condiciones de vida y de salud de las personas ancianas en situaciones de adversidad.

Palabras clave

Pobreza, anciano, cultura, evaluación de la discapacidad, Enfermería Transcultural (*Fuente: DeCs, BIREME*).

* Trabajo realizado en la Universidad Nacional de Colombia - Sede Bogotá. Facultad de Enfermería - Grupo de Investigación en Cuidado Cultural de la Salud- Kr 45 – 03 Torre de Enfermería Oficina 912 Bogotá-Colombia. Código Postal (4-72). Colombia.Códigos: 8007033 y 8007039, financiado por la División de Investigación Bogotá (DIB) de la Universidad Nacional de Colombia y con el apoyo de FFUNDAMOR (Guapi, Cauca).

** Enfermera. MSc. en Enfermería. Profesora Asociada, Universidad Nacional de Colombia - Sede Bogotá. Facultad de Enfermería. Investigadora Grupo de Investigación Cuidado Cultural de la Salud. Correo electrónico: vvelasquez@unal.edu.co

*** Enfermera. PhD. y MSc. en Enfermería. Profesora Asociada, Universidad Nacional de Colombia - Sede Bogotá. Facultad de Enfermería. Líder Grupo de Investigación Cuidado Cultural de la Salud. Correo electrónico: allopezdi@unal.edu.co

**** Psicóloga, Universidad Católica de Colombia. Integrante Grupo de Investigación Cuidado Cultural de la Salud. Correo electrónico: helopd@gmail.com

***** Enfermera. MSc. en Enfermería. Profesora Asociada, Universidad Nacional de Colombia - Sede Bogotá. Facultad de Enfermería. Investigadora Grupo de Investigación Cuidado Cultural de la Salud. Correo electrónico: ncatano@unal.edu.co

A WEB OF MEANINGS IN ADVERSITY: DISABILITY, POVERTY AND OLD AGE

Abstract

Objective: to describe the meanings about disability, poverty and old age of elderly people in the municipality of Guapi (Cauca, Colombia, 2009). **Method:** ethnographic study with participant observation and fifteen in-depth interviews. The analysis of the data was carried out in an inductive and interpretative manner. **Results:** the meanings in disability are framed in physical failure, limitations to perform activities, and lack of access to social participation spheres. Poverty is related to spiritual and material aspects. Old age is located in a polarization of meanings between acceptance and suffering when facing diseases and limitations. **Conclusions:** the understanding of cultural meanings in the dimensions of disability, poverty and old age may trigger in the future more efficient and effective cross-sectorial and professional responses to improve life and health conditions of elderly in situations of adversity.

Key words

Poverty, elderly, culture, disability evaluation, Transcultural Nursing (*Source: MeSH, NLM*).

TECIDO DE SIGNIFICADOS NA ADVERSIDADE: DEFICIENTES FÍSICOS, POBREÇA E VELHICE

Resumo

Objetivo: descrever os significados em torno aos deficientes, pobreza e velhice das pessoas anciãos do município de Guapi (Cauca, Colombia, 2009). **Método:** pesquisa de tipo etnográfica com observação participante e quinze entrevistas em profundidade. O análise de dados se realizou de maneira indutiva e interpretativa. **Resultados:** Os significados em deficientes físicos, as limitações para realizar atividades e na falta de acesso aos âmbitos de participação social. A pobreza está relacionada com aspectos espirituais e materiais. A velhice situa se em uma politização de significados entre a aceitação e o sofrimento antes as doenças e limitações. **Conclusões:** A compreensão dos significados culturais nas dimensões de deficientes físicos, pobreza, e velhice pode levar a respostas inter-sociais e profissionais, mas eficientes e eficazes para melhorar as condições de vida e de saúde das pessoas anciãos em situação de adversidade.

Palavras chave

Pobreza, ancião, cultura, avaliação dos deficientes físicos, Enfermagem Transcultural (*Fonte: DeCS, BIREME*).

INTRODUCCIÓN

A través de la historia los términos discapacidad, vejez y pobreza han estado cargados de distintos sentidos, generando sentimientos encontrados, opiniones contradictorias e inquietudes constantes sobre la realidad en que han sido concebidos. Los criterios e indicadores que han surgido sobre estos conceptos siguen siendo ambiguos, en términos afectivos matizados y de difícil precisión (1), ya que para cada cultura la construcción de estos significados depende del contexto en donde se vive.

La preocupación por estos fenómenos mundiales (discapacidad, vejez y pobreza) está enmarcada en la tendencia que se observa a escala mundial y nacional: el incremento de la población mayor de 60 años y la prevalencia de la discapacidad en la misma. Los datos recientes confirman que en nuestro país la población mayor de 60 años presentó un incremento del 6,31% y se estima que para el año 2020 el aumento será del 10,5% (2). La discapacidad viene creciendo, y en el 2005 se presentó una tasa del 37,7% de la población (3). En el mismo período se presentó en las personas mayores de 60 años prevalencia en la limitación para moverse o caminar en un 12,52% (4).

Las cifras en cuanto a pobreza en la población anciana son alarmantes. En América Latina, para el 2005, se encontraba un volumen de pobreza e indigencia que ascendía a 213 millones y 88 millones de personas, respectivamente (5). En Colombia se considera que el 66,3% de la población anciana es pobre y que el 26% se encuentra en la indigencia (6).

Uno de los principales factores causantes de discapacidad es la pobreza (7), ya que el hecho de carecer de recursos de manera individual y colectiva tiene como resultado la aparición de condiciones perjudiciales, como la falta de agua potable, condiciones de vivienda inadecuadas, insalubridad y mala alimentación, lo que hace que

las personas sean más susceptibles a padecer una discapacidad (8).

El círculo entre la discapacidad y la pobreza es más recurrente en los hogares que tienen menos ingresos. A su vez, la discapacidad incrementa los riesgos de pobreza porque aparta a las personas de posibilidades para generar ingresos y se requiere de altos gastos económicos de su familia para los tratamientos (9). Este panorama se agudiza aún más porque cerca de la mitad de la población mayor de 60 años en países como Colombia, Paraguay, Ecuador y algunos de Centroamérica, no cuenta con ingresos provenientes de una jubilación o de actividades económicas de ningún tipo (10), lo cual deja a las familias de estas personas mayores en apuros económicos para solventarse.

Sobre el tema cultural, el Grupo de Investigación Cuidado Cultural de la Salud (GCCS) de la Universidad Nacional de Colombia viene desarrollando investigaciones con poblaciones ancianas en situación de discapacidad y pobreza y con sus familias en contextos rurales y urbanos de algunos lugares del país (11-14), y realizando exploraciones con enfoque cultural, para intentar responder a los interrogantes que surgen desde las dinámicas culturales como la construcción de los significados en la adversidad, las prácticas populares de cuidado que afectan los procesos de salud-enfermedad; así mismo, viene desarrollando estrategias de intervención que han sido objeto de estudio y ajuste por parte del grupo.

Los hallazgos en las investigaciones del GCCS sobre el tema han identificado que la forma más representativa para denominar su situación de discapacidad es “estar así”. Aquí convergen las penas (dificultades psicológicas), los males (padecimientos relacionados con las enfermedades, la dificultad para salir de la casa y cumplir las actividades cotidianas en ella), la vejez (finalización de la oportunidad para desarrollar un rol productivo) y la pobreza (condición que torna más dramática la situación) (15). La pobreza se

configura como un efecto de las características propias de la estructura de clase y del sistema de producción en nuestro país, de tal modo que los colaboradores y sus familias que siempre han vivido soportando carencias que en muchos casos pueden llegar a ser extremas, la mencionen señalando “la vida del pobre es muy dura” (16).

La situación de discapacidad, vejez y pobreza son una trilogía perfecta para impedir que las personas se desarrollen personal y socialmente (17). Por ello, el objetivo del presente artículo es describir los significados en torno a la discapacidad, pobreza y vejez de las personas ancianas en el municipio de Guapi (Cauca), ya que estos componentes adquieren una mayor magnitud, trascendencia e implicaciones costo-beneficio para el anciano, su familia, la sociedad y el país.

MATERIALES Y MÉTODO

El estudio fue desarrollado en el municipio de Guapi (Cauca) con un enfoque cualitativo-etnográfico, se recogió la información mediante observación participante y entrevistas a profundidad. El primer acercamiento a la comunidad se adelantó durante el segundo semestre de 2008, cuando se establecieron contactos con diferentes sectores; en febrero de 2009 se efectuó el trabajo de campo con dos enfermeras docentes e investigadoras del GCCS de la Universidad Nacional de Colombia y un grupo de siete estudiantes de enfermería de último año, quienes fueron entrenados para la realización del proceso de recolección de información.

Se hicieron quince entrevistas, que sumaron 590 minutos, proporcionadas por participantes claves de la comunidad cuyo rango de edad estaba comprendido entre los 59 y 78 años, que no presentaban discapacidad y aceptaron la grabación de sus relatos. Se condensó un diario de campo grupal. El análisis de datos fue realizado de forma inductiva e interpretativa por las docentes investigadoras. Fueron tenidos en consideración

los aspectos éticos establecidos en la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Las atribuciones que construyen significados de discapacidad, pobreza y vejez se relacionan con factores de la estructura social, tales como economía, religión, valores y educación.

Sobre discapacidad

La discapacidad es entendida desde la OMS (18) por tres aspectos que comprenden las deficiencias (afectan lo físico), las limitaciones en la actividad (dificultad para la realización de labores) y las restricciones de participación (dificultades para participar en situaciones vitales).

Para los ancianos del municipio de Guapi, el término “discapacitado” se asocia, por lo general, a problemas físicos, mentales y sociales. Hay un lenguaje especial para denominar este tipo de problemas con expresiones como el “desvalido”, “el que no se puede mover”, “al que le duele el cuerpo y el alma”, y en términos de participación se refieren a que “se queda sentado todo el día tratando de pasar el tiempo”, “hay que llevarles la santa comunión hasta la casa, pues no pueden ir a la misa” y “no salen a la calle para nada”.

Estos hallazgos son similares a los de otros estudios que se han hecho con población anciana en zonas urbanas donde la discapacidad gira en torno a conceptos que se relacionan con enfermedad: *estar jodido, inválido y tullido* (19), y la restricción de la participación en actividades de tipo religioso, recreativo y educativo (20).

Lo que se ha hallado en el estudio evidencia la incorporación de los tres aspectos sobre discapacidad propuestos por la OMS, donde la discapacidad representa componentes físicos, de restricciones en actividades y en la participación,

reiterando así la importancia de la connotación holística del concepto.

El significado para los informantes tiene una connotación negativa de “lo peor”, “la vida se lleva muchas cosas estando así y no se puede hacer nada”, “se acaba lo que fui en un tiempo, es no tener la misma vitalidad”. Algunos se refieren a la condición como “estar jodido” o como “castigo de Dios”.

Enfrentar la situación de discapacidad resulta beneficioso para los participantes y los pone en ventaja con otras personas, pues para ellos la situación misma favorece el fortalecimiento del desarrollo de habilidades, la búsqueda de superación y la motivación cotidiana para valerse por sí mismos, y es enunciado en su lenguaje como: “el (hecho de) no tener un brazo no quiere decir que no se hagan las cosas diarias”, “cuando falta una parte del cuerpo no quiere decir que no se pueda trabajar”; esto genera una actitud positiva de utilidad ante la familia y la comunidad.

Estos hallazgos contrastan con otros significados de personas ancianas reportados en otras investigaciones (19,20) que, a diferencia de las personas mayores participantes de este estudio, no presentaban discapacidad, lo que induce a pensar que el significado de la discapacidad difiere entre los mismos grupos culturales y de edad, puesto que no es el mismo significado si se vive o no con alguna limitación.

En la literatura se han reportado variados significados sobre discapacidad, en algunos casos con una tendencia positiva que se relaciona con un entorno ambiental seguro, redes familiares, acceso a los servicios de salud y un ingreso económico (21). Los significados individuales denotan una construcción cultural y social de lo femenino y lo masculino que está conectada con circunstancias colectivas como, por ejemplo, los cambios demográficos, económicos, culturales y políticos, movimientos migratorios y un paulatino cambio

en la estructura y composición de los hogares (22). Los significados con tendencia negativa señalan a las personas con discapacidad como “inútil”, “carga” o “estorbo”, puesto que son consideradas improductivas y de poco compromiso con el desarrollo de la sociedad (23,24).

La pobreza

Dos matices negativos reconstruyen el significado de pobreza: la espiritual y la material. La primera es causada por “la falta de Dios en la vida”, “no se cuenta con suficiente fe para sobrellevar los problemas”, “estar en ella es no contar con la gracia de Dios”, “también nos pone a prueba”.

Sobre esta última construcción de pobreza, algunos estudios con ancianos reportan similitudes (25) que muestran que la creencia religiosa contribuye de manera positiva al afrontamiento de la situación de pobreza porque es vista como parte de una vivencia religiosa, constituyéndose en una herramienta importante de fortaleza personal.

Sobre la pobreza material, se describen aspectos como “no tener para comer, ni dónde dormir”, “escasez de dinero en la familia”, también se asocia a enfermedad, exclusión, poca educación y un entorno ambiental contaminado. Es una “situación difícil y muy dura para llevar a cuestas”. Es la causante de muchos de los “males” (enfermedades) que les imposibilita realizar algunas actividades.

La pobreza en las poblaciones envejecidas varía de acuerdo con el nivel educativo, género y organización en la vida, las mujeres mayores caen con más frecuencia en la pobreza debido a que no tienen una mayor educación, lo que incrementa la probabilidad de llegar a la pobreza durante la vejez (26).

Acerca de la vejez

La vejez se asocia a significados positivos, como “poseer conocimiento”, son los sabios (personas

con alta capacidad para resolver problemas de salud, entre otras necesidades); quienes cuentan con el respaldo y confianza de la gente “son los abuelos, los sabios de la comunidad”. En la vejez hay un cúmulo de conocimientos y experiencias, “los viejos sabemos muchas cosas que los jóvenes no saben”, que se considera deben enseñar a los jóvenes, si se cuenta con buen estado de salud para hacerlo.

Estas percepciones son similares en hallazgos de otros estudios (27), donde la vejez es percibida con un estatus social de respeto, de reconocimiento social y de participación activa en la construcción de conocimiento y de educación a otros.

La vejez se relaciona con un logro y recompensa de la vida, pues “en la vejez uno recibe su recompensa”, que trae desgaste físico y mental pero que no afecta la productividad. Se concibe como una etapa más de la vida que es necesario pasar; junto con ella, se puede presentar abandono de la familia como parte de un proceso que se considera normal, pero que causa tristeza. La edad no es un condicionante que limita llevar una vida sexual sana y sin restricciones, comúnmente los hombres ancianos manifiestan utilizar bebedizos que les ayudan a mantener su desempeño sexual.

En este último aspecto, estudios latinoamericanos reportan hallazgos similares (28,29) donde la búsqueda de nuevas formas para mantener una vida sexual activa forma parte de la cotidianidad, y son altamente valorados el cariño y la relación de pareja.

La vejez no siempre se asume de manera negativa, hay ancianos que refieren que viven esta etapa con gusto y optimismo, se sienten felices frecuentemente por el contexto donde viven (30).

Las implicaciones negativas de la vejez denotan “dolor en el cuerpo”, “ya no se puede hacer muchas cosas como antes”, “aparecen los sufrimientos y las penas”, “el cuerpo ya no da”. En la vejez “la

muerte está más cerca”, por ello se tiene preparado un ajuar de ropa junto con otros rituales, para permitir que en el momento de la muerte se descanse.

Las percepciones negativas de la vejez coinciden con otros estudios similares (19,27,31-33) que establecen como una pérdida de funcionalidad, la disminución de energía, la escasa tolerancia al dolor, la aparición de la dependencia y el deterioro en la autonomía.

La asociación de la vejez con dependencia, enfermedad y falta de productividad ha sido reportada en otros estudios (34). Por su parte, los ancianos reportan en algunos estudios que son percibidos por los jóvenes como personas inútiles y molestas, por lo que prefieren ignorarlos y marginarlos, aunque también algunos reconocen que encuentran manifestaciones de respeto y actitudes afectivas de los más jóvenes (35). La vejez también es vista como la etapa de las pérdidas, ya sean físicas o mentales, se asocia a la necesidad de depender de otras personas para realizar actividades que antes se hacían de manera independiente; una de las cosas positivas que perciben se enmarca dentro de la posibilidad de contar con tiempo libre y poder descansar. Dentro de los aspectos considerados para los ancianos como más importantes en la vida están la salud, la pérdida de la memoria, la soledad y la falta de independencia (36).

La información reportada permite deducir que no se puede tener una única autoconcepción de la vejez, puesto que esta depende de las vivencias y los aspectos socioculturales de cada persona (37).

Otros estudios han demostrado una relación entre pobreza y discapacidad. En el caso de nuestro país, el mayor número de personas con discapacidad se encuentra en los estratos 1 y 2, lo que conlleva a que estas personas no tengan protección social en salud o encuentren mayores dificultades para el acceso a los servicios de salud (38). A este

panorama se le suma la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles como la artritis, enfermedades cardiovasculares o diabetes, de larga duración en la etapa de la vejez y que afectan en mayor medida la calidad de vida de las personas mayores, lo que interfiere en su funcionalidad y, por consiguiente, requiere un apoyo permanente o institucionalización (39).

Si bien la pobreza ha sido considerada en las políticas para discapacidad y vejez desde la mirada filosófica de Amartya Sen, las acciones y estrategias aplicadas aún se centran en las necesidades materiales, de suerte que se encuentran para el caso de las personas ancianas, programas que están direccionados al apoyo económico, teniendo limitadas acciones para el desarrollo de las capacidades y potencialidades humanas (40). Esta realidad deja a las personas mayores sin herramientas que les permita mejorar sus condiciones de vida y de salud.

A pesar de lo anterior, en algunos casos las personas mayores pueden ser más productivas de lo que ellas reconocen, los aportes económicos derivados de las tareas domésticas como el cuidado de los niños, constituyen contribuciones valiosas que favorecen a otros miembros de la familia para que puedan salir a trabajar (41).

Este panorama estimula la indagación y comprensión acerca de los significados que se construyen frente a estas situaciones y el modo y la forma de enfrentarlas en las diferentes culturas.

El necesario abordaje de estas temáticas desde distintas disciplinas y el intercambio de conocimientos extraídos de diferentes contextos latinoamericanos, aportarían a una comprensión y atención holística de las personas que se encuentran en dichas situaciones, y además, facilitaría los procesos propuestos para mejorar las condiciones de pobreza y desigualdad planteadas en las metas del milenio, ya que pondría en consideración las corrientes culturales que condicionan y perpetúan las acciones en salud.

CONCLUSIONES

La tendencia de significados desfavorables hacia la discapacidad en los reportes del estudio es similar con otros hallazgos (19,23,24) y está permeada por factores religiosos y económicos. La pobreza se constituye en un significado que describe carencias de tipo material y espiritual, siendo esta última configurada desde un plano netamente religioso. La vejez combina características de tipo físico y de reconocimiento social, lo que coincide con otros reportes (27,34-36), percibiéndose al anciano como una persona portadora de conocimientos y experiencias.

Los que conciben la discapacidad, pobreza y vejez de manera optimista, favorecen conductas resilientes que son útiles para desencadenar procesos de empoderamiento social e individual y la toma de decisiones y acciones para cuidar la salud. A partir de estos hallazgos, el estado y las organizaciones necesitan reconocer y generar alternativas que potencialicen estos significados, con la finalidad de impactar grandes problemas en materia de salud.

La perspectiva negativa con que es construida la discapacidad y la vejez se relaciona con una condición de vulnerabilidad y de pérdida de bienestar que conlleva a un mayor empobrecimiento. El hecho de envejecer en condiciones de pobreza, donde las deprivaciones y la carencia de recursos de toda índole son frecuentes, acentúa el problema. El gobierno colombiano necesita comprometerse con el desarrollo de las políticas internacionales emanadas de la segunda asamblea mundial de envejecimiento, las cuales suscribió; esta es una forma de proteger e esta población en triple condición de vulnerabilidad.

Por su parte, la comprensión de estos fenómenos desde la mirada cultural permite que los profesionales de la salud ganen competencia cultural, debido a que van obteniendo conciencia del predominio de la cultura en la salud, permiten

mayor sensibilidad hacia una población en particular y van generando estrategias para relacionarse de acuerdo con el contexto.

Interesarse por examinar cuestiones culturales desde los contextos de salud viabiliza una atención armónica, congruente culturalmente, que, se espera, traerá adherencia a las instituciones de salud, a los profesionales y a los tratamientos, ya que se centra en una comunicación bidireccional, mediada culturalmente, sujeta por los valores y creencias de las personas y los profesionales.

AGRADECIMIENTOS

A la División de Investigación Bogotá (DIB) de la Universidad Nacional de Colombia. A la Fundación FFUNDAMOR (Guapi, Cauca). A las personas ancianas que participaron con sus valiosos aportes. A los integrantes del semillero de investigación del Grupo de Investigación en Cuidado Cultural de la Salud, quienes en diferentes momentos hicieron algún aporte para que hoy se pueda condensar este producto: Esperanza Muñoz, Martha Alzate, Yenny Barreto, Alexandra Maluche, Franci Madera, Yurany Zúniga, William López, Jeimmy Puentes y Beatriz Soto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rey, G. Prácticas comunicativas y representación social de las edades en los medios. En: Coloquio Periodismo para Todas las Edades. Bogotá, Colombia: AIG de Colombia, Naciones Unidas y Pontificia Universidad Javeriana, Ministerio de Comunicaciones Dirección de Acceso y Desarrollo Social, y Centro de Psicología Gerontológica CEPSIGER; 1999. p. 139-55.
2. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Censo General 2005. Nivel Nacional [en línea] 2008 [citado 2010 Mar 13]. Disponible en URL: <http://www.dane.gov.co/censo/files/libroCenso2005nacional.pdf>
3. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Discapacidad. Personas con limitaciones permanentes [en línea] 2007 [citado 2009 Dic 10]. Disponible en URL: http://www.dane.gov.co/censo/files/discapacidad/preva_indices.pdf
4. Ministerio de la Protección Social. Diagnóstico preliminar sobre personas, dependencia y servicios sociales en Colombia. Bogotá: Ministerio de la Protección Social [en línea] 2007 [citado 2010 Feb 23]. Disponible en URL: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo16412DocumentNo4751.PDF>
5. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad. Documento informativo (LC/G.2294 (SES.31/3) [en línea] 2006 [citado 2010 Nov 6]. Disponible en URL: <http://www.cepal.org/cgibin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/9/24079/P24079.xml&xsl=/tpl/p9f.xsl&base=/pses31/tpl/top-bottom.xsl>
6. Centro de investigaciones para el desarrollo. Bien-Estar: Macroeconomía y pobreza. Informe de Coyuntura 2003. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá; 2004.
7. Organización Mundial de la Salud. The World Health Report 1995: bridging the gaps. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1995.
8. Spicker P, Álvarez LS, Gordon D, editores. Pobreza un glosario internacional. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales CLACSO; 2009.
9. Fundación Saldarriaga y Concha, Colombia Líder. Discapacidad en Colombia: Reto para la inclusión en capital humano [en línea] 2010 [citado 2010 Sep 8]. Disponible en URL: <http://www.saldarriagaconcha.org/Library/News/Files/DISCAPACIDAD%20EN%20COLOMBIA%20DIAGNOSTICO%20REGISTRO236.PDF>
10. Guzmán J. Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe. Serie Población y Desarrollo. Santiago: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL; 2002.
11. López L, Velásquez V, Alzate ML. Vejez y pobreza: Memoria colectiva de familias urbanas en Bogotá - Colombia. Paraninfo Digital [serie en línea] 2009; 7 [citado 2010 Oct 10]. Disponible en URL: <http://www.index-f.com/para/n7/189o.php>
12. Castellanos F, López L. Discapacidad y cultura: desafío emergente en investigación. Avances en Enfermería 2009;XXVII(1):110-23.
13. Castellanos F, López L. Significados de la discapacidad de los ancianos en un contexto de pobreza. En: III Congreso Iberoamericano de Investigación Cualitativa en Salud. Escuela Graduada de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico. Libro de Resúmenes; 2008. p. 57-8.
14. Alzate ML, López L, Velásquez V. Una mirada de la rehabilitación desde Enfermería. Avances en Enfermería 2010; XXVIII(1):152-65.
15. López L, Alzate ML, Velásquez V. Poverty, disability and old age in Colombia: a cultural care

- perspective. In: 33rd Annual Conference of the Transcultural Nursing Society. Bournemouth University. Abstract Book; 2007 Sep 15-21; Bournemouth, Inglaterra; 2007; 24.
16. López L, Alzate ML, Velásquez V. Patrones de resiliencia para las personas ancianas con discapacidad en condiciones de pobreza. Anexo 4. Informe técnico proyecto: Desarrollo de un modelo de cuidado cultural para personas ancianas con discapacidad en situación de pobreza (PADP) (1101-04-16453). 2008; 3.
 17. López L, Alzate ML, Velásquez V. Informe técnico proyecto: Desarrollo de un modelo de cuidado cultural para personas ancianas con discapacidad en situación de pobreza (PADP) (1101-04-16453). Información general del proyecto. Sinopsis divulgativa. 2008; 2.
 18. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Madrid: IMSERSO, OMS y OPS; 2001.
 19. Castellanos F, López A. Mirando pasar la vida desde la ventana: significados de la vejez y la discapacidad de un grupo de ancianos en un contexto de pobreza. *Rev Imagen y Desarrollo* 2010;12(2):37-53.
 20. Moreno ME, Rodríguez MC, Gutiérrez M, Ramírez LY, Barrera O. ¿Qué significa la discapacidad? *Rev Aquichan* 2006;6(1):78-91.
 21. Pérez J, García E. Influencia de algunos factores sociales en la tercera edad en la comunidad pastorita. *Rev Cub Enf* 2003;18:18-21.
 22. De Oca V. Envejecimiento y protección familiar en México: límites y potencialidades del apoyo en el interior del hogar. *Imágenes de la familia en el cambio de siglo*. México: UNAM; 2007.
 23. Robles L, Vázquez F, Reyes L, Orozco I. Miradas sobre la vejez. Un enfoque antropológico. México: El Colegio de la Frontera Norte y Plaza y Valdez; 2006.
 24. Arber S, Ginn J. Relación entre género y envejecimiento. Enfoque sociológico. Madrid: Narcea; 1996.
 25. Salgado de Snyder N, Wong R. Envejeciendo en la pobreza urbana: conclusiones e implicaciones para la salud de los ancianos. En: Salgado de Snyder N, Wong R, editoras. *Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana. Un estudio en cuatro ciudades de México*. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2006. p. 155-61.
 26. Department of Economic and Social Affairs of the United Nations. *World Economic and Social Survey 2007. Development in an Ageing World*. United Nations: New York; 2007.
 27. Freitas MC, Almeida T, Vieira de Sousa JA. O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. *Rev Esc Enferm USP* 2010;44(2):403-8.
 28. Cayo G, Flores E, Pizarro M, Arazena A. Sexualidad en la tercera edad y su relación con el bienestar subjetivo [en línea] [citado 2011 Abr 2]. Disponible en URL: http://ccp.usr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/demogo20_cayorios.pdf
 29. Suárez E, Quiñones C, Zalazar Y. El erotismo en la tercera edad. *Rev Cubana de Medicina General Integral* [serie en línea] 2009;25(2) [citado 2011 Abr 10]. Disponible en URL: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v25n2/mgi06209.pdf>.
 30. Cantú HJ. Envejeciendo entre la caña y el café. En: Vázquez, P. F. *Contando nuestros días. Un estudio antropológico de la vejez*. México: CIESAS; 2003.
 31. Monchietti A, Roel I, Sánchez M. Representaciones de la vejez. *Rev Latinoamericana de Psicología* 2000;32(3):519-36.
 32. Treviño S, Pelcastre B, Márquez M. Experiencias de envejecimiento en el México rural. *Rev Salud Pública Mex* 2006;48(1):30-8.
 33. Pelcastre BE, Márquez M. El significado de la vejez en adultos mayores de cuatro ciudades del

- país. En: Salgado de Snyder N, Wong R, editoras. Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana. Un estudio en cuatro ciudades de México. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2006. p. 135-54.
34. Ministerio de la Protección Social. Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2007-2009; 2007. p.18 [en línea] [citado 2010 Jul 20] Disponible en URL: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/asistenciaSocial/Documents/POLITICA%20NAL%20DE%20ENVEJECIMIENTO%20Y%20VEJEZ.pdf>
 35. Candás S, García O. Perspectiva de la tercera edad acerca de la mirada de los “otros” sobre la vejez. *Rev Electrón Psicol Polít* [serie en línea] 2006; 4(12) [citado 2010 Oct 10]. Disponible en URL: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1669-35822006000300001&lng=pt&nrm=iso
 36. Garay S, Ávalos R. Autopercepción de los adultos mayores sobre su vejez. *Rev Kairós* 2009;12(1):39-58.
 37. Fornós EM. El estereotipo social de la vejez. En: I Congreso Virtual de Psiquiatría; 2000 Feb 1 - Mar 15 [en línea] [citado 2010 Sep 16]. Conferencia 13-CI-G. Disponible en URL: http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa13/conferencias/13_ci_g.htm
 38. Hernández J, Hernández I. Una aproximación a los costos indirectos de la discapacidad en Colombia. *Rev Salud Pública* 2005;7(2):130-44.
 39. Ministerio de la Protección Social. Diagnóstico preliminar sobre personas mayores, dependencia y servicios sociales en Colombia [en línea] 2004 [citado 2011 Feb 10]. Disponible en URL: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/vbecontent/library/documents/docnewsno16412documentno4751.pdf>
 40. Castellanos F. Comprendiendo el cuidado de los ancianos en situación de discapacidad y pobreza. [Tesis doctoral]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2009.
 41. Help Age Internacional. El informe sobre el envejecimiento y el desarrollo: un resumen. Pobreza independencia y las personas mayores en el mundo [en línea] 2000 [citado 2010 Sep 15]. Disponible en URL: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/informe_sobre_env_y_desarrollo_1.pdf

EL AUTOCUIDADO: UN COMPROMISO DE LA FORMACIÓN INTEGRAL EN EDUCACIÓN SUPERIOR

María del Pilar Escobar Potes*

Zoila Rosa Franco Peláez**

Jorge Alberto Duque Escobar***

Recibido en septiembre 15 de 2011, aceptado en octubre 13 de 2011

Resumen

Objetivo: descubrir en las expresiones de los docentes la relación del autocuidado con la formación integral en la Universidad de Caldas, Manizales, entre el 2008 y el 2010. **Método:** estudio cualitativo interpretativo, se indagó sobre los significados y sentidos que tienen para los docentes la formación integral y su relación con el autocuidado. Unidad de trabajo: 34 docentes; unidad de análisis: las expresiones aportadas por los docentes en grupos focales. Se solicitó el consentimiento informado a los participantes. Categorías de análisis: ser, saber, concienciar, actuar e interactuar. **Hallazgos y discusión:** “Yo parto del presupuesto de que es la capacidad negociadora del estudiante lo que le permite autorregularse; que implica una dimensión humana, porque esta se requiere al igual que la capacidad cognitiva, que deben integrarse como condición particular de la vida para trabajar todas las funciones cognitivas y ejecutivas complejas, la capacidad de autogobernarse permite manejar mi propia vida y situarme teniendo todas las posibilidades”. Parece ser que el problema del autocuidado hace referencia a la conciencia sobre lo que es la vida, el cuerpo, la salud y el bienestar, incluyendo las esferas que constituyen al ser humano. **Conclusión:** la formación integral se logra por medio de un proceso educativo, indica aquellas acciones dirigidas hacia adelante, que educan e involucran al docente, es decir, lo incluye como aquella persona que enseña. Permite enriquecer a los sujetos comprometidos en el sentido que orientan hacia el perfeccionamiento de sus cualidades y virtudes. Los profesores resaltan la importancia de su actuar académico como émulo para los estudiantes.

Palabras clave

Autocuidado, educación, formación profesional (Fuente: DeCS, BIREME).

* Enfermera, Magíster en Investigación y Tecnología Educativa. Universidad de Caldas. Manizales, Colombia. Correo electrónico: pilares@ucaldas.edu.co

** Enfermera, Magíster en Filosofía y Ciencias Jurídicas. Universidad de Caldas. Manizales, Colombia. Correo electrónico: zoila.franco@ucaldas.edu.co

*** Licenciado en Educación Física Recreación y Deporte, Magíster en Pedagogías Activas y Desarrollo Humano. Universidad de Caldas. Manizales, Colombia. Correo electrónico: jorge.duque_e@ucaldas.edu.co

SELF CARE: A COMPREHENSIVE EDUCATION COMPROMISE IN HIGHER EDUCATION

Abstract

Objective: To discover the professors' expressions related to self care in comprehensive education at Universidad de Caldas, Manizales, between 2008 and 2010. **Method:** An interpretive-qualitative study in which meaning and sense that comprehensive education has for the professors and their relation with self care, are investigated. Work unit: 34 professors; analysis unit: expressions provided by professors in focal groups. Informed consent from the participants was requested. Analysis categories: Being, knowledge, being aware of, acting and interacting. **Findings and discussion:** *"I start from the supposition that it is the students' negotiating ability which allows them to self-regulate. This capacity implies a human dimension because it is a requirement, as well as it is the cognitive ability, which must be integrated as a particular life condition to work in the complexity of cognitive and executive functions. The capacity to self-govern allows me to manage my own life and place myself having all possibilities at hand."* It seems to be that the problem of self care refers to the conscience of what life, body, health, and welfare are all about, including all spheres that constitute the human beings. **Conclusion:** comprehensive education is achieved by means of an educational process; it indicates those actions directed to the future which educate and involve professors. This is to say what includes the way in which a person teaches. It allows the enrichment of committed people in the sense that they guide students towards the perfectionism of their qualities and virtues. Professors highlight the importance of their academic actions as an emulator for the students.

Key words

Self care, education, professional education (*Source: MeSH, NLM*).

O AUTOCUIDADO: UM COMPROMISSO DA FORMAÇÃO INTEGRAL EM EDUCAÇÃO SUPERIOR

Resumo

Objetivo: descobrir nas expressões dos docentes a relação do autocuidado com a formação integral na Universidade de Caldas, Manizales, entre 2008 e 2010. **Método:** pesquisa qualitativa interpretativa, indagou se sobre os significados e sentidos que tem para os docentes a formação integral e sua relação com o autocuidado. Unidade de trabalho: 34 docentes, unidade de análise: expressões aportadas pelos docentes em grupos focais. Solicitou se o consentimento informado aos participantes. Categorias de análise: ser, saber, conscientização, atuar e interatuar. **Descobrimientos e discussão:** *"Eu parto do pressuposto de que é a capacidade negociadora do estudante o que permite auto-regulasse; que implica uma dimensão humana, porque esta requeira se ao igual que a capacidade cognitiva, que devem integrar se como condição particular da vida para trabalhar todas as funções cognitivas e executivas complexas, a capacidade de auto-regularse permite manejar minha própria vida e situar me tendo todas as possibilidades"*. Parece ser que o problema do autocuidado faz referência à consciência sobre o que é a vida, o corpo, a saúde e o bem-estar incluindo as esferas que constituem ao ser humano. **Conclusão:** a formação integral logra se por meio dum processo educativo, indica aquelas ações dirigidas para adiante, que educam e envolvem ao docente, é dizer, o inclui como aquela pessoa que ensina. Permite enriquecer aos sujeitos comprometidos no sentido que orientam até o aperfeiçoamento de suas qualidades e virtudes. Os professores ressaltam a importância de seu atuar acadêmico como emulo para os estudantes.

Palavras chave

Autocuidado, educação, formação profissional (*Fonte: DeCS, BIREME*).

INTRODUCCIÓN

El presente artículo surge del proceso de discusión sobre el autocuidado, en el marco de los hallazgos de la investigación “La formación integral como principio rector de la academia en la Universidad de Caldas”, realizada por los autores entre los años 2008 y 2010, atendiendo al sentido que atribuyeron los docentes participantes en las expresiones referentes a las esferas del ser humano, que deben ser abordadas en función de la formación integral en la educación superior, a partir de las siguientes categorías: ser, saber, concienciar, actuar e interactuar.

Los debates nacionales sobre la reforma estatutaria del Sistema Nacional de Salud generan preocupaciones, pues esta también le atribuye a cada uno de los ciudadanos la responsabilidad de enfermar y de morir; incluso, compromete a los mismos profesionales de la salud, puesto que en la Constitución Política de Colombia se plasma esta responsabilidad de la siguiente manera: “Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad” (1), máxime en una sociedad que debe favorecer el autocuidado en todos los aspectos de la vida cotidiana.

Las instituciones de educación superior tienen la responsabilidad social de transformarse y transformar las circunstancias adversas relacionadas con los determinantes sociales, entendidos como: las condiciones sociales en las cuales viven y trabajan las personas, es decir, las condiciones en las que se despliega el proyecto vital humano, las condiciones de su producción y reproducción ampliada, las condiciones de acceso a sus derechos y a la protección social en todos los aspectos humanos y sociales (2), que afectan la vida y la salud como estado de bienestar que integra procesos orgánicos, psicológicos, relaciones personales y sociales necesarias para el funcionamiento adecuado y el disfrute de una vida digna.

Para lograrlo es necesario promover el autocuidado dentro del marco del desarrollo humano, en el cual toda persona para ser, saber, tener, estar y actuar necesita la satisfacción y potenciación en condiciones de equidad de satisfactores que le permitan la subsistencia, el afecto, la protección, la participación, el entendimiento, el ocio, la creación, la libertad y la identidad personal (3) y de la población, dentro de las cuales se considera la educación como el espacio natural de formación de los seres humanos para la vida, ámbito en el que ella a través de sus docentes y estudiantes debe constituirse en modelo de autocuidado que hay que seguir en la sociedad donde se desarrollan.

Una concepción sobre autocuidado

Para ilustrar el concepto de autocuidado se parte de lo planteado por Heidegger respecto al cuidado como forma de ser esencialmente ética. Es algo más que un acto y una actitud entre otras; plantea que el cuidado es existencialmente *a priori* a toda posición y conducta fáctica del ser ubicado, es decir, que se halla siempre en ella. Significa esto que el cuidado se encuentra en la raíz primera del ser humano, antes de que este actúe, y todo cuanto haga irá siempre acompañado de cuidado e impregnado de cuidado. Significa reconocer que el cuidado es un modo de ser esencial, es una dimensión frontal, originaria, ontológica, imposible de desvirtuar (4). En este orden de ideas, el autocuidado ubica el cuidado referenciado a sí mismo, teniendo en cuenta que la responsabilidad de proporcionarse una vida saludable se centra en cada persona a partir de su formación durante toda la vida.

Para implementar el autocuidado, vale la pena asumir las siguientes premisas:

1. Es un acto de vida que permite a cada uno convertirse en sujeto de sus propias acciones. Por tanto, es un proceso voluntario de la persona para consigo misma.

2. Debe ser una filosofía de vida y una responsabilidad íntimamente ligada a la cotidianidad y las experiencias vividas por las personas; a su vez, debe estar fundamentada en redes familiares y sociales de apoyo.
3. Es una práctica social que implica un nivel de conocimiento básico para la elaboración de un saber que da lugar a intercambios y relaciones interindividuales (3).

Promoción del autocuidado en la universidad saludable

Para que los universitarios asuman el autocuidado como una práctica cotidiana de vida y salud, es necesario incluir en su formación las siguientes estrategias:

1. Desarrollar en los estudiantes autoestima y generar niveles de fortalecimiento o empoderamiento (*empowerment*), como estrategias que reviertan la internalización de la impotencia, favorezcan el sentido de control personal y desarrollen habilidades de movilización individual y colectiva para cambiar las condiciones personales y sociales en pro de la salud. Por otro lado, al potenciar el autoestima se impulsan prácticas deliberadas de autoafirmación, autovaloración, autorreconocimiento y autoexpresión de los aspectos que favorecen la formación integral.
2. Involucrar el diálogo de saberes, el cual permite identificar, interpretar y comprender la lógica y la dinámica del mundo de la vida de las personas, mediante el descubrimiento y entendimiento de su racionalidad, sentido y significado, para poder articularlo con la lógica científica y recomponer una visión esclarecida de la salud y de la enfermedad, que se traduzca en comportamientos saludables.
3. Explorar y comprender las rupturas que existen entre conocimiento, actitudes y prácticas, y configurar propuestas de acción y capacitación que hagan viable la armonía entre cognición y comportamientos.
4. Los profesores universitarios deben asumir el autocuidado como una vivencia cotidiana, pues al vivir saludablemente, la promoción del autocuidado sería el compartir de sus propias vivencias. En la medida en que el personal docente viva con bienestar, se estará en condiciones de promocionar, por medio del ejemplo, la salud de los demás.
5. Contextualizar el autocuidado, es decir, una direccionalidad de acuerdo con las características de género, etnia y ciclo vital humano. Es importante entender que cada persona tiene una historia de vida, con valores, creencias, aprendizajes y motivaciones diferentes.
6. Generar procesos participativos. La promoción del autocuidado debe incluir participación más activa e informada de las personas en el cuidado de su propia salud, entendida la participación como el proceso mediante el cual la comunidad académica asume como propio el cuidado de sí misma y del ambiente que la rodea, dirigiendo la sensibilización a aumentar el grado de control y el compromiso mutuo sobre su propia salud. El autocuidado significa aprender a participar de la sociedad, de su dinámica, de sus características y condiciones específicas en un momento determinado, y a tomar posiciones frente a las demandas sociales. Los conocimientos aprendidos a través de la socialización sustentan el pensamiento cotidiano, la construcción de alternativas, las motivaciones, las acciones y decisiones del diario vivir.
7. El docente universitario debe buscar espacios de reflexión y discusión acerca de lo que la gente sabe, vive y siente de las diferentes situaciones de la vida y la salud. Esto le

permite identificar prácticas de autocuidado favorables, desfavorables e inocuas, y promover, mediante un proceso educativo de reflexión-acción, un regreso a la práctica para transformarla (3).

Aproximación conceptual sobre formación integral

Al hacer un abordaje de este tema tan complejo en el mundo contemporáneo, vale la pena partir de varias premisas que pueden ayudar a precisar el ámbito sobre el cual los autores adelantan un proceso investigativo a la luz de los postulados que subyacen a la normatividad, cuando en sus prescripciones reiteran la *formación integral* como fin de la educación superior en Colombia.

Cuando se habla del término “formación”, una simple acepción o definición hace referencia al hecho de dar forma a algo, desde lo material, o perfilar el carácter desde lo humano; y se habla de integral cuando se supone que al determinar el perfil es indispensable tomar en cuenta la multiplicidad de elementos que intervienen en el proceso de *formación integral* de un ser humano, entendido como totalidad, cuyo valor intrínseco reconoce la dignidad como aceptación y respeto de los principios que lo constituyen como ser humano inviolable en su condición de igualdad, por el solo hecho de haber nacido en el seno de la especie humana.

La constitución de lo humano es muy diversa; por tal razón, se habla de inteligencias múltiples y pensamiento complejo. Edgar Morin plantea en sus obras que cada ser humano desde su concepción está influenciado por una serie de factores del ambiente humano, natural y del contexto social y cultural donde tuvo su origen (5). Ese rico juego de influencias internas y externas dan posibilidades distintas y oportunidades particulares para su desarrollo, y en ese marco histórico convergen, a su vez, muchos fenómenos que le permitirán

irse construyendo paulatinamente, a la vez que sus estructuras orgánicas crecen y se desarrollan para poder establecer las relaciones con el mundo externo, donde desplegará todos sus talentos, potencialidades y capacidades necesarias para llevar a cabo de la manera más armónica su proyecto vital hasta la muerte.

Los múltiples roles que deberá desempeñar el individuo en el transcurso de su historia personal requieren de una preparación especial para llevar a buen puerto la nave de su desarrollo humano en lo individual y colectivo. Ahora bien, este proyecto histórico personal, progresivo y perfectible exige del sujeto ciertas características biológicas, psicológicas y sociales que le permitan desplegar sus potencias en la cotidianidad y en el proceso de maduración de estructuras neurológicas sanas, que le permitan culminar con éxito cada una de las etapas de su desarrollo.

El autocuidado aparece como protagonista central y hace posible el propósito de una vida sana para el logro de las más altas aspiraciones humanas. Las ciencias biológicas (salud), humanas (moral, ética, estética), sociales y culturales (sociología, antropología, política, economía, entre otras) dan cuenta de la multiplicidad de saberes que deben converger en el proceso de *formación integral* de personas que aspiran al logro de los más altos estándares de humanidad y capacidad para ser ciudadanos del mundo globalizado de hoy, altamente tecnificado y competitivo para alcanzar a sobrevivir dignamente, mediante el intercambio de bienes y servicios que crean inter-acciones humanas e inter-relaciones sociales dinámicas, que constituyen la convivencia para una supervivencia y desarrollo de los colectivos en cada lugar.

Para llegar a lo anterior existen como propuestas competencias básicas para la salud, definidas como actitud, aptitud e idoneidad para actuar en contexto, que deben caracterizar los programas educativos del mundo de hoy. Estas son:

1. La autoconciencia: el cuerpo como esfera moral, entendida como un campo de expresiones con sentido; forma de vida que se manifiesta a través de los hábitos desarrollados por medio de la repetición, que se convierten en costumbres que se expresan corporalmente (6).
2. La cognición: con las facultades intelectivas de la razón, el juicio y todas las funciones que le son propias y que le permiten al sujeto el desarrollo del conocimiento.
3. La sensibilidad o afectividad: con las facultades que le permiten desarrollar moralmente su capacidad de discernimiento para asumir el comportamiento ético, estético y político en el desempeño de cada uno de sus roles.
4. La motricidad: que desarrolla las habilidades, capacidades psicomotoras, destrezas, hábitos, costumbres, como parte de la expresión kinestésica que perfecciona un quehacer determinado.
5. La sociocultural: que prepara para convivir con respeto, paz y armonía, donde el imperativo sería la regla de oro de las interrelaciones humanas: *no hagas al otro lo que no te gustaría que te hicieran, y no permitas que otro te haga lo que tú no harías con él.*

Para lograr estas competencias mínimas, la universidad debe realizar ingentes esfuerzos para desarrollar programas que apunten a crear conciencia crítica, constructiva y solidaria, primero sobre la realidad interna personal (historia de vida) y, segundo, sobre la realidad externa o de contexto, con el fin de lograr un equilibrio que dinamice armónicamente los propósitos del proyecto vital humano individual con los objetivos del rol particular inmerso en un conglomerado social y colectivo de servicio y ejercicio de la ciudadanía para el bien común, en una sociedad democrática que respeta sus principios, con el fin de apuntar al

logro de la felicidad como ética de máximos, una vez superado el ejercicio de una ética de mínimos (Declaración Universal de los Derechos Humanos) que garantice la equidad y la justicia social para la paz y el desarrollo humano.

La UNESCO, en su esfuerzo por hacer sentir a todos los pueblos y todos los individuos la necesidad de construir la cultura de la paz, comienza por definirla en términos de valores, actitudes, derechos y oportunidades: Consiste en un conjunto de valores, actitudes y conductas que plasman y suscitan a la vez interacciones e intercambios sociales basados en principios de libertad, justicia, democracia, tolerancia y solidaridad, que rechazan la violencia y procuran prevenir los conflictos tratando de atacar sus causas; que solucionan los problemas mediante el diálogo y la negociación; y que no solo garantizan a todas las personas el pleno ejercicio de todos los derechos, sino también les proporcionan los medios para participar plenamente en el desarrollo endógeno de sus sociedades (5).

Los grandes retos y desafíos que provocan hoy la crisis financiera de los estados democráticamente concebidos, obligan serias y profundas reflexiones en torno a la creación de nuevos modelos de educación para la formación integral, sin desconocer las dificultades de su aplicación ante situaciones de carencia, que niegan la satisfacción de las necesidades básicas de supervivencia para los colombianos, circunstancias que por su precariedad atentan contra la disposición estructural biológica, necesaria para el desarrollo

cerebral. Es bien conocido el estudio sobre las implicaciones de la malnutrición o desnutrición que causa el hambre entre las poblaciones de infantes y no menos las dificultades de atención y concentración necesarias para el aprendizaje cuando los adolescentes y jóvenes pasan el día en la universidad sin haber ingerido los nutrientes necesarios para mantener la salud adecuada, que les permita asumir la actitud apropiada para el desarrollo del conocimiento y la aptitud necesaria para aprender a aprender.

La formación integral, además de insumos materiales, también requiere acompañamiento humano en relaciones de calidez y acogida, de orientación y dirección para establecer un tejido humano de apoyo y afecto necesario para la construcción del significado y el sentido de la vida, y la posibilidad de esperanza de un futuro mejor a pesar de las crisis sociales e institucionales que aquejan a la sociedad.

El avance vertiginoso de una cultura necrófila cambia la vida por todo aquello que es inerte: las personas por aparatos; el trabajo humano por las máquinas; los derechos por las crisis financieras originadas por la corrupción político-administrativa evidente; el afecto y la red de apoyo moral a los seres queridos y a los grupos vulnerables de la sociedad por el afán de dinero y fama; la solidaridad y la compasión por la indiferencia, la apatía y el desprecio por el más débil; el desfavorecido por la fortuna.

Ante este panorama, la educación debe asumir el reto como proceso de formación, que indica crear algo donde no existía e incluye, además, las funciones de instruir, capacitar a la luz de los conocimientos, valores y costumbres de la sociedad y la cultura. Educar no solo es formar, es enseñar, orientar y perfeccionar las facultades, hacer emerger los talentos y ayudar a desarrollar las potencialidades intelectuales, morales, físicas y estéticas a través del ejercicio del saber para afinar los sentidos.

La educación también debe habilitar al individuo para hacerlo un buen servidor, es decir, capacitarlo para la vida consciente de la responsabilidad social de compartir sus aptitudes para el bienestar, demostrando suficiencia en la comprensión del entorno con el fin de transformarlo y mejorarlo continuamente. Las destrezas, concebidas como agilidad, soltura y habilidad, son las que permiten la experticia necesaria para realizar tareas, procesos, planes y proyectos en un área específica del conocimiento humano.

Así, la formación integral como fin de la educación debe contemplar todas las esferas de lo humano; los elementos que conforman a la persona humana en tanto totalidad, unidad, indivisibilidad, lo que la hace íntegra, completa, inviolable. El equilibrio en las esferas y formas de expresión humana adquiere significado en un proyecto educativo capaz de identificarlas, potenciarlas, ejercitarlas y desarrollarlas habida cuenta del fin para el cual fue creado.

El proceso de formación integral se hace realidad en la vida cotidiana de una institución educativa cuando sus principios permean todas las actividades educativas a través del currículo (7). En la Ley General de Educación se define el currículo como el “conjunto de criterios, planes de estudios, programas y procesos que contribuyen a la formación integral, a la construcción de la identidad cultural, e incluye los talentos¹ humanos, académicos y físicos para poner en práctica las políticas y llevar a cabo el proyecto educativo institucional” (8).

OBJETIVO

Descubrir en las expresiones de los docentes la relación del autocuidado con la formación integral

¹ Los autores realizan el cambio del término “recurso” por el de “talento”, en reconocimiento a los postulados y principios que fundamentan la dignidad humana, dentro de los cuales se encuentra el de inobjetabilidad, es decir, que un ser humano no es una cosa, ni un objeto o recurso, es un fin en sí mismo.

en la universidad, con el fin de proponer estrategias de educación en autocuidado para recrear la conciencia personal sobre la responsabilidad que posee cada actor universitario de promover y proteger la salud individual y colectiva, en cumplimiento de la misión de la educación superior.

MÉTODO

Se realizó un estudio cualitativo interpretativo, a través del cual se indagaron los significados y sentidos que tienen para los docentes universitarios la formación integral y su relación con el autocuidado de la vida y la salud. La unidad de trabajo fueron 34 docentes de planta y ocasionales² seleccionados atendiendo a los siguientes criterios: tiempo de vinculación a la universidad mayor a cinco años, de ambos sexos y con formación de pregrado, que laboraran en los programas académicos que ofrece la institución; la unidad de análisis fue constituida por las expresiones aportadas por los docentes en grupos focales. Se solicitó el consentimiento informado a cada uno de los participantes. Se definieron como categorías de análisis: ser, saber, concienciar, actuar e interactuar.

En la realización de los grupos focales se utilizó un guión que sirvió de orientación para estimular la participación de los docentes en el debate sobre el tema. Cada una de las sesiones de encuentro fue filmada, grabada y transcrita. En la sistematización se realizó la construcción y el levantamiento de textos por cada tópico tratado en el debate, con el fin de recabar la información y depurarla de acuerdo con los objetivos formulados.

HALLAZGOS Y DISCUSIÓN

Parece ser que el problema del autocuidado como elemento de la formación integral hace referencia

² Son docentes ocasionales aquellos que con dedicación de medio tiempo o tiempo completo sean requeridos transitoriamente por un período inferior a un año.

a la conciencia sobre lo que es la vida, el cuerpo, la salud y el bienestar, incluyendo todas las esferas que constituyen al ser humano referidas en las categorías de análisis de esta investigación: ser, saber, concienciar, actuar e interactuar.

Se hace indispensable para este trabajo realizar una jerarquización de significados partiendo de la lógica de que la vida es la categoría originaria para hacer posible la aparición de un cuerpo; expresión material y objetiva que no solo permite la vida de relación intrínseca y extrínsecamente, sino que también hace posible la autoconciencia del ser corpóreo.

La vida como se la conoce hoy, según los idealistas, es la revelación de un principio universal supremo, inmaterial al que se denomina alma, espíritu universal, fuerza vital, razón divina, etc. Racionalmente considerada desde este punto de vista, la materia (cuerpo) en sí es algo inerte, es decir, inanimada cuando el principio que la anima desaparece (9).

En este orden de ideas, el hombre es producto de un largo proceso de evolución, hasta llegar a lo que hoy conocemos como ser humano digno y sujeto de derechos y deberes, como lo es un estudiante, una persona con capacidades. A propósito, uno de los docentes participantes en la investigación expresó:

Yo parto del presupuesto de que es la capacidad negociadora del estudiante lo que le permite autorregularse; que implica una dimensión humana, porque ésta se requiere al igual que la capacidad cognitiva, que deben integrarse como condición particular de la vida para trabajar todas las funciones cognitivas y ejecutivas complejas, la capacidad de autogobernarse permite manejar mi propia vida

y situarme teniendo todas las posibilidades.

La autorregulación implica la autorresponsabilidad, que se refiere a la autonomía en la elección, decisión y acción que generan consecuencias deseables o indeseables como las que se relacionan con el hecho de trasgredir las normas, en un contexto institucional como lo es la Universidad, que requiere organización, sin desconocer las necesidades de sobrevivencia de los estudiantes que sufren carencias significativas derivadas de su situación socioeconómica.

[...] estudiantes que llegan con hambre, que les toca venir a pie desde la casa porque no tienen con qué pagar el transporte, gente que tiene que estar buscando su comida diaria, porque trabaja para poder subsistir. Como también llama la atención gente que tiene todos los recursos y no los aprovecha; entonces yo pensaría que es un problema muy serio hablar de formación integral dentro de la Universidad.

Lo anterior demuestra la preocupación de docentes que se preguntan por el autocuidado de la vida y la salud de sus estudiantes dentro del proceso de formación integral, al señalar el imperativo biológico que impone el cuerpo del ser humano. La comida, la eliminación de residuos y la ventilación son algunas de las necesidades biofísicas de mayor rango. La consecución y la afiliación son necesidades psicosociales de rango superior intrapersonal-interpersonal (10). El autocuidado requiere compromiso y responsabilidad para actuar con base en los principios antes citados, con el fin de construir un ambiente saludable realizando las acciones protectoras de la vida y la salud, para neutralizar el riesgo de enfermar y morir prematuramente.

La autorregulación, la sobrevivencia y la subsistencia son aspectos indispensables para ser tenidos en cuenta en el tema del autocuidado dentro de la FI en la Universidad, que consiste en la práctica diaria de las actividades que las personas maduras o en proceso de maduración (crecimiento y desarrollo humano) inician y llevan a cabo en determinados periodos de tiempo por su propia cuenta y con el interés de mantener un funcionamiento vivo óptimo y sano para continuar con su desarrollo personal y su bienestar.

El autocuidado, como compromiso de la FI, debe incluir requisitos para que sea efectivo, tales como: a) el control de los factores que influyen en el mantenimiento de la funcionalidad y el desarrollo humano en las normas compatibles con la vida, la salud y el bienestar personales, y b) la naturaleza de la acción requerida. Los requisitos de autocuidado formulados y expresados representan los objetivos formalizados para alcanzar los resultados esperados sobre la integridad estructural y funcional humana en las diferentes etapas del proceso vital.

Existen siete requisitos universales comunes a hombres y mujeres: i) mantenimiento de un aporte permanente de aire, agua y alimentos; ii) cuidado con los procesos de eliminación; iii) equilibrio entre actividad y descanso; iv) equilibrio entre interacción social y soledad; v) prevención de peligros para la vida; vi) promover el funcionamiento y desarrollo humano en los grupos sociales de acuerdo con el potencial; y vii) tener en cuenta las limitaciones conocidas y el deseo de ser normal, definido como todo aquello que es esencialmente humano, acorde con las características genéticas, constitucionales y el talento de las personas (11).

Si se centra el autocuidado en el cuerpo, la mente y el espíritu, se da una visión integradora y totalizante de un ser humano, en coherencia con la FI, en donde el estudiante es un sujeto inacabado en proceso de perfeccionamiento en tanto su entorno le sea favorable. Es decir, la Universidad

como institución promotora de salud le facilita, en primera instancia, la satisfacción adecuada de sus necesidades de supervivencia para poder elevarse en la escala de mayor complejidad hasta el logro de sus aspiraciones y fin último. A propósito, otro de los participantes de la investigación afirma:

La formación del carácter parte de nosotros, nuestro ejemplo es como el espejo o reflejo que ellos ven, y cómo la Universidad propicia las condiciones estructurales y materiales, un espejo de interacciones y realidades, se trata de formar personas y ciudadanos, atendiendo a las teorías de inteligencias múltiples, que cuando se miran en la perspectiva de la formación, aislamos en muchos sentidos, el cuerpo no se considera, solo cuando al muchacho le gusta el fútbol y si sale adelante con él, entonces sabemos que tiene capacidad corporal... Una escuela de educación física, no debería ser un espacio para competir o sacar buenos deportistas, sino para sacar gente consciente del cuerpo, y que haga consciente a los otros de su mismo cuerpo.

Cuando se hace referencia al cuerpo como vehículo del principio vital, el alma o el espíritu, no debe perderse de vista la influencia de la sociedad de consumo, que ha convertido el cuerpo humano de hombres y mujeres en objeto sexual, objeto de publicidad, objeto de intercambio y de mercado de negocio y degradación a lo más bajo; y en consecuencia, ha reducido a la más mínima expresión el valor intrínseco que posee cada ser humano que nace en el seno de su especie; es tal el reduccionismo que los modelos económicos imperantes del mundo de hoy hacen que cada

ser humano, aún consciente de este desastre vergonzoso, prefiera hacer invisible su obligatoria presencia en el mundo de la vida.

El personalismo como corriente bioética, llama “persona” al sujeto de naturaleza corpóreo-espiritual, en la que radica, la actúa, le da unidad y de ella recibe sus características propias. La persona es el todo, la perfección de todo el compuesto de materia y espíritu. Lo integral que forma al ser humano. La naturaleza es aquella por la que es ser humano. No se puede entender la persona sin la naturaleza. Por la naturaleza somos humanos; por lo personal estamos individualizados en un cuerpo íntegro, somos algo irreplicable y singular, con mucho de incomunicable e íntimo. Y precisamente porque tenemos una naturaleza con dos principios de igual dignidad: cuerpo y alma, es que poseemos una dignidad casi infinita, somos lo mejor que existe en el universo porque somos autoconscientes y trascendentes, por esto no podemos ser utilizados como medios, puesto que somos un fin en sí mismos (12).

La autoconfianza es una expresión de dignidad y de desarrollo humano, debe ser estimulada en el individuo para que asuma la responsabilidad del autocuidado de la vida y la salud, elemento muy importante y base de la relación profesor-alumno dentro de la FI, en la Universidad. Los factores de autorrealización, responsabilidad en la salud, ejercicio, nutrición, apoyo interpersonal y manejo del estrés refuerzan las conductas de autocuidado, que deben ser aprendidas para que se constituyan en focos de control interno y externo. Tener en cuenta además las normas culturales y las creencias que se tengan, para orientar las elecciones y decisiones que llevan a acciones responsables de autocuidado, es una de las razones por las cuales se hace necesario que la Universidad como escenario de investigación realice estudios que permitan establecer datos biográficos de sus estudiantes, para poder promover el autocuidado en todos los espacios de la vida universitaria, desde la socialización hasta los efectos ambientales (13).

La formación integral permite abarcar no solo lo cognitivo, sino también lo técnico y en algunas ocasiones hasta lo afectivo, involucrando todos esos aspectos y el tener el estudiante ahí en frente, permite una relación más holística [...] creo que es una de las ventajas que presenta la música para que se dé el desarrollo de la formación integral.

[...] tenemos que formar un ser humano pleno, un hombre íntegro no solo valores que tienen que ver con la inteligencia, sino otros aspectos de la persona, el corazón como esfera afectiva.

[...] procuramos jalonar valores como la ética, honestidad, comunicabilidad, sociabilidad, cooperación, ciudadanía, sentido de país, responsabilidad social, liderazgo.

No solo lo estético aporta a la formación integral de los educandos, sino que es un asunto muy significativo en el autocuidado de la vida y la salud, porque de la mano de lo estético está lo ético en un paradigma humano que debe privilegiar la salud en el mundo contemporáneo, más que la enfermedad; fundamentar en la vida, más que en la enfermedad y la medicalización de la sociedad y la cultura; establecer un modelo de promoción de la salud basado en el autocuidado con el conocimiento, reconocimiento, aceptación y realización de la dignidad humana como un universal y sus correlatos; ver la salud como derecho inseparable de la vida y de los derechos fundamentales como posibilidad de un desarrollo humano digno, íntegro, justo y pacífico, intersubjetivo, holístico, con espacio para la incertidumbre, la multi-causalidad, centrado en el sujeto y en su entorno de manera holística y la responsabilidad de cada estudiante y profesor como personas a través del cuidado de sí mismas, para tratar de conciliar los propios intereses con los de la sociedad y el Estado (14).

El énfasis que realiza la mayoría de los participantes en la formación axiológica, ética y política se relaciona con las esferas que constituyen lo humano y que fundamentan de alguna manera el autocuidado como conducta totalizadora, porque incluye el entorno que rodea al ser humano en interrelación con la sociedad y la cultura a la que pertenece,

El autocuidado es una invitación a ser persona consciente, a hacerse cargo de sí mismo/a, a ejercer las libertades fundamentales con responsabilidad, para alcanzar el máximo de capacidad mediante el proceso educativo y la realización de aprendizajes significativos, lo que sugiere la terapia de la FI en la educación, para conocerse a sí mismo/a, sus sentimientos, emociones, deseos, aspiraciones y descubrir las motivaciones e intereses que le impulsan a actuar mediante habilidades comunicativas para la vida. Todos los seres humanos se esfuerzan por alcanzar sus metas, sus propios objetivos de autorrealización y trascendencia, no los que otros le marcan. Las conductas de las personas se desprenden más de sus sentimientos, no tanto de sus conocimientos, de aquí que sea imperativo en un proceso de FI hacer conscientes los sentimientos, para que iluminados por la razón lleven a comportamientos asertivos que faciliten el autocuidado y permitan descubrir los inconscientes para poder transformarlos y eliminar las conductas nocivas a la vida y la salud (15).

Cuidarse a sí mismo es practicar una rutina diaria que incluye un momento de tiempo de introspección, ejercicio, alimentación adecuada, higiene detallada, descanso, ropa, hogar, placer, reto personal, intimidad y amigos. Mezclar todo esto con una dosis de amor que estimule su autoestima y aprecio cosechará grandes satisfacciones. Recuperar el poder y preparar su

proyecto de vida de acuerdo con sus necesidades y expectativas, no dejar que otros decidan lo que se debe hacer para mantener su vida, su salud y su bienestar. Esta es la esencia de la buena salud: autorresponsabilidad es hacer que el poder regrese al propio yo. Recordar que la variedad es la sal de la vida y que el crecimiento personal se desarrolla con el cambio. Revisar los temores y superarlos creativamente permite acceder a la grandeza de su potencial y riqueza interior (16).

No perder de vista la esfera espiritual es reconocer la totalidad que representa un ser humano íntegro, aceptando que es necesario el autocuidado espiritual como factor que le ayuda al ser humano a superar la adversidad, que es inherente al existir humano en cualquier etapa de su ciclo vital.

[...] la parte espiritual: Yo no soy católica y pienso que esa no debe ser la formación espiritual, pero sí se necesita la espiritualidad porque vemos que la religión es muy necesaria (no la religión católica ni de otro tipo), la formación espiritual [...].

La trascendencia es acción de trascender, es decir, de superar el límite de lo estrictamente material y colocarse fuera del alcance del hacer y del conocimiento, reconocer la necesidad suprafísica de la creencia en algo o alguien superior, que es lo que dio origen a las religiones y estableció la esfera espiritual que conecta al ser humano o persona con su yo superior, que le da la fuerza necesaria para enfrentar y superar las dificultades más ingentes a la naturaleza humana, tal como lo afirma un participante en la investigación: “*algo superior que los oriente hacia el logro de sus metas*”.

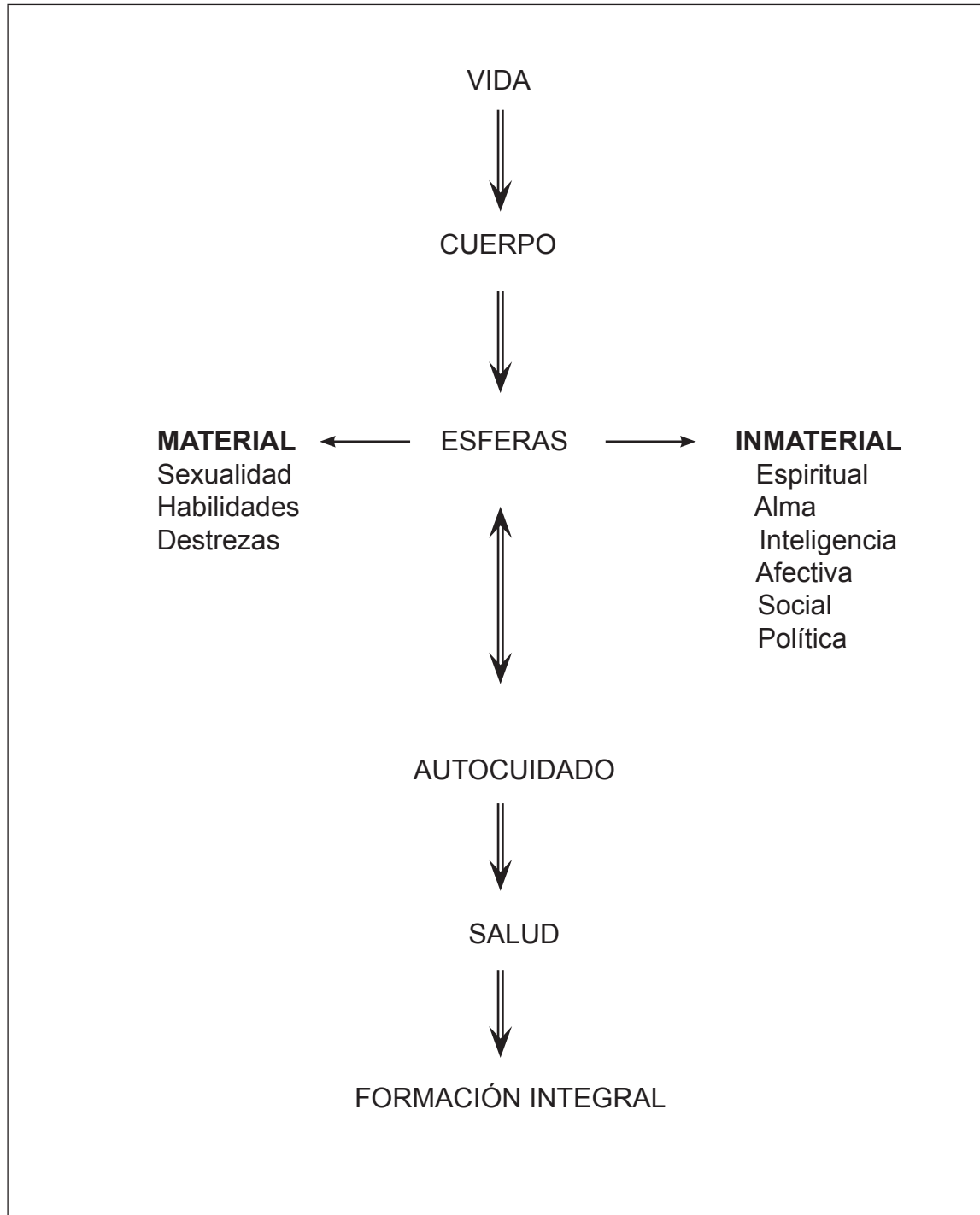
El mundo simbólico comprende estructuras de pensamiento y marcos de referencia desde los cuales se interpretan los fenómenos de la vida, la

muerte, la salud y la enfermedad. A partir de las representaciones sociales, los mitos ocupan un lugar preponderante como instrumento explicativo de hechos y fenómenos que ocurren en ausencia de explicaciones de base científica (3).

En síntesis, la salud ha sido considerada desde la antigüedad. Para la cultura babilónica, por ejemplo, la salud era el estado deseable y anhelado de los individuos, quienes pedían a sus dioses protección contra las enfermedades del cuerpo y de la mente. La salud estaba asociada íntimamente a la moralidad del individuo y a la sociedad; se pensaba que un individuo sano era una persona que no había disgustado a los dioses, no tenía pecados y no había cometido malas acciones contra nadie. En el imperio egipcio, por su parte, la salud era considerada un estado natural que los egipcios debían conservar si guardaban en su vida mesura y respetaban las normas de la sociedad. La higiene era crucial, el aliento que entraba por la nariz era el factor fundamental para garantizar la salud (17). Vemos, pues, que hay aspectos que se han considerado como determinantes de la salud. Según los autores consultados, estas creencias de tipo espiritual están fuertemente arraigadas con el cuidado higiénico del cuerpo y el aire puro como elemento que mantiene el cuerpo sano.

El autocuidado existe con el hombre desde sus orígenes, pero la medicalización de la cultura ha hecho dependiente de la medicina y las drogas el cuidado de la salud al poner a depender al ser humano de estos factores llevándolos a asumir una actitud pasiva y acrítica sobre las circunstancias que afectan su equilibrio orgánico, el dominio de su propio cuerpo y la construcción autónoma de su proyecto vital para un desarrollo humano armónico. La Universidad ha reforzado esta dependencia y ha olvidado el compromiso y la responsabilidad social de una formación profesional verdaderamente integral y con rostro humano.

SÍNTESIS DE LOS ELEMENTOS CENTRALES DE LOS HALLAZGOS OBTENIDOS EN LA INVESTIGACIÓN



Fuente: Autores de la investigación

CONCLUSIONES

Los profesores expresan intuitivamente la necesidad de tener en cuenta el cuerpo como esfera biológica sobre la cual desarrollar todas las estructuras que hacen posible el aprendizaje, desde el momento de la concepción y a través de todo el ciclo vital para favorecer el autocuidado, como elemento de la FI, cuando afirman la subsistencia y la sobrevivencia como requisitos indispensables para el cuidado de la vida, en reconocimiento de la categoría “concienciar” planteada en la investigación.

Respecto a la categoría del “ser”, los profesores se refieren a la autorregulación que tienen los estudiantes como capacidad negociadora, ponen de relieve el reconocimiento de su autonomía en la toma de decisiones sobre el cuidado de sí, para favorecer el desarrollo de su proyecto de vida; cabe resaltar, además, el señalamiento que hacen los participantes sobre la importancia de la espiritualidad como esfera que lleva a trascender la cotidianidad, como posibilidad para dar sentido y llenar de significados la vida y todo lo que ella implica para ganar en humanidad.

Los profesores resaltan la importancia de su actuar académico como émulo para los estudiantes,

quienes reconocen en sus interacciones con sus docentes un ejemplo digno de seguir, no solamente como seres humanos íntegros, sino también como profesionales idóneos que deben aportar a la transformación de las condiciones adversas en oportunidades de desarrollo para la sociedad colombiana.

Respecto a la categoría del saber, en las expresiones de los docentes se reconocen las competencias necesarias para el desarrollo del conocimiento, de las actitudes, las aptitudes y los valores necesarios para el autocuidado como compromiso de la FI en la Universidad.

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos a la Oficina de Investigaciones; a los departamentos de Desarrollo Humano, Estudios Educativos y Salud Pública; a los grupos de investigación de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad y Desarrollo Humano; a los profesores participantes en la investigación, quienes con sus valiosos aportes hicieron posible la realización de este trabajo; y a los integrantes del equipo técnico de apoyo logístico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Colombia. Constitución Política de Colombia de 1991. [en línea] 2011 [citado 2011 Jun 30]. Disponible en URL: http://es.wikisource.org/wiki/Constituci%C3%B3n_de_Colombia_de_1991
2. Flacso. Módulo 1, parte 2. Determinantes sociales de la salud. [en línea] 2010 [citado 2010 sep 25]. Disponible en URL: <http://salud.ciee.flacso.org.ar/files/flacso/pdf/Modulo1.pdf>
3. Uribe T. El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. [en línea] 2010 [citado 2011 May 30]. Disponible en URL: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0467.pdf>
4. Ferrater J. Diccionario de Filosofía. 2ª Edición. Barcelona: Ariel; 2009.
5. Morin E. Los siete saberes necesarios para la educación del futuro. Bogotá D.C.: Republica de Colombia, Ministerio de Educación Nacional, UNESCO; 2000.
6. Vanegas J. El cuerpo a la luz de la fenomenología. Manizales: Universidad Autónoma de Manizales; 2001.
7. Acodesi – Flacsi. Propuesta educativa de la Compañía de Jesús. Bogotá; 1999.
8. Colombia. Ley 115 de 1994. [en línea] 2011 [citado 2011 Jun 30]. Disponible en URL: www.unal.edu.co/secretaria/normas/ex/L0115_94.pdf
9. Ivanovich Oparin A. El origen de la vida. Moscú: Principia Editores; 1923.
10. Neil R. Filosofía y ciencia del cuidado. En: Modelos y teorías en enfermería. Madrid: Elsevier Science; 2002.
11. Taylor S. La teoría enfermera del déficit de autocuidado. En: Modelos y teorías en enfermería. Madrid: Elsevier Science; 2002.
12. Núñez J. Las seis versiones de la bioética. Persona y Bioética 1998; 2(4). Santafé de Bogotá: Universidad de la Sabana.
13. Muñoz L, Ruiz C, Arias M. Prácticas de autocuidado de la salud de la mujer. En: Dimensiones del cuidado. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia; 1998.
14. Gómez R. La dignidad humana en el proceso salud enfermedad. Bogotá: Universidad Externado de Colombia; 2008.
15. Fakouri C. El modelo de introspección, cuidado y curación. En: Modelos y teorías en enfermería. Madrid: Elsevier Science; 2002.
16. Brennan B. Manos que curan. Santafé de Bogotá: Círculo de Lectores; 1991.
17. Mejía O. De la prehistoria a la medicina egipcia. Manizales: Universidad de Caldas; 1999.

PERCEPCIONES SOBRE EL CÁNCER DE PRÓSTATA EN POBLACIÓN MASCULINA MAYOR DE 45 AÑOS. SANTA ROSA DE CABAL, 2010

*María Nelcy Muñoz Astudillo**
*Luis Alfredo Sossa Pinzón***
*Jhon Jairo Ospina***
*Adrián Grisales***
*José David Rodríguez García***

Recibido en junio 24 de 2011, aceptado en octubre 11 de 2011

Resumen

Algunas percepciones sobre el cáncer de próstata en hombres mayores de 45 años fueron identificadas en Santa Rosa de Cabal (Risaralda), con el propósito de generar estrategias de promoción de la salud sobre el tema. Estudio descriptivo con 150 hombres voluntarios que firmaron consentimiento informado. Se realizaron entrevistas semiestructuradas con 30 preguntas orientadas por el modelo de creencias en salud de Hochbaum et al. Los datos se organizaron, codificaron y categorizaron. Los participantes eran en su mayoría casados (53%), procedentes del área urbana (69%), escolaridad primaria (53%), de estrato bajo (81%), régimen subsidiado de salud (73%) y religión católica (95%). De todos los entrevistados, el 76% se consideró vulnerable al cáncer de próstata si eran mayores de 60 años. Ellos identificaron los siguientes factores de riesgo: el hábito de fumar (29%), los comportamientos sexuales promiscuos (8%), la mala nutrición (5%) y la herencia (7%). El 60% consideró tener conocimientos sobre la enfermedad y el 97% era consciente de su gravedad. Un 98% de los hombres reconocían los beneficios del diagnóstico oportuno, pero solo unos pocos (27%) se habían realizado el examen. Se plantearon tres barreras para su realización: falta de conocimientos (37%), afectación de la masculinidad (33%) y dificultad en el tratamiento (94%); esto último derivado del alto costo y bajo acceso al servicio especializado. Las barreras culturales, económicas y de acceso a servicios de salud superan los beneficios percibidos con el tratamiento, lo cual se refleja en la baja intención de práctica del examen diagnóstico. Se requiere implementar estrategias de educación participativa.

Palabras clave

Salud del adulto, cáncer de la próstata, cultura, creencias, promoción de la salud, atención de enfermería.
(Fuente: DeCS, BIREME)

* Enfermera, Magíster en Enfermería. Magíster en Salud Pública. Docente Fundación Universitaria del Área Andina, Seccional Pereira, Grupo de Investigadores de Enfermería de Risaralda GIER. Pereira, Colombia. Correo Electrónico: mmunoz@funandi.edu.co

** Estudiante de octavo semestre enfermería. Fundación Universitaria del Área Andina, Seccional Pereira. Colombia.

PERCEPTIONS ABOUT PROSTATE CANCER IN OVER 45 YEAR OLD MALES' POPULATION IN SANTA ROSA DE CABAL, 2010

Abstract

Some perceptions about prostate cancer were identified in a group of over 45 years old men in Santa Rosa de Cabal-Risaralda, in order to generate strategies for health promotion on the subject. Descriptive study of 150 volunteer males who signed informed consent. Semi-structured interviews were conducted using 30 questions designed using the Hochbaum et al. beliefs in health model which were organized, codified and categorized. The participants were mostly married (53%), from the urban area (69%), with elementary school schooling level (53%), from lower social strata (81%), having subsidized health (73%), and belonging to the Catholic Religion (95%). 76% from the respondents were considered vulnerable to prostate cancer if they were older than 60 years. The following risk factors were identified: smoking (29%), promiscuous sexual behavior (8%), poor nutrition (5%) and inheritance (7%). Additionally, 60% of them considered they had knowledge about the disease and 97% were aware of its severity; 98% of the men acknowledged the benefits of timely diagnosis, but only a few (27%) had taken the exam. Three barriers for the implementation of the test were explained: lack of knowledge (37%), affectation of masculinity (33%), and difficulty in treatment (94%), this last one because of the high cost and low access to specialized services. Cultural, economic and access to health services barriers overcome the benefits perceived with the treatment which is reflected in the low intention to take the diagnostic test. It is required to implement participatory education strategies.

Key words

Adult health, prostate cancer, culture, beliefs, health promotion, nursing care. (Source: MeSH, NLM).

PERCEPÇÕES SOBRE O CÂNCER DE PROSTATA EM POVOAÇÃO MASCULINA MAIOR DE 45 ANOS. SANTA ROSA DE CABRAL, 2010

Resumo

Algumas percepções sobre o câncer de próstata em homens maiores de 45 anos foram identificadas em Santa Rosa de Cabal (Risaralda), com o propósito de gerar estratégias de promoção da saúde sobre o tema. Estudo descritivo com 150 homens voluntários que firmaram consentimento informado. Realizaram-se entrevistas semi-estruturadas com 30 perguntas orientadas pelo modelo de credências em saúde de Hochbaum et al. Os dados se organizaram, codificaram e categorizaram. Os participantes eram em sua maioria casados (53%), procedentes da área urbana (69%), escolaridade primária (53%), estrato baixo (81%), regime subsidiado de saúde (73%) e religião católica (95%). De todos os entrevistados, 76% se consideraram vulneráveis ao câncer de próstata se eram maiores de 60 anos. Eles identificaram os seguintes fatores de risco: o hábito de fumar (29%), os comportamentos sexuais promíscuos (8%), a deficiente nutrição (5%) e a herança (7%). O 60% considerou ter conhecimentos sobre a enfermidade e o 97% era consciente de sua gravidade. Um 98% dos homens reconheciam os benefícios do diagnóstico oportuno, mas só uns poucos (27%) se haviam realizado o exame. Estabeleceram-se três barreiras para sua realização: falta de conhecimento (37%); afetação da masculinidade (33%) e dificuldade no tratamento (94%); o último derivado do alto custo e baixo acesso a serviço especializado. As barreiras culturais, econômicas e de acesso a serviços de saúde superam os benefícios percebidos com o tratamento, o qual se refeita na baixa intenção de prática do exame diagnóstico. Requer-se fazer estratégias de educação participativa.

Palavras chave

Saúde do adulto, câncer da próstata, cultura, credências, promoção da saúde, atenção de enfermagem. (Fonte: DeCS, BIREME)

INTRODUCCIÓN

El carcinoma de próstata es predominantemente un tumor que se presenta en hombres mayores (a mayor edad, es mayor la probabilidad de padecer el cáncer). La incidencia del cáncer de próstata aumenta con la edad, muy probablemente porque se van acumulando factores de riesgo que se combinan con la tendencia de los mecanismos de reparación celular a perder eficacia con la edad (1). Desde el 2004 hasta el 2008, la edad media del diagnóstico para el cáncer de próstata fue de 67 años de edad: aproximadamente 0% antes de los 34 años; 0,6% entre 35 y 44 años; 9,1% entre 45 y 54 años; 30,7% entre 55 y 64 años; 35,3% entre 65 y 74 años, y 24,3% en hombres de 75 y más años (2).

Las estadísticas lo ubican en el quinto lugar de incidencia en el mundo (3). En Estados Unidos, el cáncer de próstata es la primera causa de cáncer y la segunda causa de muerte por cáncer en los varones mayores de 50 años. La Sociedad Americana de Cáncer estimó para el año 2011, que en ese país se realizarían 240.890 nuevos diagnósticos y que 33.720 morirían por este tumor. Entre 2004 y 2008 la edad promedio para muerte por esta causa fue de 80 años (2).

En Colombia, en el año 2000 la tasa cruda de mortalidad por cáncer de próstata fue de 9,4 x 100.000 (4). Un informe de la Presidencia de la República con motivo de la realización del Congreso Internacional de Cáncer en el 2004, planteó que cada año mueren 26.000 colombianos por cáncer, y a pesar de que el cáncer de próstata no muestra un patrón muy claro, sí se relaciona con los grandes centros urbanos donde se presentan factores de riesgo como la urbanización, la industrialización y el sedentarismo (5). Para el 2005 apareció registrada como la segunda causa de muerte en hombres mayores de 50 años (6). En el 2007 fue la principal causa de defunciones en los hombres (15,7%), seguido del cáncer de tráquea, bronquios y pulmón (14%) y de estómago (9%)

(7). Aunque hasta el momento sea reconocida una prevalencia de 16 casos de este tipo de cáncer por cada 100.000 hombres, actualmente en el país no se dispone de estadísticas definitivas que indiquen la prevalencia de la enfermedad (6).

En Colombia, actualmente no existen posibilidades para comprobar a corto plazo una disminución de la incidencia o de aumentar la oportunidad de curación del cáncer de próstata; por esto, se insiste en la necesidad del diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno. Se ha demostrado que el tratamiento en pacientes con enfermedad localizada es efectivo, por lo que la identificación de un mayor porcentaje de hombres con enfermedad localizada justifica las actividades de promoción y detección temprana. En el 2007 una valoración realizada por el Instituto Nacional de Cancerología reveló que aproximadamente se diagnosticaron 198.000 hombres, de los cuales murieron 33.000 por cáncer de próstata. Para el 2008 se estimó que morirían 40.000 personas. Estos datos muestran el incremento en la mortalidad por este cáncer (8). Las estadísticas del 2009 en Colombia mostraron que la probabilidad de padecer cáncer de próstata es de 1 por cada 6 hombres, mucho mayor en proporción al cáncer de mama, que se estimó en 1 por cada 9 mujeres (9).

La tasa de crecimiento tumoral varía, puede ser lenta o moderada y algunos pacientes tienen una supervivencia prolongada, incluso después de que el cáncer ha hecho metástasis a sitios distantes, como el hueso (3). Cuando se descubre oportunamente, tiene mayor opción de tratamiento y de supervivencia a largo plazo. La tasa relativa de supervivencia ha aumentado durante los últimos 20 años. Actualmente, entre el 67% y el 93% de los pacientes sobreviven 5 años; un 72% lo hacen por 10 años y un 53% sobreviven hasta 15 años (10).

A medida que los hombres envejecen, la próstata puede hipertrofiarse (en forma benigna) y bloquear la uretra o la vejiga, lo que puede ocasionar dificultad para orinar o interferir con la función

sexual. Los síntomas obstructivos de la hiperplasia prostática benigna o de otros problemas que afectan la glándula pueden ser similares a los del tumor maligno en estado avanzado. El cáncer de próstata tiende a ser multifocal y con frecuencia afecta la cápsula glandular, y al contrario de la hipertrofia benigna, predomina en la periferia de la glándula; ambas características (multifocal y periférico) hacen impracticable la resección transuretral. La causa del cáncer de próstata se desconoce y esto limita las acciones de prevención primaria; algunos estudios han mostrado asociación de este evento con algunos factores de riesgo como el hábito de fumar, el consumo de alimentos de alto contenido en grasa y el incremento en los niveles de testosterona (11,12).

La detección oportuna mediante antígeno prostático específico (*PSA por sus siglas en Inglés: Prostatic Specific Antigen*) y el examen digital rectal (EDR) son el principal recurso para ofrecer a la población asintomática. El PSA corresponde a una glicoproteína con un peso molecular de 28.430 daltons, codificada por un gen situado en el cromosoma 19. Es una serino proteasa (kalikreína) producida por las células glandulares y ductales prostáticas, y es secretada a los conductos de la glándula. Circula en concentraciones plasmáticas muy bajas, con una vida media entre 2,2 a 3,2 días. Cuando las concentraciones de PSA están por encima de 10 ng/ml, se considera como positiva, con una alta probabilidad de asociarse con el cáncer de próstata; por el contrario, niveles por debajo de 4 ng/ml presentan un bajo riesgo de padecer la enfermedad y se ha establecido este nivel de corte, ampliamente aceptado para indicar riesgo de cáncer de próstata (13). Desde que existe la utilización masiva del PSA, la incidencia ha aumentado favorecida por el incremento del diagnóstico temprano del tumor; el manejo quirúrgico, radioterápico (o braquiterápico) y anti-androgénico, de tipo agresivo, ha bajado hasta un 2,6% anual; la edad promedio al diagnóstico también ha bajado, y el riesgo de sufrir este cáncer es de 1 en 6 (en toda la vida) y de morir a causa de él, de 1 en 30 (14).

Respecto al examen digital rectal (EDR) es importante considerar que la consistencia prostática a la palpación cambia con la edad, existiendo además una variabilidad importante entre examinadores con distinto entrenamiento, características que hacen que el EDR sea poco reproducible. El EDR permite determinar el tamaño, la consistencia y la superficie de la glándula. La palpación por vía rectal de un nódulo prostático indurado se ha considerado tradicionalmente como sospechosa de cáncer de próstata y fue el indicador más útil antes de la llegada del PSA (6). Es frecuentemente un examen poco tolerado y rechazado por los pacientes, por lo que muchas veces no es planteado por el médico. La mejor forma de diagnosticar el cáncer de próstata es la combinación de estos dos exámenes, ya que el primero, en forma exclusiva, falla entre el 30% y el 40% de los diagnósticos y el segundo, realizado como única prueba, falla en el 20%, mientras que la asociación pierde apenas el 5% de los casos (15). En Colombia, según la norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del adulto, el EDR hace parte del examen físico de los hombres mayores de 45 años (16).

A pesar de tener la opción de realizarse las pruebas diagnósticas para cáncer de próstata, no todos los hombres acceden a ella. La decisión está mediada por factores culturales como: la susceptibilidad de padecer la enfermedad, la percepción de la severidad del problema o de lo que puede significar la realización del examen (beneficios que pueden obtenerse con el examen). De igual manera, el acceso al sistema de salud presenta diferenciales que determinan una mayor vulnerabilidad social para algunos grupos, y en las mesas de trabajo de seguimiento al sector salud en Colombia se reconoce que existen inequidades importantes que favorecen a quienes viven en las ciudades y a los sectores más ricos de la población (17). Algunos estudios sobre la identidad masculina del latinoamericano muestran que los hombres prefieren servicios de salud que atiendan más objetivamente a sus demandas, tales como

farmacias y atención de emergencia que garantiza la rapidez en la resolución del problema. Mientras que la mujer busca con mayor frecuencia servicios relacionados con el control y la prevención, el hombre busca el servicio de salud motivado principalmente por la enfermedad, ligado a signos y síntomas específicos. La identidad masculina está culturalmente vinculada a la desvalorización del autocuidado y a la poca preocupación con la salud (18,19). En Colombia, el régimen subsidiado y el vinculado presentan grandes desventajas frente al contributivo; los largos tiempos de espera y los dispendiosos trámites para conseguir la consulta especializada alejan a los hombres del sistema de salud.

Aunque en los últimos años se han incrementado las acciones de promoción de la salud, orientadas a la detección temprana y al control del cáncer de próstata, su enfoque está centrado más en el aspecto práctico de las manifestaciones, signos, síntomas y tratamiento que en la acción preventiva. Las actividades educativas en su mayoría desconocen la fuerza de la cultura y de las creencias como componentes de las actitudes y la decisión de práctica de determinadas pruebas diagnósticas, tales como el EDR, que compromete la concepción de masculinidad y otros elementos propios del machismo latinoamericano. Este problema genera barreras comunicacionales que afectan tanto las actividades del sector salud como el acceso a los servicios de las personas en riesgo de padecer el cáncer de próstata.

El objetivo de este estudio fue identificar las creencias sobre el cáncer de próstata en hombres mayores de 45 años, residentes en el municipio de Santa Rosa de Cabal, con el fin de orientar acciones de promoción y prevención relacionadas con el tema. Se seleccionó esta población porque existe un interés manifiesto de las directivas de la ESE Hospital San Vicente de Paúl en realizar estudios exploratorios que permitan disponer de elementos culturales útiles en el diseño de estrategias de comunicación efectiva, que contribuyan a motivar

a la población para el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno del cáncer.

El Modelo de Creencias en Salud (MCS) propuesto por Hochbaum et al. en la década del 50 (figura 1) se tomó como referente conceptual para el presente estudio. Este modelo ha sido el más usado para conducir procesos de intervención e investigación en salud pública, especialmente relacionado con pruebas de tamización (20).

Modelo de creencias de salud (21,22)

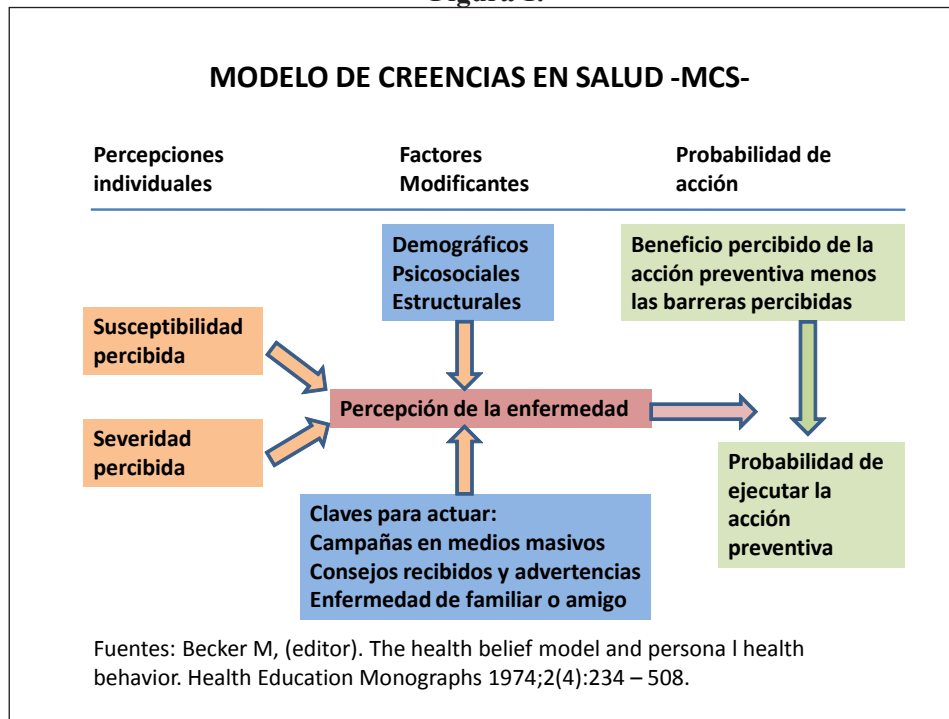
Una de las teorías más utilizadas en promoción de la salud y que incluye un importante componente cognitivo/perceptivo, es el Modelo de Creencias de Salud (MCS) o Health Belief Model. El MCS fue originalmente desarrollado en los años 50 por un grupo de especialistas en psicología social del Departamento de Salud Pública norteamericano, encabezado por Hochbaum, en su búsqueda por una explicación a la falta de participación pública en programas de detección precoz y prevención de enfermedades. Posteriormente, se ha adaptado para tratar de explicar una variedad de conductas, como la respuesta individual ante ciertos síntomas de enfermedad, el cumplimiento del paciente con los tratamientos y recomendaciones médicas, la práctica de autoexámenes exploratorios, los comportamientos de autocuidado en higiene bucal o el uso de tabaco.

En su origen, el MCS se basó en teorías del aprendizaje clásicas y populares; en particular, en la conductista, que defiende que todo tipo de comportamiento puede ser reducido a relaciones estímulo-respuesta elementales y justificado por sus inmediatas consecuencias; y en la cognitiva, que justifica el comportamiento como el resultado de procesos mentales en los que el sujeto otorga cierto valor a las consecuencias de su acción y sopesa la probabilidad de que esta produzca el resultado esperado. Aunque los defensores de ambas teorías consideran que el reforzamiento es un factor importante condicionante del

comportamiento, los teóricos cognitivos lo sitúan influenciando las expectativas, o hipótesis, en lugar del comportamiento en sí. El MCS es una teoría construida sobre la base de la valoración subjetiva de una determinada expectativa (value expectancy). En términos de salud, el *valor* será el deseo de evitar la enfermedad o padecimiento, y la

expectativa, la creencia en que una acción posible de realizar puede prevenir o mejorar la situación. En la actualidad, como resultado de la evolución que ha tenido la teoría desde su aparición, se otorga a esa expectativa un sentido más ampliado, lo que facilita la aplicación funcional del MCS.

Figura 1.



El MCS se basa en las siguientes premisas:

- La creencia —o percepción— de que el cáncer de próstata es importante para la población o suficientemente grave como para tenerlo en consideración.
- La creencia —o percepción— de que la persona se considera vulnerable a ese problema.
- La creencia —o percepción— de que la acción que se va a tomar producirá un beneficio a un costo personal aceptable.

De acuerdo con el MCS, la confluencia de estos tres factores favorece la adopción de determinados patrones de conducta, que serían

en este caso conducentes a la realización de las pruebas diagnósticas para cáncer de próstata. La aceptación de esta hipótesis implica que es la percepción individual, y no el ambiente en el que vive y se desarrolla el individuo, la que determina su comportamiento. Aunque este aspecto es muy discutible y otras teorías sostienen que ni el razonamiento ni el pensamiento son necesarios para explicar el comportamiento, se presenta aquí una opción de explicación útil para complementarla con otras teorías, principalmente con algunos elementos de la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura (23) y del modelo de promoción de la salud para el cuidado holístico de enfermería planteado por Nola J. Pender (24).

En este estudio se pretende responder seis preguntas que orientan la comprensión de la temática abordada:

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los participantes?
2. ¿Cuál es la susceptibilidad percibida de padecer el cáncer de próstata y el grado de severidad que le atribuyen al mismo?
3. ¿Qué percepciones tiene la población acerca de la enfermedad, sus causas, síntomas, diagnóstico y tratamiento?
4. ¿Cuáles son los beneficios y las barreras percibidas frente al examen digital rectal y la toma de la muestra de sangre para buscar el antígeno prostático específico?
5. ¿Cuál es la probabilidad de que se realicen las pruebas diagnósticas?
6. ¿Cuáles son las preferencias de los participantes

respecto a las fuentes de información para actividades educativas de promoción de la salud y detección temprana del cáncer de próstata?

METODOLOGÍA

Tipo de estudio: Estudio descriptivo.

Población: Hombres mayores de 45 años, residentes de Santa Rosa de Cabal, orientados en tiempo, lugar y persona, aparentemente sanos.

Muestra: No aleatoria correspondiente a 150 participantes. Todos los hombres que se contactaron y abordaron aceptaron voluntariamente tomar parte en el estudio y firmaron el consentimiento informado.

Variables:

Dimensiones	Variables	Medición	Nº Preg.
1. Características Sociodemográficas	Edad	Intervalo	1
	Procedencia	Nominal	1
	Estado civil	Ordinal	1
	Escolaridad	Nominal	1
	Ocupación	Nominal	1
	Estrato	Nominal	1
	Régimen de salud	Nominal	1
	Religión	Nominal	1
2. Percepciones	Temas	Subtemas	Nº Preg.
Percepciones individuales	Susceptibilidad		4
	Severidad		4
Factores modificantes	Percepción de la enfermedad	Causas	1
		Síntomas	1
		Diagnóstico	2
		Tratamiento médico	1
		Cuidados tradicionales	1
		Complicaciones	1
		Claves para actuar	Acceso a información
Probabilidad de ejecutar las pruebas diagnósticas	Beneficios menos barreras	Beneficios percibidos	1
		Barreras percibidas	2
		Probabilidad de acción	2

Instrumento: Entrevista semiestructurada con 30 preguntas: 8 cerradas y 22 abiertas.

Técnica de recolección de información: Las entrevistas (con duración aproximada de 30 minutos) fueron realizadas directamente por los investigadores responsables del proyecto, durante los meses de febrero, marzo y abril de 2010 en el domicilio o donde el participante lo consideró pertinente: en la sala de espera del hospital, en una cafetería o en el parque central. Se trató de no interrumpir sus actividades cotidianas.

Plan de análisis de datos: La información sociodemográfica se presenta en frecuencias. Para las preguntas abiertas se utilizó un estilo de análisis cuasi-estadístico (25). Para cada pregunta se organizaron los datos, se codificaron y se categorizaron; también se establecieron frecuencias por categoría. Se reunieron las categorías correspondientes a subtemas y temas, y se describió la información. Los hallazgos se ilustraron con algunas frases de los entrevistados y se interpretaron con la directriz del modelo de creencias.

Consideraciones bioéticas: La investigación contó con el aval del Comité de Investigaciones del programa de enfermería de la Fundación Universitaria del Área Andina de Pereira, y del Hospital San Vicente de Paúl del municipio de Santa Rosa de Cabal, lugar donde se realizó el mayor número de entrevistas. Según la Resolución 8430/1993 (26) del Ministerio de Salud de Colombia, que dicta disposiciones en materia de investigación con sujetos humanos, este estudio se cataloga como de riesgo mínimo, porque el sujeto que participa tiene una probabilidad baja de sufrir algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio, y se limita a tratar un aspecto sensitivo de la conducta masculina. Los participantes aceptaron colaborar de forma voluntaria, firmaron consentimiento informado, y se reservó el derecho de confidencialidad, pues la entrevista fue anónima. Los resultados obtenidos fueron presentados en las instituciones participantes. Asimismo, la población recibió información y capacitación sobre el tema en dos sesiones programadas en el Hospital, para las cuales se tuvieron en cuenta los hallazgos de la investigación.

RESULTADOS

Tabla 1. Caracterización sociodemográfica.

Variables	Valores	Frec.	%	Variables	Valores	Frec.	%
Grupo de edad	De 45 a 54 años	55	36,7	Estado civil	Casado/unión libre	108	72,0
	De 55 a 64 años	34	22,7		Soltero	28	18,7
	De 65 a 74 años	36	24,0		Divorciado/viudo	14	9,3
	De 75 y más años	25	16,7		Total	150	100,0
	Total	150	100,0		Contributivo	37	24,7
Ocupación	Agricultor	33	22,0	Régimen	Subsidiado	110	73,3
	Vendedor	32	21,3		Vinculado	3	2,0
	Obrero/varios	32	21,3		Total	150	100,0
	Pensionado	26	17,3		1	64	42,7
	Conductor	19	12,7	2	57	38,0	
	Desempleado	8	5,3	Estrato	3	20	13,3
	Total	150	100,0		4	9	6,0
			Total		150	100,0	
Procedencia	Rural	47	31,3	Religión	Católica	143	95,3
	Urbana	103	68,7		Otra	7	4,7
	Total	150	100				

Percepción de susceptibilidad

Los hombres de Santa Rosa de Cabal saben que son propensos a sufrir cáncer de próstata; la gran mayoría de ellos lo perciben, pues el 76% así lo manifestó, mientras que un 24% no sabe si es propenso a este. De aquellos que conocen el tema, el 45% expresaron que el cáncer ocurre en hombres mayores de 60 años, mientras que un 25% consideran que ocurre en todas las edades. En menores porcentajes, esta enfermedad ataca a los fumadores (13%), a los promiscuos (8%), a los alcohólicos (4,7%), a los desnutridos, habitantes de la calle, obesos, que no hacen ejercicio (4%).

El riesgo de presentar cáncer de próstata no es muy claro para la población masculina estudiada. Un 41% de los entrevistados considera no tener riesgo de contraer la enfermedad debido a que tienen buena salud (79%), no son fumadores (7%), tienen buenos hábitos alimentarios (5%) o porque Dios los protege (3%). El 59% de los entrevistados que sí manifestó estar en riesgo adujo varias razones: eran mayores de 50 años (65%), eso les da a todos los hombres (17%), han fumado mucho (14%) y tienen herencia (4%).

Percepción acerca de la enfermedad

La etiología del cáncer de próstata era desconocida para los entrevistados. El 59% que expresó conocer las causas porque había escuchado hablar del tema, hizo referencia a la edad avanzada (19%), la herencia (7%), algunos hábitos como el fumar tabaco o marihuana (29%), el consumo de alcohol (22%), la falta de ejercicio (7%), la mala alimentación (2%) y algunos comportamientos como “tener muchas mujeres, hacer mucho el amor” (11%); otras razones: “Por masturbarse mucho, por no tener a diario relaciones sexuales o por falta de aseo”(2%). De igual manera, ocurrió con el conocimiento acerca de los síntomas. El 52% de los entrevistados reconoció, entre otros: sangre en la orina (32%), dolor o ardor al orinar

(25%), dificultad para la micción (18%), otros dolores (14%), salida de pus en la orina (6,5%), disminución del chorro (5%) y problemas con la erección (3%). El 48% desconocía totalmente el tema.

A diferencia de los hallazgos anteriores, el 85% de los entrevistados sí conocía las formas de diagnóstico del cáncer de próstata: el tacto rectal (69%), la prueba de sangre (28%), la radiografía o la ecografía (3%); sin embargo, la población desconocía qué se examinaba en la sangre, el 10% creía que se buscaban bacterias, virus, hongos o cálculos. Los tratamientos que identificaban con mayor frecuencia eran los medicamentos (52%), la cirugía (40%) y los rayos láser (8%).

Las expresiones del 78% de los encuestados permitieron apreciar una construcción cultural muy clara acerca de los cuidados requeridos en cada uno de los momentos de la historia natural de la enfermedad: prevención, tratamiento y curación, además de definir con claridad la dosis, la forma de consumo y el efecto esperado con cada uno de los remedios caseros. Las plantas usadas con mayor frecuencia eran: caléndula, jengibre, manzanillo, menta, albahaca, yerbamora, sábila y berenjena, que se utilizaban principalmente para calmar los síntomas inflamatorios o dolorosos.

Algunas manifestaciones que ilustran la importancia de la medicina tradicional en esta población son: “dicen que el comer sábila en ayunas es muy bueno y cura el cáncer”, “ruda en bebida, tomar seis vasos cada mes eso lo previene”, “tomar berenjena y agua de malta en ayunas cuando tenga los síntomas”, “bebidas de sauco en la noche cuando se ataque uno para orinar es sagrado eso”, “a nivel de ramas me han dicho que la caléndula es muy buena para eso”, “sirve tomar caléndula y hoja de bore en bebida: eso es bendito”, “sauco y hojas de guayabo en bebida eso es bendito”. El 22% fue contundente al rechazar cualquier opción de terapia alternativa.

Percepción de severidad

La población entrevistada percibe claramente la severidad de la enfermedad. El 97% considera que el cáncer de próstata es muy grave, produce metástasis (67%), conduce a la muerte (21%), puede haber infarto, impotencia, infecciones o se cae el pene (12%). La mayoría (79%) conoce que este cáncer es curable si se diagnostica a tiempo y así lo expresan: *“tiene cura andándole ligero”*. El resto, por su parte, considera que no tiene cura.

El 94% manifestó que el tratamiento para este cáncer es muy difícil, ya que las posibilidades para lograrlo son mínimas. Por un lado, las instituciones de salud no brindan información suficiente sobre los trámites para acceder al tratamiento y, por otro, las personas desconocen la legislación sobre la cobertura que tiene este tipo de enfermedades catastróficas y no cuentan con el apoyo de la familia. Lo expresado se evidencia en sus afirmaciones: *“Eso dicen que todo tratamiento es muy costoso... pero uno no sabe porque no le informan bien”*. *“Eso psicológicamente lo afecta a uno”*. *“Falta el apoyo de la familia”*.

Percepción sobre las pruebas diagnósticas

Así como los entrevistados perciben beneficios al realizarse el examen de próstata, tales como mantener buena salud (46%), prevenir el cáncer (26%), diagnóstico y tratamiento oportuno (20%) y tener tranquilidad (8%), también enuncian algunas barreras que les impide a los hombres hacerse examinar la próstata: por falta de información clara y suficiente (37%), por el machismo y la falta de autoestima en los hombres (33%), por temor (26%), por falta de recursos y apoyo (6%) o por creencias religiosas (1%). En sus respuestas se evidenció la gran carga cultural que tiene el machismo: *“Eso es machismo, porque yo soy hombre y eso no me lo hago porque estoy bien de salud”*, y el temor: *“Dicen que eso da mucho miedo por los resultados”*.

Al 46% le afectaría someterse al tacto rectal, porque duele el examen (51%), afecta el desempeño sexual (41%) o es incómodo (8%); mientras que al 41% de los entrevistados les es indiferente y el 13% no sabe. Al 86% no le afectaría realizarse la prueba del antígeno prostático porque es una prueba muy sencilla, pero el 9% consideró que puede causar dolor, infección o mareo y el 5% no sabe.

La relación entre beneficios y barreras percibidas frente a la realización de las pruebas para el diagnóstico de cáncer de próstata muestra que si bien los entrevistados aprecian las ventajas del diagnóstico y tratamiento oportuno, existen tres grandes barreras que tienen peso similar y son determinantes a la hora de tomar la decisión: la falta de información personalizada, el efecto negativo de la prueba sobre la masculinidad y el temor al diagnóstico.

Probabilidad de realizarse las pruebas diagnósticas voluntariamente

El 27% manifestó que se había realizado el examen rectal y lo había hecho hacía más de un año. El 73% de los encuestados expresó que no se había examinado y entre las razones que adujeron, sobresalieron: *“Eso da temor por los resultados”* (63%), *“no he tenido síntomas”* (15%), *“dicen que eso acelera el cáncer”* (5%), *“afecta la autoestima”* (12%), *“porque da dolor y pena —vergüenza—”* (5%). El 67% manifestó voluntad de realizarse el examen durante los próximos doce meses porque: *“Eso sirve para ver cómo está uno de la próstata”* (57%), *“dicen que es importante para prevenirlo”* (29%) *“porque el médico me dijo que por control”* (14%). El 33% no se realizaría las pruebas y así lo exteriorizaron: *“Tengo muy buena salud”* (70%), *“me da miedo de saber cómo me salgan los exámenes”* (14%), *“eso va contra los principios de Dios”* (4%), *“faltan conocimientos médicos”* (4%), *“produce mucho dolor”* (4%), *“no tengo edad avanzada”* (4%).

Los entrevistados coincidieron en afirmar que lo único que los obligaría a realizarse el examen de

próstata serían los síntomas específicos, como “*dificultad para orinar o retención de la orina*” (58%), “*orden médica*” (31%), “*dolor; ardor en el pene*” (8%), “*exigencia de la familia*” (2%) y “*presencia de sangre en la orina*” (1%). Es decir, la probabilidad de hacerse los exámenes voluntariamente es remota y la acción está claramente determinada por las manifestaciones sintomáticas.

Información sobre la enfermedad

El 55% manifestó total desconocimiento del tema y el 45% expresó que había recibido suficiente información a través de medios masivos de comunicación (26%), de las enfermeras (24%), de los médicos (21%), de amigos, conocidos o familiares (19%), o han leído sobre el tema (9%). El 96% de los entrevistados estuvo de acuerdo en que era necesario adquirir más conocimientos sobre el tema porque podría prevenir oportunamente el cáncer y tendría un diagnóstico eficaz.

DISCUSIÓN

Lucumí y Cabrera realizaron en Cali, en el 2003, una investigación cualitativa utilizando el MCS y obtuvieron resultados muy similares con respecto a percepciones de susceptibilidad, severidad, barreras, beneficios e intención de práctica del examen digital rectal (27). Mientras que en el estudio de Cali la predeterminación de la enfermedad, es decir, el creer que todos los hombres la sufrirán en algún momento fue una observación importante, en los hallazgos de Santa Rosa de Cabal los hombres asocian la presencia de la enfermedad a determinados factores de riesgo. Esto puede estar reflejando en parte la influencia de los procesos informativos sobre el tema —como lo expresaron los participantes—, principalmente los que tienen como fuente los medios masivos de comunicación.

En el Brasil, en el año 2010, con selección aleatoria de 160 hombres mayores de 50 años,

se investigaron las barreras en relación con los exámenes de rastreo de cáncer de próstata (28). Se encontró que más de la mitad de los encuestados ya se había realizado el examen, el 95% de ellos creía que el cáncer se podía curar si era detectado precozmente y el 56,3% consideraba que podía cursar asintomático. Diferente a esos hallazgos, en este estudio únicamente el 27% se había hecho el examen, el 79% expresó que el cáncer era curable si se realizaba diagnóstico oportuno y ninguno de los entrevistados lo consideró asintomático. Las diferencias enunciadas muestran mayor conocimiento sobre el tema e intención de práctica de las pruebas diagnósticas en los participantes del estudio realizado en el Brasil. Entre estos dos trabajos se encontraron proporciones similares entre el 33% y el 34% con respecto a que el EDR afectaba la masculinidad, que si la persona se sentía bien no era necesario hacerse las pruebas y que el diagnóstico producía temor o miedo. Mientras que en el Brasil no se menciona como barrera el acceso al sistema de salud y la falta de oportunidad en el tratamiento, en Colombia, a través de esta investigación, aparece la complejidad del sistema de salud y los costos como factores determinantes para optar por la acción preventiva.

Similarmente a los hallazgos de este trabajo, un estudio sobre las razones por las que los pacientes rechazan el tacto rectal cuando se someten a cribaje de cáncer de próstata, realizado por Romero et al. (29), concluyó que las más importantes eran la falta de síntomas del tracto urinario inferior, conceptos erróneos sobre el tamizaje de cáncer de próstata y la vergüenza, principalmente cuando se someten al examen por primera vez.

Con respecto a la percepción acerca de la enfermedad, los entrevistados tienen claridad de los síntomas obstructivos e inflamatorios que afectan el sistema urinario, pero ninguno de los participantes planteó la posibilidad de tener el cáncer de próstata sin síntomas. Esta observación permite fundamentar la necesidad de mayor educación a la población acerca del curso asintomático del cáncer.

Con respecto a prácticas de medicina tradicional, al igual que lo encontrado en este estudio, una investigación realizada en Bogotá, Colombia, en el año 2007, sobre creencias populares acerca de la curación del cáncer de próstata, permitió concluir que en algunos casos se realizan prácticas curativas complementarias utilizando extractos de plantas y sustancias extraídas de animales, fundamentadas en la fe y en los milagros (30). Estos hallazgos muestran la preservación de concepciones mágico-religiosas alrededor del proceso salud-enfermedad.

CONCLUSIONES

Aunque se reconozcan las limitantes para el modelo de creencias en salud (MCS), ampliamente descritas en la literatura, debido a que no permiten la explicación de todos los determinantes del comportamiento en salud, los hallazgos de este estudio muestran su utilidad como referente teórico válido para identificar la intención de práctica de las pruebas diagnósticas para el cáncer de próstata en hombres mayores de 45 años.

A pesar de que los resultados no puedan generalizarse a toda la población de hombres mayores de 45 años, el estudio revela que el cáncer de próstata es muy importante y, por ello, los hombres deben prestarle atención, conocer los factores de riesgo, los métodos diagnósticos, reconocer los síntomas y el tratamiento, y percibir su gravedad si no se diagnostica y trata oportunamente. Sin embargo, esta percepción no es suficiente para motivar a la población masculina mayor de 45 años a la realización voluntaria de las pruebas diagnósticas. Se plantea la obligatoriedad de las pruebas ante la presencia de síntomas específicos. Este hallazgo reafirma la importancia de educar en la condición asintomática del cáncer de próstata y en la demostración de la inocuidad del examen digital rectal.

Si bien los entrevistados manifestaron que se puede tener acceso relativamente fácil al diagnóstico del cáncer, una de las grandes barreras percibidas se

ubica en la dificultad para acceder al sistema de salud y la limitada capacidad de respuesta que se le oferta para el tratamiento: los costos son elevados, acceder a la atención especializada es difícil porque se requieren muchos trámites con la EPS y no se puede lograr el tratamiento oportuno.

Aunque las percepciones individuales favorecen la adopción de patrones de conducta que conducirían a conservar y mejorar la salud, evitar situaciones de riesgo y prevenir la mortalidad derivada del cáncer de próstata, se aprecia un gran desconocimiento sobre la enfermedad, principalmente en lo relacionado con las pruebas diagnósticas y la sintomatología.

Los datos obtenidos en este estudio muestran que no se cumplen las tres premisas que, en conjunto, de acuerdo con el modelo de creencias, favorecen la intención de práctica del examen diagnóstico: primera, el cáncer de próstata se percibe como importante y grave, como para no tenerlo en consideración; segunda, los hombres se consideran vulnerables, y tercera, es claro que someterse al examen diagnóstico no produce beneficios evidentes, pues el tratamiento es de difícil acceso. Al no darse la concurrencia de estos tres factores no se favorece la adopción de los exámenes diagnósticos como patrones de conducta. Aunque los beneficios percibidos con el diagnóstico temprano sean altos con respecto al tratamiento oportuno, las barreras de tipo cultural, económico y el difícil acceso al tratamiento se traducen en baja intención de práctica del examen diagnóstico para detectar oportunamente el cáncer de próstata de la población de hombres mayores de 50 años del municipio de Santa Rosa de Cabal.

RECOMENDACIONES

A las entidades de salud:

- Revisar los protocolos de atención y garantizar que incluyan el componente cultural como un principio fundamental de la asistencia.

- Garantizar la oferta del servicio oportuno, tanto en diagnóstico como en tratamiento para la prevención de la mortalidad por cáncer de próstata.
- Fortalecer la interacción y la discusión de elementos culturales durante las sesiones educativas que busquen cambios de comportamiento en las poblaciones vulnerables. De acuerdo con lo expresado por Lucumí y Cabrera en Cali en el año 2003 (27), para lograr una intervención de promoción de la salud efectiva, orientada a controlar la morbimortalidad por cáncer de próstata en esta población, es necesario fortalecer el componente de información-comunicación y educación sobre el tema, trabajando con pequeños grupos, con el respeto que exige el cuidado basado en la cultura. El trabajador de la salud debe realizar una educación más personalizada, que incentive la práctica del EDR, haciendo demostraciones en simuladores sobre la forma como se realiza el examen, con suficiente dominio del tema, de tal manera que ayude a solucionar las inquietudes individuales y a eliminar prejuicios.

A los programas de educación superior encargados de formar el talento humano en salud, principalmente en medicina y enfermería:

- Fortalecer la formación en aspectos culturales y sociales con miras a que los profesionales puedan desarrollar capacidades para orientar cambios culturales en todo lo relacionado con la salud, en particular, con los hombres que son tan reacios a estos temas.
- Desarrollar prácticas formativas basadas en el cuidado cultural, que favorezcan la interacción entre los futuros profesionales y las comunidades, respeten las creencias y los valores, y apoyen la adquisición de competencias para describir, documentar e interpretar los fenómenos culturales desde la perspectiva del sujeto de cuidado.
- Proyectarse a la comunidad con acciones concretas de sensibilización hacia la práctica

del examen para detectar el cáncer de próstata, fortalecer la comunicación-información, la educación sobre las características de las pruebas diagnósticas, los derechos a disponer del servicio médico y los mecanismos para acceder al tratamiento oportuno.

Para futuras investigaciones:

- Realizar investigaciones cualitativas con entrevistas a profundidad que permitan identificar el acervo cultural de las poblaciones y la formulación de propuestas de acción social orientadas a empoderar a los hombres mayores de 45 años de su autocuidado.
- Reconocer que el comportamiento y las prácticas individuales o colectivas relacionadas con la salud son producto de la interacción de múltiples factores y variables y no pueden ser totalmente explicables con una única teoría o modelo conceptual, pues cada teoría aporta elementos que ayudan a comprender la esencia de fenómenos diferentes, desde perspectivas diferentes. Al trabajar con prácticas preventivas en cáncer de próstata se sugiere fortalecer la teoría de MCS con lo planteado por la teoría de la “autoeficacia” de Bandura (23), que en sus ejemplos expresa las posibilidades de modificar las creencias a partir de la manipulación diferencial de variables ambientales; de igual manera, con la teoría de promoción de la salud.

AGRADECIMIENTOS

A los participantes, por la espontaneidad y claridad de sus relatos; a las directivas y funcionarios del Hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal, por el apoyo brindado durante todo el proceso investigativo; a las directivas de la Fundación Universitaria del Área Andina, Seccional Pereira; y especialmente, al Programa de Enfermería y a los integrantes del Grupo GIER, por sus apreciaciones y reflexiones frente a los hallazgos de la investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Cáncer. [en línea] 2011 Feb [citado 2011 Abr] Nota descriptiva 297. Disponible en URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html>
2. Surveillance Epidemiology and End Results. Estadísticas sobre cáncer de próstata [en línea] [citado 2011 Jun]. Disponible en URL: <http://seer.cancer.gov/statfacts/html/prost.html>
3. Medillne Plus. Centro de Consulta Estudiantil. *Cáncer de próstata*. [en línea] [citado 2010 Oct]. Disponible en URL: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/prostatecancer.html>
4. Escobar, J.I. Mortalidad por cáncer en Pereira. 1998-2003. *Revista Epidemiológica de Pereira* 2005 Ene-Jun; 9(1):31-9.
5. Presidencia de la República de Colombia. Cada año mueren 26.000 colombianos por cáncer. [en línea] [citado 2010 Nov]. Disponible en URL: <http://www.presidencia.gov.co/sne/2004/julio/06/06062004.htm>
6. Vargas C. Urología Oncológica. Cáncer de próstata. [en línea] [citado 2010 Oct]. Disponible en URL: http://www.susmedicos.com/art_cancer_prostata.htm
7. Colombia. Departamento Nacional de Estadística DANE. Defunciones no fetales. [en línea] [citado 2011 Feb]. Disponible en URL: <http://www.dane.gov.co>
8. Instituto Nacional de Cancerología de Colombia. Registro Institucional de Cáncer 1999. Bogotá: Instituto Nacional de Cancerología; 1999.
9. Colombia. Tensiómetro. [en línea] [citado 2010 Ago]. Disponible en: <http://encolombia.com/medicina/materialdeconsulta/Tensiometro9-1.htm>
10. Hisandherhealth . Grupo de investigación Su salud para ellos y ellas. Conocimiento de Cáncer de Próstata 2005-2007. [en línea] 2008 [citado 2010 Feb]. Disponible en URL: <http://hisandherhealth.com/prostateaware2004/espanol.shtml>
11. Instituto de Cancerología Colombiano. Documentos. [en línea] [citado 2010 Mar]. Disponible en URL: http://www.incancerologia.gov.co/documentos/8_9_2007_3_50_16_PMModelo%20Control%20del%20cancer.pdf
12. Medline plus. Enciclopedia virtual. Información de salud. Cáncer de próstata [en línea] [citado 2010 Oct]. Disponible en URL: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/prostatecancer.html>
13. National cancer Institute. Prostate Cancer (PDQ®): Screening [en línea] [citado 2011 Feb]. Disponible en URL: <http://www.cancer.gov/templates/doc.aspx?viewid=3bd07dce-4376-4dcb-b993-03c3dbe23e6e&version=1>
14. Cáncer de la próstata ¿nueva epidemia? [en línea] [citado 2010 Nov]. Disponible en URL: <http://www.encolombia.com/medicina/materialdeconsulta/Tensiometro9-1.htm>
15. Paiva EP, Motta MCSM, Griep RH. Barreras en relación a los exámenes de rastreo de cáncer de próstata. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [serie en línea] Jan-Feb 2011 [citado 2011 Oct 26]; 19(1). Disponible en URL: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/es_11.pdf
16. República de Colombia. Resolución 00412/2000. Norma Técnica para la detección temprana de alteraciones en el adulto.
17. Seguimiento al Sector Salud en Colombia. Equidad en salud. [en línea] [citado 2011 Jun]. Disponible en URL: http://www.asivamosensalud.org/index.php?option=com_content&view=article&id=131:equidad-en-salud&catid=60:Mesas%20y%20Foros%20&Itemid=78
18. Lima AJC, Azory EB, Bastos LHC, Coutinho MM, Pereira NN, Ferreira SCC. Desigualdades no acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Saúde Debate* 2002; 26(2):62-70.

19. Figueiredo W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciênc Saúde Colet* 2006;10(1):105-9.
20. Cabrera G, Tascón J, Lucumí D. Creencias en salud: historia, constructos y aportes del modelo. *Rev FNSP* 2001; 19: 91-101.
21. Moreno E, Roales JG. El Modelo de creencias en salud: Revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa I: Hacia un análisis funcional de las creencias en salud. *Revista Internacional de Psicología y terapia psicológica [serie en línea]* 2003 [citado 2010 Nov]; (3)1: 91-109. Disponible en URL: [http:// www.redalyc.org](http://www.redalyc.org).
22. Soto MF, Lacoste MJ, Papenfuss R, Gutierrez A. El modelo de creencias en salud. Un enfoque teórico para la prevención del sida. *Rev Esp. Salud Pública* 1997; 71:335-41.
23. Bandura A. The explanatory and predictive scope of self-efficacy of human thought. *Journal of Clinical and Social Psychology* 1982; (4):359-73.
24. Mariner A. Modelos y Teorías de Enfermería. Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender. Traducción al español de la 4ta edición. Madrid: Harcourt Brace; 1999.
25. Polit D, Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud. Principios y métodos. 6ª ed. Bogotá: McGraw-Hill Interamericana; 2000.
26. República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.
27. Lucumí DI, Cabrera GA. Creencias sobre examen digital rectal como tamiz para cáncer en la próstata: hallazgos cualitativos de un estudio en Cali. *Rev. Colombia Médica* 2003; 34(3): 1491-8.
28. Pereira-P E, Salvador-M MC, Harter-Griep R. Barreras en relación a los exámenes de rastreo de cáncer de próstata. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [serie en línea]* 2011 Jan-Feb [citado 2011 Abr]; 19(1): [08 pantallas]. Disponible en URL: <http://www.eerp.usp.br/rlae>
29. Romero F, et al. Razones por las que los pacientes rechazan el tacto rectal para el cribado de cáncer de próstata. *Arco. Esp. Urol. [serie en línea]* 2008 [citado 2011 Nov 01]; 61(6): 759-65. Disponible en URL: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06142008000600019&lng=es. Consultado Agosto 2011
30. Venegas BC, et al. Creencias populares acerca de la curación del cáncer de próstata y cervico uterino y experiencias de aplicación en pacientes de una institución de salud, Bogotá. *Rev. Col. de Enfermería* 2008 Ago; 3(3): 69-76.

ENTRE LA VIOLENCIA SOBRE EL CUERPO Y LA VIOLENCIA *INCORPORADA**

Juana Chaves Castaño**

Recibido en junio 7 de 2011, aceptado en octubre 24 de 2011

Resumen

Objetivo: mostrar cómo en situaciones de violencia el cuerpo tiene una constante transición entre ser objeto de ella e *incorporarla*, en el sentido bourdiano, para reflejarla en la reconfiguración de prácticas sociales que en otras circunstancias serían culturalmente inaceptables. **Materiales y métodos:** se parte de una conciliación teórica de la concepción de lo corporal entre Maurice Merleau-Ponty, Marcel Mauss y Pierre Bourdieu, para luego contrastar los ejemplos etnográficos del trabajo de campo realizado en los municipios colombianos de Marsella (Risaralda) y Trujillo (Valle). **Resultados:** surgieron algunos elementos teóricos como resultado de las experiencias con poblaciones que vivieron hechos violentos contundentes; estos elementos permitieron caracterizar varios escenarios de postconflicto en Colombia. **Conclusiones:** se debe reflexionar sobre la forma social y cultural de asumir prácticas y escenarios de postconflicto en Colombia, partiendo de la premisa de que el posconflicto no significa “ausencia de”, sino que es un fenómeno que se hace complejo a través de las reconfiguraciones de formas de violencia, en este caso, hechos de violencia sobre el cuerpo que se *incorporan* y se visibilizan en las prácticas de las sociedades.

Palabras clave

Cuerpo humano, violencia, ritos funerarios, conflicto, Colombia. (Fuente: DeCS, BIREME)

* Este artículo se presenta como resultado del proyecto de investigación denominado “Cuerpo y territorialidad: los cementerios como reflejo de las estructuras de poder”, financiado por el Grupo de Investigación Territorialidades de la Universidad de Caldas, en el marco del proyecto “De epitafios, memorias y rituales: los cementerios como espacio estético y modelo urbano, un microcosmos simbólico. Estudios de caso en el Eje Cafetero colombiano”, coordinado entre la Universidad de Caldas y la Universidad Nacional de Colombia, sede Manizales. La investigación inició en enero de 2008 y culminó en junio de 2010.

** Antropóloga. Investigadora del Instituto de Investigaciones en Ciencias Sociales y Humanas y del Grupo de Investigación Territorialidades de la Universidad de Caldas. Manizales, Colombia. Correo electrónico: juana.chaves@icsh.co

BETWEEN VIOLENCE ON THE BODY AND THE VIOLENCE *INCORPORATED*

Abstract

Objective: the purpose of this paper is to show how in violence situations, the body has a constant transition from being the object of violence to be incorporated in it. In the Bourdian sense, to reflect it in the reconfiguration of social practices that would otherwise be culturally unacceptable. **Materials and methods:** it begins with a theoretical reconciliation of Maurice Merleau-Ponty, Marcel Mauss and Pierre Bourdieu's conceptions of the corporeal in order to contrast ethnographic examples of the fieldwork carried out in the Colombian Municipalities of Marsella (Risaralda) and Trujillo (Valle). **Results:** some theoretical results emerged from this experience with people who had gone through violent events which permitted to characterize some post-conflict scenes in Colombia. **Conclusions:** in conclusion, it is important to reflect about the social and cultural ways to assume post-conflict practices and scenarios in Colombia, based on the premise that post-conflict does not mean "absence of", but it is a phenomenon that becomes more complex through the reconfiguration of different forms of violence, in this case, violence facts on the body that are *incorporated*, and are made visible in the society practices.

Key words

Human body, violence, funeral rites, conflict, Colombia. (Source: MeSH, NLM)

ENTRE A VIOLENCIA SOBRE O CORPO E A VIOLÊNCIA *INCORPORADA*

Resumo

Objetivo: amostrar como em situações de violência o corpo tem uma constante transição entre ser objeto dela e incorporar-la, no sentido **bourdiano**, para refletir-la em as reconfigurações de praticas sociais que em outras circunstâncias seriam culturalmente inaceitáveis. **Materiais e métodos:** parte se de uma conciliação teórica da concepção do corporal entre Merleau-Ponty, Marcel Mauss e Pierre Bourdieu, para logo contrastar os exemplos etnográficos do trabalho de campo realizado nos municípios colombianos de Marsella (Risaralda) e Trujillo (Valle). **Resultados:** surgiram alguns elementos teóricos como resultado das experiências como povoações que viveram feitos violentos contundentes; estes elementos permitiram caracterizar vários cenários de pós-conflito em Colômbia. **Conclusões:** deve se refletir sobre a forma social e cultural assumir pratica e cenários pós-conflito em Colômbia, partindo da premissa de que o pós-conflito não significa "ausência de", por o contrario é um fenômeno que se faz complexo a través das reconfigurações de formas de violência, neste caso, fatos de violência sobre o corpo que se incorporam e se visibilizam nas praticas das sociedades.

Palavras chave

Corpo humano, violência, ritos funerários, conflito, Col pós-conflito Colômbia. (Fonte: DeCS, BIREME)

INTRODUCCIÓN

Una de las características estructurales de la violencia como práctica social es la intención de generar o mantener un orden a través de hechos contundentes sobre los objetos, los cuerpos o los campos de relación social, precisando así un objetivo localizado en el tiempo y el espacio. Este artículo se propone retomar el cuerpo como uno de los objetivos más comunes de hechos violentos, planteando en un primer momento una discusión teórica del cuerpo como categoría a partir de la relación entre algunos postulados que, aunque a primera vista pueden parecer contradictorios por la adscripción teórica de los autores, logran mantener un diálogo coherente frente al cómo asumir y conceptualizar la corporeidad del individuo. Su finalidad es mostrar cómo en situaciones de violencia, el cuerpo tiene una constante transición entre ser objeto de ella e incorporarla, es decir, un individuo o grupo social que en algún momento fue violentado a través de su cuerpo o de los cuerpos de otros, *incorpora*, en el sentido bourdieano, dicha violencia, y la refleja en la reconfiguración de prácticas sociales que en otras circunstancias serían culturalmente inaceptables. De este postulado se parte para poner en discusión un proceso de postconflicto entendido no como la ausencia del conflicto, sino como los cambios culturales, políticos, económicos y sociales que bien quedan después de este o que se convierten en estrategias de resistencia en coyuntura o consolidada.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se parte de una conciliación teórica de la concepción de lo corporal entre Maurice Merleau-Ponty, Marcel Mauss y Pierre Bourdieu; luego, con el fin de contrastar, se retomarán algunas experiencias etnográficas derivadas del trabajo de campo realizado en los municipios colombianos de Marsella (Risaralda) y Trujillo (Valle) en los años 2008, 2009 y 2010, donde la recolección de la

información se llevó a cabo a través de observación activa y pasiva, entrevistas semiestructuradas y a profundidad y análisis del discurso. Así mismo, se revisaron documentos que compilan una serie de informes resultado de investigaciones que se llevaron a cabo a partir de hechos violentos ocurridos en el marco del conflicto colombiano, datos que siempre serán referidos en correlación con los análisis teóricos.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Merleau-Ponty, Mauss y Bourdieu: una conciliación teórica en torno a la categoría "cuerpo"

Cuando se quiere conceptualizar una categoría que ha tenido varios abordajes teóricos dentro de las ciencias sociales, resulta complejo retomar posturas epistemológicamente disímiles; sin embargo, aunque la adscripción paradigmática de los tres autores que enmarcan la discusión que aquí se plantea resulta en principio discordante, cuando abordan la categoría "cuerpo" como unidad de análisis, sus reflexiones sugieren elementos comunes relacionados con su incidencia en la construcción del espacio individual y social. Para una mayor comprensión de este planteamiento, se hará un breve acercamiento a la discusión que sobre la corporalidad hacen los autores en mención, con el objeto de exponer la manera en que estos principios llegan a compaginarse.

a) Merleau-Ponty: el cuerpo que percibe, el cuerpo percibido

En el mundo fenomenológico de Merleau-Ponty todas las explicaciones dadas por una doctrina o paradigma tienen en sí mismas una propiedad de verdad en la medida en que el pensador construye su reflexión a partir de lo que es. De esta manera, aunque la fenomenología, como corriente filosófica, propone abordar la realidad

a partir del reconocimiento de su existencia en sí misma y no por medio de la experiencia que el cuerpo consciente tiene de ella, no desconoce que es a partir de dichas experiencias que se construye la consciencia del “mí mismo” y del mundo. Tener consciencia de la total existencia es posible solo en la medida en que tenemos un cuerpo que nos hace inmersos en ella. A partir de esta premisa, Merleau-Ponty propone una teoría en la que la conciencia y el pensamiento juegan un papel fundamental en la construcción de la realidad *percibida* a través de la materia corporal; realidad que se define como el entrecruzamiento de las propias experiencias y las del otro, de las experiencias pasadas y las presentes, de la experiencia del otro en la experiencia propia.

La percepción (1) se constituye en una dimensión determinante de la forma en que se construye no solo la experiencia individual, sino también social. No obstante, epistemológicamente, el concepto se hace valioso en la medida en que entrecruza la experiencia física de la realidad y la reflexión que el individuo hace a partir de su historia, educación y esquema del mundo. El concepto de percepción no se limita al hecho psicofisiológico del estímulo, sino que trasciende las disposiciones culturales que se tienen para tomar dicho estímulo de una u otra manera. La propuesta de Merleau-Ponty, más allá de proponer un conocimiento de la realidad en sí misma, se pondera en esta discusión por el avance que sugiere vincular de nuevo la corporalidad y la conciencia a través del concepto de *percepción*, superando, en buena parte, las discusiones idealistas y fisicalistas relacionadas con el individuo.

Sin embargo, retomando los análisis planteados en este texto, es preciso indicar de qué forma el concepto de *percepción* se enmarca dentro de la discusión de cómo el cuerpo pasa de ser objeto de hechos violentos a incorporar la violencia misma. En esta medida la percepción sugiere, además de unas predisposiciones, la posibilidad de seguir construyendo el significado de la experiencia a

partir de la vivencia cotidiana; cabe entonces la pregunta: ¿puede la *percepción* de la violencia sobre el cuerpo, cambiar de tal forma que ya no represente una desestructuración de este y de su vivencia, sino una disposición a percibir la violencia como una estructura incorporada, que da como consecuencia la naturalización de la violencia?

Siguiendo algunos ejemplos de conflictos y hechos violentos en el mundo, y por supuesto retomando el caso colombiano, es posible observar en qué medida puede darse esta transición en la *percepción* de la violencia. Ya Bauman (2) hacía referencia a la forma como en los campos de concentración nazis, la violencia era percibida como una “actividad” cotidiana, al punto de considerarse dentro de la categoría de actividades laborales. En el contexto colombiano también se pueden referenciar algunos casos en los cuales individuos que pertenecían a grupos de paramilitares y narcotraficantes consideraban las masacres como parte de su “trabajo” (3,4).

Estos ejemplos dan una idea de cómo la *percepción* de la realidad cambia de acuerdo con el campo social, económico, político y simbólico en el que se desenvuelva la persona, y es precisamente en este concepto de persona en donde se vuelven relevantes los análisis de Mauss sobre la construcción de la categoría del “yo” y su incidencia en lo que denomina *técnicas corporales*.

b) La configuración histórica de la categoría “yo” en Marcel Mauss

En su texto *Sociología y Antropología*, Marcel Mauss hace un recuento de la construcción de la categoría “persona”-“yo” a partir de la evolución que la representación del individuo ha tendido en los distintos tiempos y espacios sociales. “El recorrido es complejo, desde una simple mascarada se pasa a la máscara, del personaje a la persona, al nombre, al individuo: de este se pasa a

las consideración del ser con un valor metafísico y moral, de una conciencia moral a un ser sagrado, y de este a una forma fundamental del pensamiento y de la acción” (5).

Sin embargo, para el análisis que aquí se propone, se destaca en qué dirección las categorías “personaje”, “persona” y “yo” le otorgan al individuo la propiedad de tener un “papel” dentro de, ya sea un espacio sagrado o un espacio social; así, por ejemplo, la categoría “esclavo” no podría considerarse como sinónimo de “persona”, puesto que “no tiene cuerpo, ni antepasados, ni nombre, ni cognomen, ni bienes propios”. Este discernimiento entre “persona” y “esclavo” resulta sugerente para los efectos de este texto en la medida en que los “muertos anónimos” son una de las categorías consecuencia generadas por la violencia sobre los cuerpos; en nuestro caso, esta categoría bien puede encajar teóricamente con la idea maussiana que se acabó de citar, puesto que a ellos se los ha despojado de las propiedades que los ponían dentro de la categoría de “persona”. Esto, como se verá más adelante en la etnografía que sustenta este artículo, puede evidenciarse en las prácticas que algunas poblaciones colombianas han adoptado frente a estos “muertos anónimos”.

Así mismo, resultan muy dicentes los análisis de Mauss frente a lo que ha denominado las *técnicas corporales*, pero no en el sentido literal de un movimiento casi coreográfico al que él hace alusión, sino en la medida en que el tratamiento discursivo y práxico de los cuerpos de la violencia está dotado de verdaderas técnicas que, o bien están consolidadas por directrices grupales de actores violentos, o bien surgen en la medida de la “necesidad” de manejar la coyuntura de un cuerpo (cuerpos) que “aparece” en un lugar o momento inesperado.

Para Mauss sus técnicas corporales son analizadas a partir de la noción de *habitus* que, a diferencia de Bourdieu, recoge las nociones de costumbre, lo adquirido y la facultad; en esta medida, los

habitus varían no solo con los individuos y sus *imitaciones*, sino sobre todo con las sociedades, la educación, las reglas y las normas que son reproducidas en la práctica individual y colectiva a través de las *técnicas corporales*. Los actos individuales y colectivos son impuestos desde fuera del individuo, quien adopta una serie de movimientos ordenados, “autorizados” y aprobados por la sociedad misma.

El acto se impone desde fuera, desde arriba, aunque sea un acto exclusivamente biológico relativo al cuerpo. La persona adopta la serie de movimientos de que se compone el acto, ejecutado ante él o con él, por los demás. Así, “la adaptación constante a una finalidad física, mecánica y química está seguida de una serie de actos de acoplamiento, acoplamiento que se lleva a cabo en el individuo no por él solo, sino con ayuda de la educación, de la sociedad, de las que forma parte y del lugar que ocupa en ella” (5).

Retomado los análisis de Mauss, se puede decir entonces que la violencia es una *técnica corporal*, en la medida en que llega a ser aceptada por las sociedades, imitada e instruida sobre el cuerpo; pero, además, retroalimentada de los usos y manejos coyunturales. Sin embargo, para el lector debe quedar claro que el concepto “técnica”, ni en Mauss ni para los efectos de la problemática de este texto, hace alusión al mero acto de reproducción o de estrategia mecánica, por el contrario, se refiere al soporte cultural, social y político de practicar la violencia como una forma de *hacer* la vida. Complementariamente, Pierre Bourdieu con su acepción teórica de *creencia incorporada*, nos permitirá proyectar una mayor perspectiva frente a la concepción y tratamiento del cuerpo como sustancia, pero también como forma.

c) Pierre Bourdieu: la teoría de la *creencia incorporada*

Finalmente y según lo expuesto, el concepto de *creencia incorporada* recoge las premisas de

Merleau-Ponty y Mauss, en la medida en que retoma la categoría “cuerpo” como objeto de percepción (sentido) y como objeto de técnicas corporales (prácticas); no obstante, Bourdieu agrega a la *percepción* y a las *técnicas corporales* la noción de *creencia* que, según el autor, permite que el cuerpo sea un *depósito* de valores sociales que pueden ser activados de manera “casi” inconciente por el individuo a partir de estímulos exteriores que correspondan con las lógicas incorporadas.

De otra parte, la categoría “cuerpo” como elemento constitutivo del *campo* es asumida como un portador de saberes que continuamente se entremezclan y reproducen, y también como espacio de *marcaje* de la institucionalización de un individuo. Debido a la *corporeidad* y a la *incorporación*, los *habitus* tienen la facultad de ser estructuras generadoras de prácticas. Sin embargo, la *incorporación* obedece a un proceso de “instrucción” que parte de una “necesidad social vuelta naturaleza”, es decir, de cómo los *habitus* son tomados como parte genética del individuo, no tanto porque se inscriban en sus códigos biológicos, sino por el temprano aprestamiento a los mismos. En segundo lugar, se *incorpora* lo que es socialmente aceptado, puesto que el cuerpo y su disposición tienen interés social en la medida en que obedecen al orden que puede ser evocado a través de las prácticas en un momento dado; finalmente, hay un sentido incorporado cuando este hace parte de la práctica cotidiana, según Bourdieu, “como un autómeta “que lleva el *espíritu* sin que él piense en ello””, un sinsentido que hace que la práctica tenga más sentido que lo que de ella se sepa comúnmente.

Partiendo de este presupuesto y retomando las posturas de Merleau-Ponty y Mauss, se vuelve al análisis de cómo el cuerpo pasa de ser objeto de prácticas violentas a incorporarlas. Por esto, en el próximo apartado se hará referencia a las observaciones y entrevistas que se llevaron a cabo en los años 2008 y 2009 en los municipios

colombianos de Marsella (Risaralda) y Trujillo (Valle), de tal forma que a partir de los resultados etnográficos se pueda dar cuenta de dicho fenómeno.

La incorporación de la violencia a partir de la violencia sobre “los otros”

El conflicto colombiano ha dado lugar a varias clasificaciones de hechos violentos que se ejecutan sobre el cuerpo de los individuos (asesinatos, masacres, torturas, desaparición forzada, secuestro, entre otras). A finales de los años 80 y principios de los 90, como consecuencia de enfrentamientos entre bandas del narcotráfico, paramilitares y fuerzas del Estado, tuvo lugar en el municipio de Trujillo (Valle) una serie de asesinatos selectivos y prolongados en el tiempo. Como una de las prácticas violentas que caracterizan el conflicto colombiano, los cuerpos que resultaron de dichos crímenes eran arrojados a las aguas del río Cauca con el objeto mismo de borrar toda evidencia. Por cuestiones geográficas, kilómetros más adelante de la zona donde eran arrojados los cuerpos, una formación natural denominada remanso, generaba que dichos cuerpos no siguieran la inercia del río sino que quedaran aposados cerca de una vereda del municipio de Marsella (Risaralda) llamada Beltrán.

En un principio estos cuerpos fueron asumidos por dicho municipio en su dimensión legal (al ser registrados en las estadísticas de mortalidad) y en su dimensión cultural (siendo sepultados en el cementerio de la población); sin embargo, las problemáticas surgidas y la continua aparición de cuerpos aposados, aún hoy, han generado aparentemente una actitud de indiferencia frente a dichos cuerpos en los habitantes y las autoridades, hasta tal punto que los dejan pasar o los empujan para que sigan el curso del río. Esta situación es la que cuestiona sobre el paso de una violencia objetivada en un cuerpo a una violencia incorporada; sin embargo, y retomando a Bourdieu, para que una práctica sea incorporada

debe cumplir con una serie de condiciones. Se trata entonces de presentar algunas narraciones obtenidas mediante entrevistas con habitantes de los municipios ya mencionados, que den cuenta de si es posible o no hablar de violencia incorporada.

En primer lugar, “todos los esquemas de percepción y de apreciación en los que el grupo deposita sus estructuras fundamentales y los esquemas de expresión gracias a los cuales les asegura un principio de objetivación y, por ende, un refuerzo, se interponen desde el origen entre el individuo y su cuerpo” (6). En este sentido, los actos violentos generan un grado tal de desestructuración que, aunque no se incorporen desde el “inicio”, tienen el poder de generar en un tiempo reducido un cambio en las lógicas establecidas.

Mi historia más o menos es del año 80, año 85. En ese momento yo era Inspector de Policía en una zona que se llama Beltrán, donde hay una formación natural que el río tiene, que de esas cosas cuando hay verano, ahí tiende a quedarse todo cuerpo o basura que traiga el río, entonces por ese momento, el río descargaba una cantidad de personas muertas violentamente, las cuales venían a parar al cementerio de Marsella y que el 90% quedaron como NN. (Entrevista en campo. Marsella, 2008).

En la expresión “ahí tiende a quedarse todo cuerpo o basura que traiga el río” se evidencia una *percepción* del cuerpo como cosa; sin embargo, siguiendo el sentido de la narración cuando se refiere al desbordamiento del fenómeno “el río descargaba una cantidad de personas muertas violentamente”, es posible ver cómo esta “cosificación” del cuerpo se da por un malestar social frente a los cuerpos que en un principio fueron *percibidos* como personas, lo cual se refleja en la disposición de estos en el cementerio

del municipio y el tratamiento legista dispuesto para estos casos. Pero debido a la magnitud de la problemática que generó una estigmatización de la población marsellesa, dicha percepción fue modificada paulatinamente y a tales cuerpos se los despojó de las propiedades que los ubicaban en la categoría de “personas”. Y es que el hecho de ser “cuerpos ajenos” enajenan también las *técnicas corporales* o prácticas dispuestas para el tratamiento de los muertos.

Cuando habían tantos [cuerpos] los traían y los dejaban en la parte de abajo [del cementerio] y muchas veces era la misma policía. Lo que les interesaba era llegar en los carros, los traían en la volquetas del municipio..., los traían y los montaban dentro de la volqueta encima de unas hojas de plátano y bajaban esas hojas de plátano y las tiraban al lado de la puerta [del cementerio], lavaban la volqueta y dejaban esa agua-sangre ahí. (Entrevista de campo. Marsella, 2008).

A partir de estas intervenciones se puede percibir cómo cambia la actitud de los habitantes de Marsella frente a la muerte, a pesar de que las prácticas rituales y funerarias estuvieran establecidas con anterioridad. Asimismo, se evidencia una nueva forma de percibir la muerte y el cuerpo muerto al decir, por ejemplo, “(...) los traían y los montaban dentro de la volqueta encima de una hojas de plátano (...)”; en este sentido, el cuerpo se vuelve cosa y, por tanto, la violencia vivida se incorpora, puesto que las prácticas de la vida cotidiana dan cuenta de que deben “cumplirse más allá de la conciencia y de la expresión, y por lo tanto de la distancia reflexiva que ellas suponen” (6).

De otra parte, y retomando los presupuestos maussianos en torno a la técnica corporal, la incorporación de la violencia, para referirnos a

las percepciones de las poblaciones estudiadas, denota un acomplamiento que se lleva a cabo como estrategia individual y social, en la que paradójicamente la institucionalidad legítima y reproduce lo “ilegal”, en respuesta a un fenómeno coyuntural que supera lo establecido frente a las representaciones del conflicto y la muerte.

Fueron muchos [cuerpos] en mi época, yo en cuatro años pude haber hecho trescientos y pico levantamientos, para mí, pues, fuera de los [cuerpos] que se empujaron, por el problema que había, por temor, por miedo a las cuestiones legales con los jueces, la primer pregunta que hacían es usted cómo lo encontró, dónde lo encontró, por qué lo encontró, entonces se juzgaba a una persona casi como si fuera parte del mismo delito y los pescadores empezaron a tener ese temor, ese miedo, entonces más bien no denunciaban y lo que hacían era empujar [los cuerpos], y se empujaban, o sea de los que se sacaron yo creo que a los que se empujaron eso es casi el doble de la población que se sacó en esa época y eso es solo aquí, falta ver todo el territorio nacional el indicador tan grande que pueda tener de desaparecidos y NN que hay hoy, que no aparecen. (Entrevista de campo, Marsella, 2008)

En esta medida, decir “(...)entonces más bien no denunciaban y lo que hacían era empujar (...)” remite a lo que explica Mauss sobre la adaptación a las situaciones que recaen sobre la corporalidad. “La adaptación constante a una finalidad física, mecánica y química está seguida de una serie de actos de acoplamiento, acoplamiento que se lleva a cabo en el individuo no por él solo, sino con ayuda de la educación, de la sociedad, de las que forma parte y del lugar que ocupa en ella” (5).

Para la población marsellesa la transformación de las prácticas funerarias con los muertos anónimos caracteriza una forma de proceder que, aunque no fue instruida, sí fue propiciada por el *campo* donde se desarrolla.

Prácticas como empujar los cuerpos o tener temor de volver al lugar por la percepción y estigma a los que fue sometida una población, y escuchar en una narración relaciones como “(...)ver niños que ya son unos adultos que les tocó ver a su mamá asesinarla y nunca más volver a Trujillo y todavía con temor de volver a Trujillo y arriesgarse” (Entrevista trabajo de campo, Trujillo, 2009), evidencian una sucesión de hechos violentos sobre el cuerpo que pueden considerarse como cotidianos en la medida en que se reproducen constantemente. Esto, sumado a expresiones como “(...) ya no recogemos los cuerpos, la gente los empuja (...)” o “(...) con miedo, la gente asume que nosotros andamos armados, en botas, camuflados (...)”, demuestra que la violencia sobre el cuerpo —retomando el caso de Marsella— se ha incorporado hasta el punto de negar la vivencia del conflicto colombiano y desconocer la presencia y permanencia de la evidencia más contundente de la violencia: los cuerpos anónimos.

CONCLUSIÓN

La intencionalidad de realizar un artículo en el que se discuta teóricamente la transición de los hechos violentos sobre el cuerpo, de un *estado de ser* a un *estado de creer*, se inspira en las actuales discusiones que se vienen desarrollando sobre cómo asumir el proceso de postconflicto en Colombia.¹ Si bien es cierto que etimológicamente el término postconflicto evoca un “después de”, esto no implica en sí mismo una “ausencia de”;

¹ Esta discusión da origen al proyecto “Escenarios de Postconflicto en Colombia 2005-2010. Estudio de las representaciones culturales e implicaciones sociales en municipios tipo”. Investigación en curso liderada por el Instituto de Investigaciones en Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad de Caldas.

partiendo de ello, se asume que en la concepción y la práctica se desarrolla el verdadero significado del término. De esta manera la configuración del postconflicto en Colombia, más allá de resolverse en el simple análisis de las raíces de la palabra, debe complejizarse en torno a qué prácticas permiten o no caracterizarlo. Así, los ejemplos etnográficos retomados en este artículo nos ubican en unas prácticas específicas que denotan algunas formas de “vivir” ese “después de” o esa transversalidad que marca, más que una ausencia de conflicto, una intersección; pero sin el predominio de la agudeza del conflicto armado.

Sin embargo, proponer que en Colombia la violencia se ha incorporado, produce otro nivel de análisis del conflicto en cuanto a la relación víctima-victimario, en la que, tal como se muestra a lo largo del texto, la víctima también puede adoptar prácticas de victimario y generar un enfrentamiento de los roles dentro del conflicto, que pueden verse en muchos casos como síntoma de un “post”. Y es que la violencia, además de las consecuencias económicas, políticas y sociales que implica, reconfigura el sentido de humanidad de los individuos en la medida en que generan nuevas éticas y valores que determinan el vivir en el mundo, porque, retomando los análisis de Hannah Arendt, “es sin duda posible crear condiciones bajo las cuales los hombres sean deshumanizados —tales como los campos de concentración, la tortura y el hambre... [el secuestro, la masacre, la desaparición forzada]... y bajo tales condiciones, el más claro signo de deshumanización no es la rabia ni la violencia sino la evidente ausencia de ambas” (7). No obstante, que un individuo o una población se muestre indolente frente a “cuerpos anónimos”, torturas, secuestros, masacres, etc., más que una deshumanización, es una humanización de la violencia a través de su incorporación.

De otra parte, Murguena hace hincapié en ver, precisamente, cómo hemos sido capaces no solo de vivir la violencia, sino también de

potencializarla y capitalizarla: “aún si éticamente hay que tomar partido por las víctimas, ello *no* nos autoriza a *identificarnos*² con las víctimas como si solo fuéramos capaces de padecer la violencia histórica y no también ejecutarla” (8). Y es que situarse en uno u otro rol tiene que ver, en gran medida, con la imposibilidad social, política y cultural que se tiene de reconocer que superar el conflicto no solo es un proceso para la víctimas, sino también para los victimarios, y cómo las prácticas de la guerra y el conflicto han hecho que en determinados casos seamos los unos o los otros. Además, el afán académico y político, y en algunos casos hasta institucional, de ponernos a menudo en “el lugar del otro” (9), imposibilita su vital existencia, negándonos con ella a tener “con quien conversar”, esto es, a “verlo allí” en su actuar, en su vivencia.

No en vano Vincenç Fisas asume que para construir la paz “deberíamos entender también cómo operan los mecanismos y procesos de construcción de imágenes del enemigo, el maniqueísmo de pensar que nosotros siempre somos los buenos y los malos siempre son los demás, la tendencia a reducir, simplificar o generalizar las cosas (el Islam, Occidente, Oriente, los árabes, los cristianos, el Norte y el Sur [la guerrilla, los paramilitares, el Estado]...), sin matizar, personalizar, o concretar las diferencias y los tonos”. Todo esto tiene que ver con el fatalismo y la transmisión del oído y la venganza de parámetros bajo el paraguas de que son demonios, herejes, proscritos, malvados o perversos. Y ello dificulta enormemente comprender el contexto de las cosas y la historia que las precede (10).

Finalmente, si la violencia en Colombia se ha incorporado en los individuos y la sociedad, ¿seguirá siendo útil seguir planteando el postconflicto colombiano a partir de las clásicas teorías? Para un conflicto armado con las características del colombiano, ¿será pertinente analizar sus formas de superación a partir de modelos construidos

² Las cursivas son del texto original.

para otras violencias? En Colombia, al igual que las variables del conflicto han desbordado todas las conceptualizaciones de este, el postconflicto por consecuencia tendrá que ser abordado a partir de muchas más dimensiones que las propuestas hasta ahora, puesto que “el peligro de la violencia, aunque se mueva conscientemente dentro de un marco no violento de objetivos a corto plazo, será siempre el de que los medios superen al fin. Si los fines no se obtienen rápidamente, el resultado no será solo una derrota sino la introducción de la práctica de la violencia en todo el cuerpo político” (7), y evidentemente en Colombia la violencia como medio superó sus fines.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco al Grupo de Investigación Territorialidades y al Instituto de Investigaciones en Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad de Caldas, por brindarme el espacio y los recursos necesarios para llevar a cabo la investigación marco, y muy especialmente a su directora Béatriz Nates Cruz, quien decididamente impulsó la concepción y escritura de este artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Merleau-Ponty M. *Fenomenology of perception*. New York: Routledge & Kegan Paul; 2002.
2. Bauman Z. *Holocausto y Modernidad*. Madrid: Ediciones Sequitur; 1997.
3. El oficio de matar. [Informe especial] *Rev Semana* [serie en línea] 2007 Dic [citado 2010 Oct 10]. Disponible en URL: <http://www.semana.com/noticias-especiales/oficio-matar/108229.aspx>
4. Grupo de Memoria Histórica. *La masacre de El Salado. Esa guerra no era nuestra*. Bogotá D.C.: CNRR; 2009.
5. Mauss M. *Sociología y Antropología*. Madrid: Tecnos; 1979.
6. Bourdieu P. *El sentido práctico*. Buenos Aires: Siglo XXI; 2007.
7. Arendt H. *Sobre la violencia*. Madrid: Alianza; 2005.
8. Muguerza J. La no-violencia como utopía. En: Mardones JM, Reyes M, compiladores. *La ética ante las víctimas*. Barcelona: Anthropos; 2003. p.11-26.
9. Nates Cruz B. Cartografía semiótica y conflicto. En: Segovia J, Nates Cruz B, compiladoras *Territorios, Identidades y Violencias*. Colombia: Editorial Universidad de Caldas; 2001. p. 281-309.
10. Fisas V. *La paz es posible. Una agenda para la paz del siglo XXI*. Barcelona: Plaza & Janés; 2002.



Artículos de Revisión

EL CUIDADO EN ENFERMERÍA, PERSPECTIVA FENOMENOLÓGICA

Consuelo Vélez Álvarez*
José Hoover Vanegas García**

Recibido en septiembre 15 de 2011, aceptado en octubre 27 de 2011

Resumen

Objetivo: Profundizar en la revisión teórica y conceptual del cuidado en enfermería bajo un análisis fenomenológico. **Metodología:** Revisión de artículos publicados en diferentes bases de datos especializadas (Lilacs, proquest, hinary, sciencedirect, e-libro, medline) utilizando palabras clave: cuidado, enfermería, conocimiento, epistemología, autocuidado, humanización y analizando productos de expertos en la temática para profundizar en su abordaje. **Resultados:** El cuidado tiene su origen en el sujeto mismo, pero no solo como instinto sino como reconocimiento de la propia existencia, el conocerse a sí mismo; entre más se conoce el sujeto más grande es su actitud de cuidado, el cuidado como objeto de estudio de la enfermería busca profundizar en mejorar la calidad de vida de cada persona, más allá del ejercicio profesional. **Conclusiones:** Al profundizar en el análisis del cuidado en enfermería el abordaje fenomenológico permite reencontrar la categoría de cuerpo donde éste debe convertirse en escenario de cuidado para el profesional en enfermería, pues a través de él se develan muchas realidades de quien necesita ser cuidado.

Palabras clave

Enfermería, atención de enfermería, conocimiento, humanización de la atención, autocuidado (*Fuente: DeCS, BIREME*).

* Enfermera, Ph.D. en Salud Pública. Universidad de Caldas, Departamento de Salud Pública, Grupo Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad. Manizales, Colombia. Correo Electrónico: consuelo.velez@ucaldas.edu.co.

** Filósofo, Ph. D. en Filosofía. Universidad Autónoma de Manizales, Departamento de Ciencias Humanas, Grupo de investigación Ética y política y Grupo de investigación Cuerpo Movimiento. Miembro de CLAFEN Circulo Latinoamericano de fenomenología. Manizales, Colombia. Correo Electrónico: hovg@autonoma.edu.co.

NURSING CARE, PHENOMENOLOGICAL PERSPECTIVE

Abstract

Objective: To study in depth the theoretical and conceptual review of nursery care under the light of a phenomenological analysis. **Methodology:** Review of articles published in different specialized data bases (Lilacs, Porquest, Hinary, Sciencedirect, e-libro, Medline) using keywords: care, nursing, knowledge, epistemology, self-care, humanization; and analyzing products by experts in the topic in order to study in depth the way they approach them. **Results:** Care has its origin in the individual himself not only as an instinct but also as recognition of his own existence, as self knowledge; the more the individual knows himself, the greater his care attitude is. Care, as the object of study in nursing tries to find improvement in each person's life quality beyond the professional practice. **Conclusions:** When going deeper into the analysis of care in nursing, the phenomenological approach allows finding again the body category which must become a care setting for the nursing professional since, through it, many realities of those needing to be taken care of end up being uncovered.

Key words

Nursing, nursing attention, knowledge, humanization of attention, self care (*Source: MeSH, NLM*).

O CUIDADO EM ENFERMAGEM, PERSPEVTIVA FENOMENOLOGICA

Resumo

Objetivo: Aprofundar na revisão teórica e conceptual do cuidado em enfermagem baixo um analise fenomenológico **Metodologia:** Revisão de artigos publicados em diferentes bases de dados especializadas Lilacs, proquest, hinary, sciencedirect, e-livro, medline) utilizando palavras chave: cuidado, enfermagem, conhecimento, epistemologia, autocuidado, humanização e analisando produtos de expertos na temática para aprofundar no seu abordagem. **Resultados:** O cuidado tem sua origem no sujeito mesmo, mas não só como instinto pelo contrario como reconhecimento da própria existência, o reconhecer-se assim mesmo; entre mais se conhece ao sujeito mais grande é sua atitude de cuidado, como objeto de estudo da enfermagem, procura aprofundar em melhorar a qualidade de vida de cada pessoa, mais lá do exercício profissional. **Conclusões:** Ao aprofundar no analise do cuidado em enfermagem o abordagem fenomenológico permite reencontrar a categoria de corpo onde este deve converter se em cenário de cuidado para o profissional em enfermagem pois a través de ele descobre muitas realidades de quem precisa ser cuidado.

Palavras chave

Enfermagem, atenção de enfermagem, conhecimento, humanização da atenção, autocuidado (*Fonte: DeCS, BIREME*).

INTRODUCCIÓN

Todo ser vivo en general y todo ser humano en particular buscan la felicidad, el placer, el bienestar y le huyen a la tristeza, el sufrimiento y el dolor. Si aceptamos este principio, que tiene su fuente de validez en la experiencia común, entonces tenemos que afirmar que los seres vivos no nacen en el bienestar ni en el dolor, no tienen como naturaleza ni la felicidad ni el placer, como tampoco tienen por escenario nativo el sufrimiento o la tristeza. No obstante, no poseer estas “cualidades” o estas “debilidades” no significa que no se las pueda tener; el ser de los seres vivos se manifiesta en el estar en “estado abierto”, como “tendencia” siempre a estar diferente a como está inicialmente. Este cometario es desafortunado, ya que la base es lo biológico y este no es el tema en cuestión.

El estar vivo es un flujo que lleva una dirección que está determinada en sus bases genéticas. Seguir estando vivo es quizá la primera manera que tiene lo vivo de luchar por su existencia. Así, todo lo que tiene existencia viva, desde el primer momento, lucha por permanecer de esta manera. Esta lucha de todo cuerpo vivo tiene repercusión filogenética, es lo que primigeniamente podemos llamar conservación. En el ser humano consciente se denomina autocuidado, o mejor cuidado, por enriquecerse con la solicitud atenta, prospectiva y diligente propia de un ser libre.

Esta condición primitiva de los seres vivos en general se conserva intacta en los seres humanos, exceptuando a los suicidas. Existe un ímpetu que surge de lo más profundo de cada ser, por seguir conservando la vida: alimentar-se, asearse, peinar-se, amar-se, recordar-se; y todos los verbos que tienen implícito este pronombre cuasi reflejo “se” lleva en sus entrañas el autocuidado, la autorreferencia, ya que implica un volver sobre uno mismo.

El instinto de conservación de los seres vivos más evolucionados y el cuidado en el ser humano son

un acto ontológico que se origina en la naturaleza misma de los seres vivos, pero que se consume en el mundo de los actos. Los seres humanos, particularmente, nacen con dotes pero también con fallas, como afirma Ortega y Gasset cuando habla de la naturaleza filosófica del hombre: “Este obliga sin remisión ni escape, a reconocer que la verdadera naturaleza del hombre es más amplia y que consiste en tener dotes pero también en tener fallas. El hombre se compone de lo que tiene “y de lo que le falta” (1,2).

Para el caso de los seres humanos, además del cuidado en sentido natural, su condición intelectual hace que estén atravesados por la conciencia, por la capacidad que tienen las personas de volver sobre ellas mismas, y esto significa que además de cuidar-se saben que dirigirse hacia el bienestar, alejarse más del dolor y del sufrimiento constituye uno de los caminos esenciales de las personas. Ahora bien, el cuidado no solo es una actitud intrínseca de los seres humanos, sino un conjunto de actos conscientes del sujeto mismo que habita en las circunstancias, pero también es una labor que los profesionales en salud cultivan como producto de su profesión misma; es el caso de la enfermería, que ha adoptado el cuidado como objeto de reflexión y de trabajo. El cuerpo tiene sus propios mecanismos de conservación, lo que hace la humanidad, y las tecnologías “medicas” amplifican estos mecanismos naturales del cuerpo. En este mismo sentido, el cuidado en enfermería debe convertirse en un espacio de reflexión, humanización y acercamiento a la persona que requiere el cuidado.

Bajo este panorama, esta reflexión pretende revelar el sentido del cuidado humano consciente y el papel de la enfermería en este proceso. Para lograr este propósito se recurre a las teorías fenomenológicas de Heidegger, la propuesta de Levinas y Foucault, entre otros. Además, se desarrollan cuatro frentes: primero, una aproximación al concepto de cuidado; segundo, el cuerpo como sede del cuidado; tercero, el cuidado en el rostro del otro, y cuarto, algunas relaciones entre el cuidado y la enfermería (3).

METODOLOGÍA

Se realizó búsqueda de artículos científicos publicados entre el año 2000 y 2010 en las siguientes bases de datos: Proquest, Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS), Ovid, Hinary y Medline, e-libro y ScienceDirect, utilizando palabras clave como: enfermería, atención en enfermería, conocimiento, humanización de la atención y autocuidado. No fueron incluidos para la revisión los artículos y libros publicados en idiomas diferentes al inglés, español y portugués, así como artículos y libros de literatura gris.

1. Aproximación al concepto de cuidado

El término *cuidado* evoca muchos vocablos, tales como lo enuncia el diccionario de la Real Academia Española, entre ellos tenemos: asistir, conservar, cautela, amenaza, intranquilidad, advertencia en proximidad de peligro o la contingencia de caer en error, vivir con advertencia respecto de una cosa, atención, solicitud, guardar, preocuparse, prestar atención a algo o a alguien. Cada uno de estos conceptos se dirige a la *inquietud* de los seres humanos por mantenerse y mantener a otros en un estado “normal” o mejor de lo que existe en ellos, su vida misma. El cuidado, entonces, es un término que tiene su significación en el ser mismo de los seres, como ímpetu que surge de la existencia; es la alerta de la existencia en procura de la *tranquilidad*¹ en todo estado de armonía entre el ser humano y el mundo en-torno que nos asecha en cada momento. La tranquilidad es el objetivo que impulsa el cuidado de sí; de este modo lo vio Séneca en el siglo I: “Buscamos, pues, de qué modo podrá el alma caminar con paso igual y feliz, cómo podrá permanecer de acuerdo consigo misma, contemplando con alegría sus cualidades, sin que este gozo se interrumpa, sino al contrario,

¹ Sobre el concepto de tranquilidad se puede consultar el texto de Séneca: *Sobre la brevedad de la vida*; el de Foucault: *Las tecnologías de yo*, y el libro de José Hoover Vanegas: *Ética la mejor forma de ser hipócritas*, sobre todo el último capítulo que se denomina precisamente “Aproximación al concepto de tranquilidad”.

conservando su placidez, sin exaltarse, no deprimirse nunca: esto será la tranquilidad” (4,5).

Ahora bien, si el ser humano tiene una actitud de inquietud es porque hay amenazas, peligros, no solo en el mundo externo sino en el mundo interno, es decir, en las existencias exteriores al sujeto y en las inclinaciones mismas del ser humano, en el mundo de lo percibido y en el pensamiento del sí mismo. El mundo externo se brinda al sujeto con múltiples peligros, el moverse mismo no solo es una actividad del ser humano, sino que los lugares en donde se mueve le pueden generar riesgos que lo diezmen; lo mismo sucede con el hacer, las actividades que involucran el trabajo, la diversión, la lúdica, la recreación. El estudio mismo es una acción que puede conducir a las personas a reducir su existencia; esto mismo puede suceder con el estar, los sitios pueden generar peligro como los ambientes no aptos para el ser humano, el agua, el aire o el mundo externo a la tierra.

Sin embargo, más que el hacer y el estar, es la voluntad de los seres humanos la que los impulsa a un bien ser, el cual está siempre en vigilancia, inicialmente, por el sujeto mismo y, en una segunda instancia, por otros (aquí entran los profesionales en salud, para el cuerpo y la religión para el alma). La voluntad² no existe fuera de los seres humanos, sino en ellos. Hace parte del mundo íntimo, de los pensamientos, de cada sujeto en el mundo, es el hablar del sujeto consigo mismo. No obstante, no solo la voluntad es responsable del concepto en cuestión, aun cuando se pueda considerar uno de los más importantes, el mundo de la subjetividad, incluyendo valores, creencias, sentimientos, conocimientos, entre otros, sino que también se constituye en el motor del cuidado. El cuidado es

² No es este el momento de tematizar el concepto de “voluntad”; sin embargo, este es un término clave en el desarrollo del cuidado y, en general, de todas las ciencias normativas; lo que sí es cierto es que no es solo un problema del pensamiento, sino de los sentimientos, los valores, las creencias, entre otros. De tal manera que desarrollar este término implicaría otra investigación. No obstante, para mirar la voluntad con más detenimiento se puede acudir al libro de Arthur Schopenhauer *La libertad*, y a los textos de Nietzsche *Más allá del bien y del mal*, la *Voluntad de poderío* y la *Genealogía de la moral*.

pensar, poner atención, mostrar interés, revelar una actitud de desvelo y hasta de preocupación por el otro en una relación de involucimiento y afectividad (6).

Pensamiento y cuidado parecen tener una relación directa, es más, parece —y esto es una hipótesis— que el cuidado como la capacidad que tiene el ser humano de volver sobre sí mismo para evaluar su ser, su hacer y su estar, y aun su tener, impulsa o da a las personas el contenido del pensamiento mismo, ya que son actos que involucran al ser humano en su propia intimidad corporal y anímica. No en vano el término latino *cogitatus* se utiliza tanto para referirse al cuidado como para significar el proceso de pensamiento. En cuanto al griego, la expresión que más se aproxima es *επιμέλεια* (*Epimeleia*), que se ha traducido como *cuidado*, *solicitud*, *atención*, de aquí aparece la palabra *επιμελεοναι* (*Epimeleonai*) que se traduce también como cuidado y como pre-ocupación, y la voz *επιμελησ* que se traduce como atento, atención o *επιμελητησ* que se traduce como tener a su cargo, encargado, también aparece la palabra *επιμενα*, que ha pasado al español como quejarse de o por causa de... Estos vocablos griegos dan una idea más completa de lo que significa cuidado, ya que no solo invoca la situación del ser humano corporal, sino la labor de los cuidadores. En este sentido Foucault nos recuerda el sentido de la voz griega (7):

El término *epimeleia* no designa simplemente una preocupación, sino todo un conjunto de ocupaciones, es de *epimeleia*, de lo que se habla para designar las actividades del amo de casa, las tareas del príncipe que vela por sus súbditos, los cuidados que deben dedicarse a un enfermo o a un herido, o también los deberes que se consagran a los dioses o a los muertos. Respecto de uno mismo, igualmente, la *epimeleia* implica un trabajo.

Otros conceptos que aparecen tanto en el español como el latín y en el griego son la preocupación, la vigilancia y la atención; estos conceptos están directamente relacionados con el cuidado. La preocupación implica un adelantarse en el tiempo a los acontecimientos, pero es un adelantarse fantasmagórico, puesto que lo que no ha sucedido solo tiene existencia como pronóstico, solo habita en el escenario de la espera. Sin embargo, la pre-ocupación no es un pensamiento negativo, aunque es cierto que genera intranquilidad, y el ocuparse por adelantado de lo que va a suceder es una labor de los seres humanos en general, pero de la enfermería en particular; todo ser humano piensa en lo que va a acontecer después, pero en la labor del cuidar se prepara para el después, como lo veremos más adelante. La pre-paración es precisamente uno de los elementos ontológicos que se generan a partir de la pre-ocupación, el ser humano se pre-para para lo no acontecido, toma dispositivos, hace planes a fin de estar listo para el azar que constituye la incertidumbre del futuro. En este sentido afirma Levinas: “El ocuparse de las cosas y de las necesidades sería una caída, una huida ante la finalidad última que implican esas mismas necesidades, una inconsecuencia, una no-verdad, cierta fatal, pero que lleva el estigma de lo inferior y de lo reprobable” (8).

La pre-ocupación consiste en huir de uno mismo para verse en el futuro de acuerdo con el cuidado que brota del presente como perspectiva de futuro. En el escenario del cuidado también aparece el término “vigilar”³; la vigilancia en tanto el poder que tiene el ser humano de estar atento de sí mismo y de los otros en coherencia con las circunstancias. En este sentido, “Todo ser humano vive en guardia frente a sí mismo, vive abierto a su propia existencia pendiente de seleccionar entre aquello que le perturbe el alma y aquello que nutre la misma” (9). El vigilar es una constante del sujeto en relación con el mundo que lo rodea, siempre estamos alerta frente aquello que puede dañar al

³ Este concepto lo desarrolla Foucault, tanto desde la historia como desde la actualidad —en la época del autor—, en el libro *Vigilar y Castigar. Nacimiento de la prisión*.

ser humano tanto corporal como anímicamente; por ello, entre cuidado y vigilancia hay una relación bilateral, la primera es consecuencia de la segunda, mientras que la segunda alerta el cuerpo con el fin del cuidado. La existencia misma es estar en postura de vigilancia, la existencia es la guardiana del cuerpo y del alma, como preámbulo del cuidado.

Entre el cuidado y la vigilancia existe la atención, que es el otro concepto que se deriva etimológicamente de la *epimeleía* griega en tanto cuidado. A-tender es la manera como la intencionalidad del cuidado se refleja en la corporalidad, es la forma como los sujetos se extienden sobre los otros para intervenir el cuerpo ajeno, para el acto del cuidado de las personas. Los profesionales en enfermería atienden a sus pacientes, pero este concepto se amplifica a todos los escenarios de la vida cotidiana; por ejemplo: el comerciante a-tiende a sus clientes, el profesor a-tiende a sus estudiantes, el cura a-tiende sus feligreses. Sin embargo, en todos los escenarios la atención es la acción que actualiza el cuidado. Pero esto se ve con mayor significado en la enfermería, en donde el cuidado corporal y anímico es fundamental en los actos mismos de la salud.

El cuidado tiene su génesis en la subjetividad humana, y se consolida a partir de la intersubjetividad como acto que regresa al ser humano mismo o que trasciende a otras personas. De esta manera, el cuidado tiene su origen en el sujeto mismo, pero no solo como instinto sino como reconocimiento de la propia existencia, el conocerse de sí mismo; entre más se conoce el sujeto a sí mismo más grande es su actitud de cuidado, existe una relación directa entre el conocer y el cuidado, como afirma Foucault en las tecnologías del yo: “El cuidado de sí consiste en el conocimiento de sí. El conocerse a sí mismo se convierte en el objeto de la búsqueda del cuidado de sí”. En este sentido, el cuidado es un problema de la existencia con el existir mismo, como lo afirma Levinas en *El tiempo del otro*: “Cualquiera

que sea el obstáculo que la existencia ofrece al existente y la impotencia del existente, el existente es dueño de su existencia” (8,10,11).

2. El cuerpo como escenario del cuidado

El cuerpo es el límite material del sujeto individualizado, es lo que separa al sujeto de los otros y de lo otro, ser es ser corporal en el mundo de la percepción, es a partir del cuerpo que el sujeto se revela al mundo de la naturaleza física, si bien el sujeto no es solo cuerpo, es el cuerpo lo que le da existencia material —cuando no psicológica y social—. Ahora bien, como lo decíamos anteriormente, el cuerpo está expuesto al mundo, no es una entidad terminada (cerrada), sino una apertura siempre en proceso; por ello, el cuerpo siempre tiende hacia... lo estable o lo inestable, lo saludable o lo patológico. En este sentido, los límites corporales se revelan al sujeto por medio de la conciencia del cuerpo como frontera entre lo que beneficia o perjudica el cuerpo mismo, y por eso el dolor y el sufrimiento son unas de las maneras como el cuerpo le habla al sujeto. De esta manera, el cuidado tiene su génesis en el cuerpo físico, en el cuerpo que acompaña al sujeto en todas sus vivencias; así, el cuerpo constituye la base de la tendencia y en esa medida es insignificante, puesto que en cada momento espera por ser significado, espera por ser simbolizado, como lo afirma Navarro (12): “El cuerpo es como raíz de lo impuro, el desmoronamiento de la diferencia, la semejanza al orden simbólico y a todo orden porque, en último término, el cuerpo, al que se le ha vestido con varios ropajes de ideas, sombríos o multicolores, en la destrucción de sí, en la corrupción de su carne, es signo de la ausencia de significado”.

El cuerpo como la sede del cuidado, aunque no solamente de esto, no solo habita el espacio y el tiempo, sino que él mismo es espacio y tiempo: el ser humano es un momento y un pedazo del mundo. El cuerpo, a diferencia de como lo piensan algunos filósofos, tales como Descartes (13), no

es una identidad independiente del mundo. El cuerpo hace parte del mundo, a pesar de las teorías antropocentristas; el cuerpo “es” mundo y como tal lo que le pasa al mundo le pasa al cuerpo y, viceversa, lo que le pasa a este le pasa al mundo; el cuerpo, entonces, se amplifica a la extensión del mundo y este, a su vez, se particulariza en el cuerpo, de tal manera que el cuidado no solo es un problema del cuerpo, sino del mundo, no solo es una actividad del sujeto individualizado por su cuerpo, sino de los sujetos y la intercorporalidad, es un sentimiento que trasciende lo individual a lo colectivo, lo privado a lo público. El cuidado, como lo hemos advertido varias veces, nace en la intimidad del los seres humanos, pero se legitima en la otredad. Transita del sentir humano a la luz de lo público, e involucra a toda la humanidad.

El cuerpo como una manera espacial “cabe” en el mundo y esta carencia implica una serie de maneras que el cuerpo tiene de ser, de estar y de hacer como ocupante de espacio y en el espacio. El cuidado se manifiesta en el cuerpo a través de la existencia espacial. El espacio mismo acecha, no observa ni positiva ni negativamente la existencia del cuerpo humano. Como lo afirma Otto Friedrich Bollnow (14): “(...) El espacio le es dado al hombre de modo bivalente, como fomentador y como frenador; más aún. Como algo que se le enfrenta exteriormente como enemigo o al menos como extraño”. En este sentido, el mundo entorno-espacial libera al ser humano corporal, pero también lo apresa, también lo frena, el espacio guía el camino del ser en el mundo y, por tal motivo, se convierte en un elemento fundamental en el cuidado.

Adaptar el espacio a las condiciones corporales de los seres humanos es una manera de cuidar, y por ello los cuerpos se abren espacio en el mundo para poder ser, para poder funcionar. El espacio, además, reducido al país, a la vecindad, a la casa, a la habitación, a la cama, son las formas que tiene el cuerpo de extenderse en el mundo, de “caber” en la infinitud del mundo. Cada uno de estos sitios constituye el cuerpo amplificado, y por eso en cada

lugar el cuerpo se protege, se ampara, los sitios le dan la seguridad de no ser dañado, esta es la labor de la casa: amparar al ser humano corporal en el mundo. De esta manera, “el cuerpo aparece así, como quien provee las coordenadas a la conciencia para que pueda ‘estar’ en el mundo” (15).

Bajo esta misma dinámica cuerpo-cuidado se tiene una relación directa con el tiempo, con el transcurrir de instantes sedimentados en la corporalidad, es más, tanto el tiempo como el espacio — inicialmente la temporalidad del cuidado a partir de la existencia del cuerpo— son el instante vivido; el cuidado es una actividad que se realiza en el presente pero que adquiere sentido en el pasado y se abre como perspectiva en el futuro. Los acontecimientos corporales del pasado se decantan en la presencia corporal como aprendizajes para el cuidado; sin embargo, el pasado deja huellas en el cuerpo, el pasado se revela en el cuerpo, el cuerpo tiene su propia memoria, memoria corporal. Por esto afirma Navarro: “El tiempo destructor abre en el cuerpo grietas, heridas, desgarramientos, signos de destrucción de todos los signos y de la humanidad que sobre ellos se construye” (12). De acuerdo con esto, el cuerpo es un testigo silencioso de los acaecimientos del pasado, pero con la posibilidad de revelarse en el presente como consecuencia de algunos de esos mismos acontecimientos. El cuidado se manifiesta en el instante presente, como un llamado del cuerpo por los acontecimientos del pasado.

Lo único que tiene existencia tangible para el cuidado corporal es el instante presente, ni lo que ha sido ni lo que será existen materialmente en el cuerpo humano; la forma de manifestarse el pasado en el cuerpo es mediante la retención de experiencias, las cuales se hacen presentes como huellas o rastros de los acontecimientos marcados en el cuerpo; de manera similar, lo por-venir se manifiesta en el cuerpo mediante la actitud de espera, no hay vestigios materiales de la existencia del futuro en el cuerpo humano, solo hay apertura hacia lo desconocido. Sin embargo, es aquí donde

cobra sentido el cuidado en el cuerpo material, en la medida en que los actos del cuidado cobran su esencia en el futuro. Tanto el pasado como el futuro se manifiestan en el cuerpo como hábitos, no como realidades tangibles, como lo afirma Bachelard (16): “Y como el pasado es solo un recuerdo y el porvenir solo una previsión, afirmaremos que pasado y porvenir no son en el fondo sino hábitos”. Los hábitos constituyen la muestra irrefutable del paso del cuerpo por el pasado, a la vez los hábitos contienen símbolos corporales que abren la perspectiva de futuro; de esta manera, el cuidado co-existe en el cuerpo de tal modo que este siempre está llamando el pasado y el futuro como elementos constitutivos del cuidado en el tiempo.

El cuidado en relación con la corporalidad humana, cuando no en todos los seres vivos, tiene su estructura en la temporalidad, puesto que es esta, en últimas, la que constituye la forma de los actos del cuidado. Cuando un sujeto corporal en el mundo conserva hábitos saludables en el pasado puede, con cierta propiedad, asegurar su calidad de vida en el presente, y cuando un sujeto se cuida en el presente puede predecir una vida mejor en el futuro. De esta manera, los acontecimientos del pasado se manifiestan en el presente y en el futuro, el cuidado se hace presente en el cuerpo humano de acuerdo con la manera como los hábitos se legitiman en el presente como apertura al futuro; esto en un sentido personal.

Pero esta misma reflexión se puede pensar en el cuidado que un sujeto X realiza con un sujeto Y; el cuidador, para el caso el profesional en enfermería, interviene en un sujeto corporal, con algunas actividades en el pasado para que en el presente el sujeto goce de calidad de vida saludable, y las acciones se realizan con perspectiva de futuro. El cuerpo del otro exige del cuidador y su tiempo, ya que el acto de cuidar exige la temporalidad, la ocurrencia de instantes en compañía con el cuidado. En algunos casos el solo hecho de compartir tiempos ya es un acto de cuidar, porque

en la compañía se dona seguridad y confianza. De esta manera, el tiempo es fundamental en el cuidado a partir de la existencia corporal del ser humano. Aquí aparece el sentido del curar, ya que es el tiempo el que muestra la normalidad del cuerpo, es devolverlo a la norma, a lo funcional, como lo afirma Canguilhem (17): “Curar significa en principio volver a llevar a la norma una función o un organismo que se ha apartado de ella”.

Cuerpo y cuidado conforman una díada que tiene sentido en la medida en que consideramos que el cuerpo es la manera como cada sujeto se individualiza, y en la medida en que consideremos que el cuerpo es una entidad abierta al mundo y por ello está expuesto a lo mejor, pero también a lo peor. Cuando consideramos que todos somos indicados, el proceso de construcción, nace el sentimiento del cuidado, ya que todos somos de lo mismo, como lo afirma Thomas Hanna (18): “Somos nosotros y yo, siempre deseando vida y siempre deseándola más abundantemente. Somos nosotros y yo, hermanos de una común envoltura membranosa, un común entorno, una común confusión y de una común oportunidad”. Aquí surge la acción del cuidar a los otros, su cuerpo es la parte física más íntima que el ser humano posee, su cuerpo es el existente humano en su dimensión material; por ello, el cuidado dirigido al cuerpo, aunque no solo a este, constituye la base del humanismo a pesar de que él también constituye una lucha por lo que él es y por lo que se le posibilita hacer en la sociedad y en la familia, como lo develan varios autores. “El cuerpo se ha convertido en el centro de una lucha entre los niños y los padres, entre el niño y las instancias de control, la sublevación del cuerpo sexual es el contra efecto de esta avanzada” (19,20,21).

3. El cuidado y el rostro del otro

Para iniciar este apartado se retoma a Lévinas, quien define el «rostro» negativamente, porque definirlo implica borrar su estatus de «rostro». Así,

la primera aproximación que hace siempre de él es negativa, “el rostro está presente en su negación a ser contenido. En este sentido no podría ser comprendido, es decir, englobado. Ni visto ni tocado” (22,23).

Si bien es cierto que el cuidado surge en la subjetividad, también es cierto que se legitima en la alteridad. El cuidado no solo es un evento que acaece en el individuo, sino que transita a los otros, el acto del cuidado se da en la interrelación de los seres humanos, es la interacción la que le da sentido a la atención, en la cual participan como mínimo dos seres humanos, existe también el autocuidado, uno que cuida denominado cuidador y otro que recibe el acto del cuidador, el ser cuidado. De esta manera, gran parte del sentido del acto de cuidar se da en el momento mismo que el sujeto se enfrenta con el otro, y este primer encuentro siempre se revela en los rostros. Lo que el ser humano expone al mundo de una manera directa es su rostro, la desnudez de su alma se releja en el rostro, no solo desde la carne, que de hecho es una de las partes más expuestas al mundo, sino como reflejo del ser mismo, tal como lo afirma Levinas en *La balsa de la medusa*: “La piel del rostro es la que se mantiene más desnuda, más desprotegida. La más desnuda, aunque con una desnudez decente. La más desprotegida también: hay en el rostro una pobreza esencial, prueba de ello es que intentamos enmascarar esa pobreza dándonos poses, conteniéndonos” (22,24,25).

La interacción en el rostro ya refleja la comunicación directa entre los seres humanos, no podemos mentir desde el rostro, este solo refleja la existencia misma de quien lo expone al mundo. En el rostro no hay contextualización, puesto que en él brota a la percepción el sentir directo de la humanidad. Así lo afirma Levinas (25): “El rostro es significación, y significación sin contexto. Quiero decir que el otro, en la rectitud de su rostro, no es un personaje en un contexto”. Ahora bien, si en el rostro se revela la intimidad de la conciencia y en la intimidad del otro existen los sentimientos,

las tristezas, las alegrías, entonces en el encuentro en los rostros se transmiten los sentimientos y en esta transferencia se transfieren las necesidades, traducidas en peticiones o en exhortaciones, cuando no en órdenes e imposiciones. Las relaciones del cuidado tienen su génesis en el encuentro en el rostro. De esta manera, en la presencia del rostro del otro resplandece un conjunto infinito de ideas que pone al interlocutor alerta frente al mundo del otro.

Así como en el rostro del otro se revelan el amor, las alegrías, las pasiones, las maldades y todo un acervo de pensamientos, también se reflejan la soledad, la angustia, los dolores y los sufrimientos; es más, en el rostro del otro siempre existen huellas de muerte. Hay entonces una relación de sufrimientos y esta es precisamente la estructura del cuidado en relación; todo rostro expresa dolor, la sola condición biológica del ser humano ya es una propensión al dolor y al sufrimiento, y este debe ser atendido por unos interlocutores, ya sea de manera empírica o de manera profesional, pero el cuidado en relación siempre existe en la medida en que haya encuentros en los rostros. En este sentido, Foucault afirma en su *Historia de la sexualidad* (7): “La cura de sí aparece pues intrínsecamente ligada a un ‘servicio de almas’ que comprende la posibilidad de un juego de intercambios con el otro y de un sistema de obligaciones recíprocas”. Así la atención, en la generación del cuidado, tiene su historia y sus recursos, desde el cuidado con las manos al uso de las piedras y de las energías, como lo afirma Le Breton (26,27):

El que cura con las manos, transmite con la imposición de las manos una energía que regenera la zona enferma y vuelve a poner al hombre en armonía con los efluvios de su entorno. El radiestesista mira el péndulo y lo pasa por el cuerpo para hacer su diagnóstico e identificar las plantas que va a darle a su paciente para curarlo. El curador

de palabra susurra una plegaria acompañada por gestos precisos y, así, cristaliza fuerzas benéficas que alivian el mal. Del mismo modo actúa el que cura a través del fuego, cuyo poder consiste en cortar el fuego de la herida y en curarla sin dejar cicatrices sobre la piel. La lista podría seguir si nombramos las fuentes de agua, las piedras, los árboles, etc. Que se supone pueden dar a quienes lo pidan una energía que les servirá para curar sus males. Todavía hoy existen muchas concepciones sociales que incluyen al hombre en el cosmos.

La relación del rostro adolorido con el rostro cuidador conforma la estructura del cuidado, ya que el dolor es la manera como el cuerpo se le revela al ser humano; es más, el dolor es la enunciación de la muerte, como lo afirma Levinas en *El tiempo y el otro* (8): “Lo patético del dolor no consiste solo en la imposibilidad de huir del existir, en el hecho de estar acorralado, sino en el terror a abandonar esta situación de luz cuya trascendencia nos anuncia la muerte”. Ahora, si todo dolor produce sufrimiento, entonces el papel del cuidador no solo consiste en atender, preocuparse y vigilar el cuerpo del otro sintetizado en el rostro ajeno, sino también en velar por el sufrimiento, del cual nos dice el mismo autor (8): “Todo mal remite al sufrimiento. Es el estancamiento de la vida y del ser, su absurdo, el lugar en donde el dolor no viene a “colorear” afectivamente —y en cierto modo inocentemente— la conciencia. El mal del dolor, su malestar, es como el estallido y la articulación más profunda del absurdo”.

En el acto de cuidar con relación a los rostros existe el contacto, el fundir los límites de la piel, el contacto implica intervención en el cuerpo del otro, implica involucrarse en el ser del otro a partir de compartir los sentimientos reflejados en el rostro. El otro se dispone a recibir el cuerpo del cuidador, que más que una agresión del contacto

debe hacer una caricia con el mismo, la caricia entendida como lo afirma Levinas en *El tiempo y el otro* (8): “La caricia es un modo de ser del sujeto en el que el sujeto, por el contacto con otro, va más allá de ese contacto. El contacto en cuanto sensación forma parte del mundo de la luz. Pero lo acariciado, propiamente hablando no se toca. No es la suavidad o el calor de la mano que se da en el contacto lo que busca la caricia”. De esta manera, el cuidado debe estar rebotante de caricias, en tanto el amor del sí mismo por el cuidado del otro, del otro que decir, de su sufrimiento a través del rostro.

Pensamiento, conocimiento, pre-ocupación, vigilancia y atención se funden en el cuidado del otro que le habla por medio de su cuerpo, que le expresa el dolor y el sufrimiento a que lo expone el mundo de la vida, el llamado de la existencia cobra valor en la medida en que el cuerpo se revela al sujeto, pero el sujeto se manifiesta con sufrimiento. En este escenario aparece el cuidado y por ello el cuidador, que como otro ser humano está expuesto a los mismos devenires a que se expone en su labor, también es un ser que en la dinámica de la vida puede ser cuidado. Esto lo tiene implícito la enfermería y, por ello, más que implicarse en un cuerpo extraño, el papel del cuidador en los actos interactivos de los rostros trasciende los límites del cuerpo para cincelar el cuidado del alma; en este sentido, una de las bases del acto del cuidar es la conciencia del sufrimiento. Sobre ello afirma Lévinas (8): “En el sufrimiento se produce la ausencia de todo refugio. Es el hecho de estar directamente expuesto al ser. Procede de la imposibilidad de huir y de retroceder. Todo el rigor del sufrimiento consiste en esa imposibilidad de distanciamiento. Supone el hecho de estar acorralado por la vida y por el ser. En este sentido el sufrimiento es la imposibilidad de la nada”.

4. El cuidado en enfermería

Hemos venido desarrollando todo lo que en esencia debe hacer reflexionar la intencionalidad

final del quehacer de la enfermería, partiendo de lo expuesto por Boff (28) en su libro *Saber cuidar*, donde plantea que la crisis generalizada que afecta a la humanidad se revela por el descuido con que se tratan las realidades más importantes de la vida. En este sentido, la ética se convierte en la posibilidad de salir de este problema, ya que esta es un elemento importante de lo humano donde la esencia radica más en el cuidado que en la razón o en la voluntad. Cuidar, más que un acto, es una actitud (29). En este mismo sentido, entre el cuidado y la enfermería deberían darse acciones transpersonales e intersubjetivas para proteger, mejorar y preservar ayudando a la persona a hallar un significado a la enfermedad, el sufrimiento, el dolor y la existencia, y ayudar a otro a adquirir autocontrol, autoconocimiento y autocuración (30,31). El cuidado transpersonal es una unión espiritual entre dos personas que trascienden “persona, tiempo, espacio e historia de vida de cada uno” (32). El cuidado trae un abordaje de entendimiento de sí y del ambiente, por medio de la relación interpersonal y de la empatía (33).

Heidegger (29,34) plantea que el cuidado, desde el punto de vista existencial, es ontológicamente anterior a toda actitud o situación del ser humano. El cuidado se encuentra en la raíz primera del ser humano y representa un modo-de-ser esencial, presente, irreductible, constituyente y base posibilitadora de la existencia humana. Habla del cuidado como anticipación, ocupación y solicitud, entendiendo que la noción de alteridad es intrínseca al mismo y que la expresión “cuidado de sí” sería una tautología (29). El cuidado surge cuando la existencia de otro adquiere importancia para mí; en consecuencia, me dispongo a participar de su existencia; es ese modo-de-ser mediante el cual salgo de mí para centrarme en el otro con desvelo y solicitud, desplazo la preocupación por mí misma y hago que el otro tome importancia para mí (35,36,37). Desde la mirada existencialista, se considera a la persona como “un ser en el mundo”, como una unidad de mente-cuerpo y espíritu, que experimenta y percibe conceptualmente el *Gestalt*,

es el *locus* de la existencia humana y el sujeto de cuidado de enfermería (38). Estas premisas deben ser un punto de partida para quienes deciden en su proyecto de vida dedicar su existencia a cuidar del otro en tanto cuidar del otro significa ver en su rostro su mundo interior y comprender que la inter-relación que inició con un contacto (caricia) puede desentrañar y producir el mejor efecto para su vida, su bien-estar en el mundo, y este momento su bienestar depende del cuidador. De este modo lo plantea Malvárez:

El cuidado incluye dos significados íntimamente ligados: el primero, la actitud de desvelo, de solicitud, de atención hacia el otro; el segundo, la preocupación, la inquietud, el involucrarse, porque supone una implicación afectiva con el otro cuya condición conmueve mi actitud y moviliza mi acción. Pero cuidar también es pensar; cuidar proviene de *cogitare* que significa pensar; este segundo significado de preocupación e inquietud se vincula con el concepto de cuidado como pensamiento en el otro. La historia del cuidado humano es tan extensa como la historia de la humanidad, sin embargo, el proceso de profesionalización del cuidado se liga a la historia de la atención de la enfermedad, más específicamente al desarrollo de las instituciones de atención médica y al de la medicina como ciencia (35).

La enfermería ha tenido a través del tiempo la responsabilidad del cuidado (39,40,41,42). Las actitudes y las prácticas de los cuidados son lo único que distingue la enfermería de las contribuciones de otras disciplinas (43).

No tener la claridad frente a esta misión y la relevancia de este encargo, significa no comprender el objeto de la enfermería como profesión. La evolución de la enfermería ha permitido que el profesional tenga un lugar destacado de aporte al bien-estar humano y su misión en la prevención de las enfermedades y la recuperación de la salud; pero lo que es más importante, un reconocimiento de su

contribución a la atención de las personas enfermas o en riesgo, no solo para curar, sino también para confortar, para hacerse cargo del efecto de la enfermedad en la persona de una manera integral, para complementar las capacidades debilitadas y potenciar las presentes, para aliviar y asegurar (35). En este sentido, todos los profesionales de enfermería debemos dimensionar nuestra misión en el mundo y en el mundo de lo humano; de nuestras manos, de nuestro rostro, de una palabra oportuna, de una mirada humana puede depender la motivación de un ser humano por encontrarle sentido a su vida y por luchar por potenciar todo lo que existe en su interior. Son la voluntad del cuidador y la voluntad del ser cuidado las que se entrecruzan para hacer de la atención de enfermería un acto humano y humanizado, en un mundo donde nos han alejado de nuestro deber ser como enfermeras o enfermeros para “producir” salud.

Posibilitar al trabajador de la salud exteriorizar sus potencialidades sería permitir expresar la creatividad y el arte en el momento en que dibuja su historia en el mundo del trabajo. Así, la práctica trascendería el simple hecho de hacer, y el cuidado permearía sus acciones en la construcción de la enfermería humanizada (44).

Humanizar sugiere alteraciones en el modo de hacer, de trabajar y producir salud. Humanizar exige sintonía con el modo de hacer y el cómo se debe hacer. Necesita de la inseparabilidad de la producción de los procesos y cambios de los sujetos involucrados en la producción de salud (45). Ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, se hace necesario que los profesionales de enfermería (46) rescaten el aspecto humano, espiritual y transpersonal, en todos los campos de su acción.

Meleis dice (47): “Aunque las enfermeras o enfermeros individualmente han cuidado y desarrollado el cuidado de pacientes en todos los rincones de la tierra, no creo que hayamos alcanzado plenamente nuestro potencial para producir un efecto colectivo sobre el cuidado de la

salud y de la vida de las comunidades”. Y estamos seguros de que esta afirmación depende de no lograr convencer con el cuidado y el auto-cuidado que estamos transmitiendo a las personas que cuidamos. Si bien es cierto que el cuidado ha sido cambiado por “Atención”, solo quienes logran comprender la trascendencia del concepto pueden incorporar en su actuar una intencionalidad más humana.

Finalmente, aproximar el ejercicio de la enfermería al ser humano que necesita ser cuidado requiere que el profesional asuma esta acción (cuidado) con todo lo que significa y puede impactar sobre la condición de vida de la persona. Sin olvidar que su esencia posibilita la interacción efectiva, ya que la experiencia y el conocimiento pueden ser tomados como formas de aproximarnos de quien cuidamos (48), pero lejos de olvidar que para la enfermería ese cuidado debe ser centrado en la humanización que debe generar el contacto con el otro (46). El cuidado humanizado es más que un buen trato o satisfacción, dado que “el otro” necesita ser cuidado, y al realizarlo, la enfermera y el paciente obtienen frutos; se aprende y se crece en esta interrelación de seres humanos (49). Los profesionales en enfermería deben mantener las virtudes de comunicarse con el otro, ayudarlo y sostenerlo en una difícil etapa de su vida, en la que requieren del cuidado (50).

CONCLUSIONES

- El cuidado, visto desde la fenomenología, debe motivar al profesional en enfermería a una reflexión permanente sobre el efecto que puede tener este en la calidad de vida del ser humano objeto de cuidado y del cuidador.
- El profesional en enfermería debe, más allá que cualquier otro profesional, tener la capacidad para ver en el rostro del otro la necesidad del cuidado que requiere.
- El cuerpo debe convertirse en escenario de cuidado para el profesional en enfermería, pues

a través de él se develan muchas realidades de quien necesita ser cuidado.

- La calidad del cuidado en enfermería debe motivar a los diferentes profesionales a repensar de manera permanente la esencia de

éste, en la medida en que le permita focalizar sus acciones en torno a diferentes grupos poblacionales, diferentes problemas de salud y necesidades específicas centradas en la humanización del servicio que se brinda.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Medina Araújo B. Cuidado de sí, una visión ontológica. *Fermentario [Perspectivas contemporáneas del cuidado de sí]* 2009;(3).
2. Ortega y Gasset J. *¿Qué es la filosofía?* Madrid: Espasa Calpe; 2007.
3. Begrich A. El encuentro con el otro según la ética de Levinas. *Teología y cultura* 2007;4(7):71-10.
4. Séneca LA. *De la brevedad de la vida. De la tranquilidad del ama.* Madrid: Sarpe; 1984.
5. Pavan Baptista PC, Barbosa Merighi MA, Fernandes de Freitas G. El estudio de la fenomenología como una vía de acceso a la mejora de los cuidados de enfermería. *Cultura de los Cuidados* 2011;XV(29):9-16.
6. Boff L. O cuidado essencial: princípio de um novo ethos. *Inclusão Social.* 2005;1(1):10-5.
7. Foucault M. *Historia de la sexualidad* Tucuman: Siglo XXI; 2007.
8. Lévinas E. *El tiempo y el otro.* Barcelona: Paidós; 1993.
9. Vanegas García JH. *Ética: la mejor forma de ser hipócritas. La máscara de la realidad.* Manizales: Universidad Autónoma; 2005.
10. César Moreno H. Bourdieu, Foucault y el poder. *Voces y contextos* 2006;2(1):1-13.
11. Orrego Fernández D. Para una historia judicial del cuerpo: aproximaciones a Michel Foucault. *Revista CES DERECHO* 2011;2(1):2-7.
12. Navarro G. El cuerpo y la mirada: desvelando a Bataille. Barcelona: Anthropos; 2001.
13. Gallo Cadavid LE. Introducción del pensamiento de Descartes desde la perspectiva de la teoría del conocimiento. *Revista Digital* 2005;10(87).
14. Bollnow OF. *Hombre y espacio.* Barcelona: Labor; 1969.
15. Battan Horenstein A. *Hacia una fenomenología de la corporeidad: M. Merleau-Ponty y el problema del dualismo [Tesis de Doctorado].* Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba; 2004.
16. Bachelard G. *La intuición del instante.* México: Fondo de Cultura Económica; 1999.
17. Canguilhem G. *Lo normal y lo patológico.* 8ª ed. México: Siglo XXI; 2005.
18. Hanna T. *La rebelión de los cuerpos.* Barcelona: Plaza & janes; 1972.
19. Foucault M. *Microfísica del poder.* Madrid: La Piqueta; 1992.
20. Turner BS. *El cuerpo y la sociedad. Exploraciones en teoría social.* México: Fondo de Cultura Económica; 1989.
21. Caro de Pallares S. *Enfermería: Integración del cuidado y el amor. Una perspectiva humana.* Salud Uninorte 2009;25(1):172-6.
22. Navarro O. El «rostro» del otro: Una lectura de la ética de la alteridad de Emmanuel Lévinas. *Revista Internacional de Filosofía* 2008;XIII:177-17.
23. Lévinas E. *Totalidad e infinito. Ensayo sobre la exterioridad.* Salamanca: Sigueme; 1999.
24. Lévinas E. *Ética e infinito: A. Machado Libros;* 1991.
25. Levinas E. *La balsa de la medusa.* Madrid; 1991.
26. Le Breton D. *La sociología del cuerpo.* Buenos Aires: Nueva Visión SAIC; 1992.
27. Lutz B. Reseña de “Antropología del cuerpo y modernidad” de David Le Breton. *Convergencia: Revista de Ciencias Sociales* 2006;13(41):215.
28. Boff L. A ética do saber cuidar de Leonardo Boff: uma aplicação à Educação Física escolar. Rio de Janeiro: Vozes; 1999.
29. Heidegger M. *Ser y tiempo.* Santiago de Chile Universitaria Temas de Filosofía; 1997.
30. Watson J. *Nursing: the philosophy and science of caring. Revised ed.* Colorado: Colorado Associated University Press; 2008.

31. Watson J. *Caring science as sacred science*. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2005.
32. Watson J. *Nursing: Human Science And Human Care: A Theory of Nursing*: National League of Nursing; 1988.
33. Martins JdJ, Stein Backes D, Da Silva Cardoso R, Lorenzini Erdmann A, De Albuquerque GL. Resignificando la humanización desde el cuidado en el curso de vivir humano. *Rev enferm UERJ* 2008;16(2):276-5.
34. Levinas E, Vázquez ME. *Descubriendo la existencia de Husserl y Heidegger* Madrid; 2009.
35. Malvárez S. El reto de cuidar en un mundo globalizado. *Texto & Contexto Enfermagem* 2007;16(3):520-10.
36. Wade H, Kasper N. Nursing students' perceptions of instructor caring: an instrument based on Watson's Theory of Transpersonal Caring. *Journal of Nursing Education*. 2006;45(5):162-6.
37. Pinto Afanador N, Barrera Ortiz L, Sánchez Herrera B. Reflexiones sobre el cuidado a partir del programa "Cuidando a los cuidadores". *Revista Aquichan* 2005;5(1):128-9.
38. Walker C. Coalescing the theories of two nurse visionaries: Parse and Watson. *Journal of Advanced Nursing* 1996;24:988-8.
39. Salazar M, Gutiérrez A. La responsabilidad de la Enfermería ante la indicación de transfundir sangre y hemoderivados: la experiencia en Costa Rica. *Rev Latinoam Der Méd Middle Leg*;1(1):49-4.
40. Pinto Afanador N. El cuidado como objeto del conocimiento de Enfermería. *Avances en Enfermería* 2002;XX(1):43-8.
41. Daza de Caballero R, Medina LS. Significado del cuidado de enfermería desde la perspectiva de los profesionales de una institución hospitalaria de tercer nivel en Santafé de Bogotá, Colombia. *Cultura de los Cuidados* 2006;X(19):55-7.
42. Muñoz Hernández Y, Coral Ibarra R, Moreno Prieto D, Pinilla Pinto D, Suárez Rodríguez Y. Significado del cuidado humanizado en egresadas de la facultad de enfermería. *Repertmedcir* 2009;18(4):246-4.
43. McFarland M. Teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales. In: Marriner Tomey A, Raile Alligood M, editors. *Modelos y teorías en Enfermería*. Sexta ed. Madrid: Elsevier Mosby; 2008. p. 472-26.
44. Do Nascimento KC, Erdmann AL. Cuidado transpessoal de enfermagem a seres humanos em unidade crítica. *Rev enferm UERJ* 2006;14(3):333-8.
45. Benevides R, Passos E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciênc saúde coletiva* 2005;10(3):561-10.
46. Watson J. Cuidado humanizado de Enfermería. *Actualizaciones en Enfermería [Trabajos libres]* 2007;10(4):15-6.
47. Meleis A, editor. La relación entre la teoría, la práctica y la investigación con la calidad del cuidado de enfermería. VII Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería; 2000 Nov 30; Bogotá: Acofaen; 2000.
48. Da Silva RC, De Assunção Ferreira M. Una nueva perspectiva sobre el conocimiento especializado en enfermería: un debate Epistemológico. *Rev Latino-am Enfermagem* 2008;16(6).
49. Ceballos Vásquez PA. Desde los ámbitos de Enfermería, analizando el cuidado humanizado *Ciencia y Enfermería* 2010;XVI(1):31-4.
50. Poblete Troncoso M, Valenzuela Suazo S. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paul Enferm* 2007;20(4):499-4.

SEGURIDAD VIAL Y PEATONAL: UNA APROXIMACIÓN TEÓRICA DESDE LA POLÍTICA PÚBLICA

*María Eugenia Pico Merchán**
*Rosa Elena González Pérez***
*Olga Patricia Noreña Aristizábal****

Recibido en agosto 1 de 2011, aceptado en septiembre 21 de 2011

Resumen

Introducción: la seguridad vial se constituye en una de las grandes preocupaciones de los países donde, por los procesos acelerados de desarrollo y expansión de las ciudades, sobresalen los vehículos sobre los peatones. **Objetivo:** analizar el despliegue de los elementos que involucran el componente teórico y de políticas públicas en el accionar de esfuerzos conjuntos, para reconocer la articulación de los diferentes actores de la sociedad involucrados en la problemática. **Materiales y métodos:** se revisaron exhaustivamente las bases de datos de Proquest, Hinari, Ovid, Lilacs, Medline y el índice bibliográfico de Scielo. Se acopió una lista de palabras clave relacionadas con el tema motivo de la revisión e incluidas en la ventana de observación desde la década de los 60 hasta la actualidad; se capturaron aproximadamente 35 publicaciones que reunían los requerimientos del caso. **Resultados:** se evidencia desde los años 60 la sinergia de la triada del componente humano, el entorno medioambiental y el relacionado con los vehículos para explicar la génesis de los accidentes viales. Un cuarto elemento es el concepto de exposición, definido como la probabilidad de que se presente un evento de acuerdo con la distancia recorrida; además, está la concepción poblacional y el análisis de la accidentalidad vial desde la visión holística, y la necesidad de incluir el componente del consenso o pacto social. Las políticas públicas de seguridad vial han tratado el concepto de cultura ciudadana como el proceso de los ciudadanos para comprender reglas y normas de forma voluntaria, con el fin de lograr niveles de convivencia ciudadana. **Conclusiones:** plantear las políticas públicas de seguridad vial y peatonal incluyentes e integrales que amplíen el enfoque conductual humano, de exposición y de factores ambientales a un enfoque poblacional, de cultura ciudadana y de visión social del riesgo. Es necesario pensar lo público desde los pactos sociales establecidos con políticos y entes gubernamentales, en el contexto local y municipal, con el fin de que se logre la concordancia con los elementos que lo componen.

Palabras clave

Seguridad, carreteras, investigación, teoría, política social. (*Fuente: DeCS, BIREME*).

* Enfermera, Magíster en Educación y Desarrollo Humano. Universidad de Caldas. Manizales, Colombia. Correo electrónico: maria.pico@ucaldas.edu.co

** Trabajadora Social, Magíster en Educación. Universidad de Caldas. Manizales, Colombia. Correo electrónico: rosa.gonzalez@ucaldas.edu.co

*** Enfermera, Especialista en Promoción de la Salud, Universidad de Caldas. Manizales, Colombia. Correo electrónico: olga.norena@ucaldas.edu.co

ROAD AND PEDESTRIAN'S SECURITY: A THEORETICAL APPROACH FROM PUBLIC POLITICS

Abstract

Introduction: road security constitutes a great worry in those countries where, because of the accelerated city development and expansion processes, cars exceed pedestrians. **Objective:** To analyze the display of the elements that involve the theoretical and public policies component in the activation of joint efforts to recognize the articulation of different society actors involved in the problem. **Materials and method:** Proquest, Hinari, Ovid, Lilacs, Medline y the Scielo bibliographic index were exhaustively reviewed. A list of keywords related to the topic which motivated this review which have been included in the observation window since the decade of the 60's to date. Approximately 35 publications were captured which met the case requirements. **Results:** It is evident since the 60's the synergy of the triad: human component, environment setting and that related to the vehicles to explain the genesis of road accidents. A fourth element is the exposure concept defined as the probability to have an event depending on the distance traveled; besides, there is the population conception and the road accident frequency analysis from the holistic view and the need to include the consensus or social pact component. The road security public policies have dealt with the concept of citizen culture as the process through which citizens understand rules and regulations in a voluntary way in order to reach the levels of citizen coexistence. **Conclusions:** It is necessary to propose road and pedestrian inclusive, comprehensive, security policies that widen the human behavioral environmental factor approach towards a population, citizen culture, and social risk view approach. It is necessary to think the public aspect from the social pacts established with politicians and governmental entities in the local and municipal contexts in order to achieve concordance with the elements that constitute it.

Key words

Security, roads, research, theory, social politics. (Source: MeSH, NLM)

SEGURANÇA VIAL E DO PEDESTRE: UMA APROXIMAÇÃO TEÓRICA DESDE A POLÍTICA PÚBLICA

Resumo

Introdução: a segurança viária se constrói em uma das grandes preocupações dos países onde, pelos processos acelerados de desenvolvimento e expansão das cidades, sobressaem os veículos sobre os pedestres. **Objetivo:** analisar o desdobramento dos elementos que envolvem o componente teórico e de políticas pública no acionar de esforços conjuntos, para reconhecer a articulação dos diferentes atores da sociedade **envolvidos** na problemática. **Materiais e métodos:** revisaram se exaustivamente as bases de dados de Proquest, Hinari, Ovid, Lilacs, Medline e o índice bibliográfico de Scielo. Acumulou se uma lista de palavras chave relacionadas com o tema motivo da revisão e incluídas na janela de observação desde a década dos 60 até a atualidade; se captaram aproximadamente 35 publicações que reuniam os requerimentos do caso. **Resultados:** Evidenciam se desde os anos 60 a sinergia da triada do componente humano, o entorno meio ambiental e o relacionado com os veículos para explicar o gênese dos acidentes nas estradas. Um quarto elemento é o conceito de exposição, definido como a probabilidade de que se apresente um evento de acordo com a distancia recorrida, além, está a concepção povoacional e o analise da acidentalidade viária desde a visão holística, e a necessidade de incluir o componente do consenso ou pacto social. A política pública de segurança viária tem tratado o conceito de cultura da cidadania como o processo dos cidadãos para compreender regras e normas de forma voluntaria, com o fim de lograr níveis de convivência cidadão. **Conclusões:** planejar as políticas de segurança viária e **pedestre** inclui e integrais que ampliem o enfoque da conduta humana, de exposição e de fatores ambientais a um enfoque povoacional, de cultura cidadão e de visão social de riscos. É necessário pensar o publico desde os pactos sociais estabelecidos com políticos e entes governamentais, no contexto local e municipal, com o fim de que se logre a concordância com os elementos que o compõem.

Palavras Chave

Segurança, estradas, pesquisa, teoria, política social. (Fonte: DeCS, BIREME)

INTRODUCCIÓN

La seguridad vial implica uno de los grandes retos de las sociedades posmodernas, que están marcadas por los desarrollos de las metrópolis, las ciudades y aún de los sectores rurales, y donde la incursión de los vehículos tiene primacía, incluso sobre las personas (1,2). La *seguridad peatonal* se concibe desde una mirada integral que involucra la *educación vial*, entendida esta como la adquisición de hábitos que le permiten al ciudadano acomodar su comportamiento a normas y principios del tránsito y la *seguridad peatonal*, como uno de sus objetivos (3).

Igualmente, el concepto de *seguridad peatonal* forma parte de otro concepto mucho más amplio como es la *educación social*, que implica una educación para la ciudadanía responsable, que se concreta a partir de la creación de hábitos y actitudes de convivencia, cultura ciudadana, calidad de vida, respeto por el medio ambiente y, por supuesto, hábitos y conductas frente a la seguridad vial y peatonal.

La *seguridad vial* debe ser concebida como un *sistema social* (4) que se caracteriza de manera holística, el cual comprende una variedad de actividades o procesos en los que participan diferentes actores que interactúan entre sí en ambientes físicos, mediante la utilización de medios de transporte motorizados o no motorizados. Es importante anotar que de una manera ideal, es necesario que este sistema social tenga una dinámica libre de conflictos y contradicciones, puesto que su finalidad es la prevalencia de la vida de las personas, además del mantenimiento óptimo de la infraestructura.

Para el funcionamiento operativo del sistema es indispensable que las personas actúen de forma coordinada, ya sea porque su participación es directa en el engranaje (peatones, ciclistas, pasajeros y conductores de vehículos motorizados) o indirecta, representada en los actores

involucrados como diseñadores de las políticas y programas en seguridad vial que actúan como facilitadores del funcionamiento del sistema; entre estos se encuentran las instituciones públicas y gubernamentales, las ONG, los actores privados y la sociedad civil. Esta última es clave en cuanto a los procesos de veeduría ciudadana y vigilancia de las actuaciones de las personas y no solo en la acción aislada de lo gubernamental, ante una problemática que requiere de actuaciones y consensos de muchos actores en el escenario de lo público.

Valga la mención de que lo *público* va más allá del concepto de espacio, para concebirlo como la esfera desde donde se habla y se actúa con el *otro* de manera libre y democrática; además, en las sociedades posmodernas se considera que lo público es una construcción permanente que, según la perspectiva de Arendt (5), es el ámbito donde emerge la ciudadanía que permite la expresión y actuación de las múltiples visiones e intereses de las personas que pertenecen a una sociedad. Con base en lo anterior, es necesario pensar lo público desde los acuerdos o pactos establecidos con políticos y entes gubernamentales, así como el contexto local y municipal y las realidades socioeconómicas de las ciudades y las áreas rurales, con el fin de que se logre vivir y estar en concordancia con los elementos que los componen en cuanto a la movilidad, e involucrar el componente de seguridad vial y peatonal.

Otro asunto importante que se debe tener en cuenta en las actuaciones de los diferentes actores presentes en las situaciones de movilidad, es que ellos deben tener una suficiente y adecuada información para lograr que el sistema funcione de manera integral y segura. Se pone como ejemplo el hecho de que le den el mismo significado a una determinada señal de tránsito, se conozcan los riesgos de manejar vehículos bajo los efectos de sustancias psicoactivas, entre otras informaciones sobre normas y pautas de comportamiento en las vías que mediatizan igualmente un comportamiento y una cultura ciudadana.

En el artículo se exponen los desarrollos normativos y los marcos teóricos presentes en la triple relación actores-vehículos-infraestructura vial. Se plantea inicialmente la magnitud del problema, la legislación internacional y nacional que la regula, y los principales desarrollos y análisis críticos de modelos teóricos para el abordaje de la seguridad vial; por último, se formulan unas aproximaciones para plantear políticas públicas integrales en seguridad vial desde lo local.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente artículo se realizó teniendo en cuenta la revisión exhaustiva de las bases de datos de Proquest, Hinari, Ovid, Lilacs, Medline y el índice bibliográfico de Scielo. Posteriormente, se acopió una lista de palabras clave en inglés, español y algunas en portugués concernientes al tema motivo de la revisión; estas fueron: seguridad vial, seguridad peatonal, accidentes de tránsito, teorías de seguridad vial, modelos teóricos, investigación en seguridad vial y peatonal, y legislación en seguridad vial. La búsqueda arrojó más de 80 publicaciones entre artículos producto de investigaciones, artículos de revisión, meta-análisis y revisiones sistemáticas, de las que se examinó el resumen para determinar su pertinencia a la temática; asimismo, de algunos textos o libros se exploró la tabla de contenido respectiva y que estuviera en la ventana de observación desde la década de los 60 hasta la actualidad. Finalmente, con base en los criterios de inclusión ya mencionados, se captaron alrededor de 35 publicaciones que reunían los requerimientos del caso.

Magnitud del problema. Contexto mundial

En el Plan Mundial para el Decenio de Acción para la Seguridad Vial 2011-2020 (6), formulado por la Asamblea General de las Naciones Unidas, se plantea que cada año mueren aproximadamente

1,3 millones de personas a raíz de un accidente de tránsito, es decir, más de 300 fallecimientos al día por esta causa, aunque más de la mitad de los fallecidos no viajaban en automóvil; de 20 a 50 millones de personas sufren traumatismos que generan altos porcentajes de discapacidad en el mundo. En los países en vía de desarrollo, donde hay menos vehículos matriculados, se presentan paradójicamente más altos porcentajes de defunciones por accidentes de tránsito con un 90%; igualmente, en personas entre los 5 y 44 años el traumatismo por accidente de tránsito figura entre las tres causas más importantes de muerte. El impacto económico por colisiones de vehículo es del 1% al 3% del PNB de estos países.

En el mismo informe se reconoce que en la actualidad hay mayor conciencia en los países en torno a la seguridad vial, aspecto importante para la salud y el desarrollo de un país, por las implicaciones sanitarias, sociales y económicas de esta problemática; sin embargo, el informe del Secretario General de las Naciones Unidas sobre la crisis mundial de la seguridad vial correspondiente a 2009 señala que: *“pese a los datos probatorios de que cada vez hay mayor concienciación sobre las cuestiones de seguridad vial y mayor compromiso para solucionarlas, la voluntad política y los niveles de financiación distan de guardar proporción con la escala del problema”* (6).

Antecedentes del problema

En la investigación realizada por Cabrera, Velásquez y Valladares (7), cuyo objetivo fue revisar el tema seguridad-accidentalidad vial, planteado como un desafío para la salud pública en el país, se sistematizaron aspectos relacionados con la evolución, magnitud y tendencias globales, así como el marco constitucional, legal y programático del problema en Colombia. Se concluyó que es evidente la pertinencia de procesos sistemáticos de su investigación e intervención en la Colombia del siglo XXI. En el mismo estudio se plantea que

en los últimos años se ha incrementado el interés por investigar el tema de seguridad vial en lo relacionado con la caracterización de los eventos de accidentalidad, así como los efectos sociales de esta en países de América Latina, tales como Brasil y Chile.

En Colombia, según la mencionada investigación, el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses y el Fondo de Prevención Vial presentan anualmente los resultados de accidentalidad vial como una forma de monitorear y sistematizar esta problemática. Además, otros autores (8,9) han caracterizado la magnitud del problema de la mortalidad y las lesiones, para lo cual han recomendado el modelo teórico de la matriz de Haddon para el reconocimiento y categorización de las estrategias de prevención de los accidentes de tránsito y el análisis de resultados de las deficiencias en seguridad vial con relación al riesgo, eventos, muertes y lesiones por accidentes.

Así mismo, refieren la necesidad de generar una nueva legislación en razón a que se han dado cambios políticos, sociales y económicos que han surgido en Colombia en la última época, al igual que transformaciones en infraestructura vial urbana e interurbana y aumento en la motorización, lo cual ha traído consecuencias ambientales de contaminación y alta utilización de vías urbanas, entre otras. Por último, en relación con la seguridad vial consideran que en Colombia existen escasos estudios relacionados con los comportamientos y los resultados de riesgos, eventos, muertes y lesiones por accidentes.

Se destaca que el fenómeno de la seguridad vial es una problemática de salud pública y de promoción de la salud, en la que deben trabajar todos los sectores y actores sociales, así como diversas disciplinas y medios de comunicación para informar, orientar y prevenir la accidentalidad y aumentar la seguridad vial.

Cardona et al. (10) investigaron en el 2007 sobre la caracterización de los accidentes de tránsito y

la valoración tarifaria de la atención médica en el servicio de urgencias del municipio de Caldas (Antioquia), y encontraron que la mayoría de las víctimas eran hombres de edades entre 20 y 40 años, y que entre las más vulnerables se encontraban los peatones (33,1%), seguidos por los pasajeros (30,9%) y los motociclistas (20,9%). Los traumas más frecuentes se localizaban en cabeza y sobresalía el politraumatismo. Concluyeron, finalmente, que es prioritario implementar medidas que protejan a la población más vulnerable involucrada en un accidente vial.

Morales et al. (11) refieren que los accidentes de tránsito son un problema de salud pública en el Perú, y plantean que entre 1998 y 2008 causaron 35.596 muertes en Lima, la ciudad más afectada. Recomiendan indagar los posibles factores conductuales y sociales que pueden estar asociados con esta problemática, para lo cual exhortan a la investigación multidisciplinaria e intersectorial.

Según el Informe sobre el Estado de Seguridad Vial en la Región de las Américas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (12), en América Latina y el Caribe pocos países han logrado reducir la tasa de mortalidad por accidentes de tránsito a pesar de haber implementado políticas orientadas a mejorar la seguridad vial. En el informe se plantea que los traumatismos generados por accidentes de tránsito son un problema de salud pública y se encuentran entre las principales causas de muerte de la región en personas de edades entre 5 y 44 años. Además, cada año mueren 142.252 personas por esta causa y se presentan más de cinco millones de lesionados, de los cuales muchos quedan con discapacidades permanentes; un alto porcentaje son hombres jóvenes y la mayoría de las veces, de escasos recursos.

En Estados Unidos y Canadá el 74% de los que mueren en accidentes de tránsito son ocupantes de vehículos, mientras que en América Latina y el Caribe más de la mitad de los fallecidos por esta causa son peatones, ciclistas o motociclistas. Las

tasas de mortalidad por tránsito vehicular varían entre 4,3 por cada 100.000 en Uruguay, a más de 20 por 100.000 habitantes en México, Perú y Venezuela. Se señala que el 80% de los países (26 de 32 países) tienen organismos nacionales de seguridad vial y solo el 25% tienen una estrategia nacional de seguridad financiada por el gobierno. Otro dato importante que hay que tener en cuenta es que en América Latina los niños menores de 15 años tienen cinco veces más probabilidades de morir por las lesiones, que en los países desarrollados. La urbanización acelerada en muchas ciudades ha hecho que los accidentes de tránsito sean una amenaza para los niños del continente americano (13,14,15).

De acuerdo con el Informe del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (16), en Colombia se presentaron 5.796 accidentes de tránsito en el 2009, de suerte que aumentó la cifra en un 2,2% con relación a los casos registrados en el 2008, mientras que los lesionados no fatales fueron 39.167 personas, con una reducción del 14,6% en relación con el año 2008; según el indicador por sexos, por cada 100.000 habitantes que murieron por esta causa, 21 fueron hombres y 5 mujeres, y los porcentajes más altos se encuentran entre los 20 y los 35 años.

Además, aumentó significativamente la tasa de accidentalidad en los mayores de 65 años. Las mujeres entre los 75 y 79 años sobrepasan la tasa por lesiones si se las compara con los hombres. Los motociclistas son la población más afectada, con un 39% de muertos y un 46% de lesionados; los días en que se presenta mayor accidentalidad son los sábados y domingos con un 33,7% de lesionados y un 41% de muertos. Se presentaron aumentos significativos de muertes por accidente de tránsito en Antioquia, Caquetá, Casanare, Cesar, Chocó, Cundinamarca, Huila, La Guajira, Meta, Norte de Santander, Quindío, Risaralda, Tolima y Valle. En Casanare, La Guajira, Magdalena y el Tolima disminuyeron los lesionados por accidentes de tránsito (17,18).

Con relación a muertos y lesionados en accidentes de tránsito, según actividad durante el hecho, se encontró que el 21% de muertes y el 21% de lesionados estaban desarrollando actividades de tiempo libre, mientras el 22% de los fallecidos y el 17% de los lesionados se accidentaron transportándose hacia o desde el lugar de trabajo. Estos resultados reflejan la necesidad de incrementar las políticas públicas de prevención (16).

Legislación colombiana en seguridad vial

La Constitución Política de Colombia de 1991, en su Art. 2, alude al papel que tienen las autoridades respecto a la protección de las personas, en su vida, honra, bienes, derechos y libertades, así como a la garantía del cumplimiento de los deberes sociales del Estado y de los particulares. Este fundamento constitucional ha servido de base para el desarrollo de normas jurídicas tendientes a la protección y seguridad en la movilidad (transporte y tránsito) de los ciudadanos. En los Art. 11, 82, 88, entre otros, le da poder al Estado para determinar los lineamientos políticos que la Constitución le obliga como responsable del mejoramiento permanente de la calidad de vida y de la seguridad de los ciudadanos. A su vez, en el Art. 24 plantea que todo colombiano, con las limitaciones que establezca la ley, tiene derecho a circular libremente por el territorio nacional (19). El Art. 150 hace alusión a la unificación de las normas sobre policía de tránsito en todo el territorio de la República (20).

Con la promulgación de la Ley 105 de 1993, relacionada con las disposiciones básicas sobre el transporte y las competencias y recursos entre la Nación y las Entidades Territoriales, se establecen los principios rectores del transporte, entre ellos: la libre intervención del Estado, al que le corresponde la planeación, el control, la regulación y la vigilancia del transporte y de las actividades a él vinculadas; la seguridad de las personas, que se constituye en una prioridad del sistema y del sector transporte (Art. 2, literales b

y e). Así mismo, esta ley establece como uno de los principios del transporte público, la garantía de movilización de personas o cosas en buenas condiciones de seguridad. En su Art. 5 le atribuye al Ministerio de Transporte la coordinación con las diferentes entidades sectoriales para definir las políticas generales sobre el transporte y el tránsito (21).

Posteriormente, la Ley 336 de 1996 (por la cual se adopta el Estatuto Nacional del Transporte) fija como uno de sus principales objetivos la seguridad, especialmente la relacionada con la protección de los usuarios, como prioridad esencial en la actividad del sector y del sistema de transporte (Art. 2) (22).

La Ley 769 de 2002 (Código Nacional de Tránsito Terrestre) regula la circulación de los peatones, usuarios, pasajeros, conductores, motociclistas, ciclistas, agentes de tránsito y vehículos por las vías públicas o privadas que están abiertas al público, o en las vías privadas donde internamente circulen vehículos; así como la actuación y los procedimientos de las autoridades de tránsito. Tiene entre sus principios rectores la seguridad de los usuarios, la calidad, la oportunidad, el cubrimiento, la libertad de acceso, la plena identificación, la libre circulación, la educación y la descentralización. Además, faculta al Ministerio de Transporte para elaborar un Plan Nacional de Seguridad Vial que contribuya a la disminución de la accidentalidad en el país y sirva como base para los planes departamentales, metropolitanos, distritales y municipales de control de la piratería e ilegalidad (parágrafo único Art. 4) (23,24). Esta Ley encomienda a las secretarías de educación trabajar en conjunto con las secretarías de tránsito y desarrollar pedagogías que sean apropiadas por las instituciones educativas que ofrezcan educación preescolar, básica y media.

El Decreto 2053 de 2003, en su Art. 2, establece dentro de las funciones del Ministerio de Transporte, entre otras, las de formular las políticas

del Gobierno Nacional en materia de tránsito, transporte y la infraestructura de los modos de su competencia; fijar y adoptar la política, planes y programas en materia de seguridad en los diferentes modos de transporte y de construcción y conservación de su infraestructura (25).

La Resolución 4101 de 2004 adopta el Plan Nacional de Seguridad Vial denominado “*Hacia una Nueva Cultura de Seguridad Vial*”, y ratifica aspectos contemplados en las leyes 105 de 1993, 769 de 2002 y en el Decreto 2053 de 2003. Esta resolución define en su programa central la gestión y promoción de la Seguridad Vial en “usuarios vulnerables” y en sus programas de apoyo, y contempla lo relacionado con la prevención de la accidentalidad incluyendo aspectos como la educación para la autorregulación y corresponsabilidad ciudadana en el tránsito (26).

La Ley 1383 de 2010 (por la cual se reforma la Ley 769 de 2002) enfatiza que los principios rectores del código nacional de tránsito son: seguridad de los usuarios, movilidad, calidad, oportunidad, cubrimiento, libertad de acceso, plena identificación, libre circulación, educación y descentralización. Además, le da potestad al Ministerio de Transporte para reglamentar lo concerniente a la demarcación y señalización de toda la infraestructura vial y su aplicación y cumplimiento en cada uno de los organismos de tránsito en su respectiva jurisdicción (27).

Con el desarrollo de la Ley 100 de 1993 se dispuso que un 3% del valor de las primas recaudadas por el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) se destinara a constituir un fondo administrativo destinado a la realización de campañas de prevención vial nacional en coordinación con las entidades estatales que adelanten dichos programas (28). Este conjunto de normas vigentes para el territorio nacional se promulgaron con el objetivo de apuntar a la seguridad de las personas con relación al sistema de

transporte y movilidad. Se destaca la importancia de la normatividad específica relacionada con las responsabilidades entre entidades del orden nacional, departamental y local en el tema de movilidad; sin embargo, es recurrente que estas instancias gubernamentales ante los eventos que involucran la seguridad vial muestren deficiencias en la coordinación y escasez de recursos técnicos para resolver estas situaciones.

Del mismo modo, es notoria la insuficiente y precaria infraestructura vial en Colombia, problemática que es sinónimo de falta de gestión gubernamental y de veeduría de la sociedad civil hacia las obras públicas; además, es necesario seguir insistiendo en el reforzamiento de la cultura ciudadana que permita crear conciencia sobre el acatamiento de las normas de tránsito y movilidad

para contribuir a la prevención de la seguridad vial en el país.

Modelos teóricos para el abordaje de la seguridad vial y peatonal

El conocimiento científico ha aportado al desarrollo de la prevención de la accidentalidad vial, en tanto ha sido una respuesta al creciente aumento de los traumas a causa de la siniestralidad en las vías, de por sí ya con una alta demanda de vehículos en el momento actual. Se destaca el trabajo de Haddon, quien en la década de los 60 (29,30) concibió el transporte como un sistema formado por el hombre en interacción con la máquina, en la que concretó tres fases en el proceso del accidente vehicular, del cual se derivó un modelo matricial de nueve celdas que evidencia tres componentes: el humano, el vehicular o equipos y el entorno.

Tabla 1. Matriz de Haddon.

Fase		Componentes		
		Humano	Vehículos o equipos	Entorno
Antes del accidente	Prevención de accidentes	Información, educación vial.	Buen estado técnico. Luces. Frenos. Maniobrabilidad. Control de la velocidad.	Diseño y trazado de la vía pública. Límites de velocidad. Vías peatonales.
		Actitudes. Conducción bajo los efectos del alcohol o drogas. Aplicación de la reglamentación por autoridades viales.		
Durante el accidente	Prevención de lesiones durante el accidente	Uso de dispositivos de sujeción. Conducción bajo los efectos del alcohol o cualquier otra sustancia psicoactiva.	Dispositivos de sujeción para los ocupantes. Otros dispositivos de seguridad: airbag.	Objetos protectores contra choques al lado de la acera.
Después del accidente	Conservación y preservación de la vida	Primeros auxilios. Acceso a atención médica.	Facilidad de acceso. Riesgo de incendio.	Servicios de socorro. Congestión.

Fuente: Tomado y adaptado de la OMS, 2004 (31).

Haddon en su modelo prevencionista aportó elementos vitales tanto para la investigación como para la prevención de los accidentes relacionados con el tráfico y la seguridad vial (30). El modelo permite comprender el sistema de transporte como un fenómeno dinámico en el que interviene no solo el comportamiento humano, sino otros componentes como los vehículos y el entorno, los cuales se deben tener en cuenta en la génesis y secuencia de los accidentes viales. El análisis de los componentes de la matriz de Haddon es importante cuando se trata de investigar y determinar las causas de un accidente de tránsito y elaborar planes de prevención vial.

La distribución en el tiempo mediante tres columnas que constituyen el antes, el durante y el después del accidente, permite identificar las tres modalidades de prevención existentes al momento de llevar a cabo un plan de prevención vial. La matriz se compone de:

- Antes del accidente: se encuentran aquellas acciones que se planean para evitar que este se produzca. Son llamadas medidas de prevención de los accidentes.
- Durante el accidente: contempla los aspectos que deben ser tenidos en cuenta con anterioridad para que en el caso de producirse el accidente las consecuencias no sean tan severas. Son las medidas para disminuir los efectos del accidente y en su conjunto son las medidas de protección aplicadas a la vía-vehículo-persona o a la máquina-trabajador-entorno.
- Después del accidente: comprende aquellas acciones que se planean para evitar que los efectos del accidente sean mayores y la recuperación sea más efectiva; son medidas de asistencia aplicadas a la vía-vehículo-persona o a la máquina-trabajador-entorno (32,33).

En el 2011, Nazif (4) plantea los desarrollos que han tenido los aportes de Sivak y Tsimhoni (34) así como los de Elvik (35) en la seguridad vial. Sivak y Tsimhoni proponen un cuarto elemento como complemento a la matriz de Haddon, y es el concepto de exposición, definido como “la probabilidad de un evento o riesgo potencial por distancia recorrida o por unidad de tiempo determinada” (34). Igualmente, consideran los conceptos de riesgo y consecuencia, que fueron ya desarrollados por Haddon. El hecho de haber incluido la concepción de exposición significó un avance en la teoría de la seguridad vial y contribuyó a mejorar la efectividad de las decisiones técnicas referentes a las medidas que se han de implementar. Sin embargo, estos autores explican que las reacciones de los componentes del modelo no se dan de manera automática, lo cual indica que en salud pública es necesario tener en cuenta que las acciones dirigidas a la parte más dominante del problema no implica que se está siendo efectivo; por ejemplo, el caso de los jóvenes como grupo de riesgo, en los que una reducción del 20%, no implica necesariamente que se presente una reducción inmediata del mismo porcentaje de los otros dos componentes, es decir, la exposición y la consecuencia (34).

Elvik también proyectó un aporte al desarrollo de la teoría en seguridad vial basado en sus investigaciones, exponiendo que se debe estudiar la contribución que diferentes grupos poblacionales usuarios hacen a la magnitud del problema de seguridad vial en casos particulares. Este investigador afirma que para establecer la exposición al riesgo de un grupo específico poblacionales indispensable observar los resultados de las encuestas de consultas y las estadísticas de eventos de tránsito, y que estos resultados deben analizarse a la luz del problema que se piensa resolver. Con base en esta contribución, es importante considerar en los estudios sobre seguridad vial la mirada de la estadística, puesto que en muchos casos de siniestros de tránsito, la tasa de muertos es relativamente más alta en

el grupo masculino que en el femenino, lo que estaría indicando que los hombres tienen mayores probabilidades de fallecer como consecuencia de accidentes de tránsito que las mujeres, en razón a que ellos se exponen en mayor medida a los medios de transporte (35-38).

A manera de resumen se explica que el sistema de seguridad vial debe su funcionamiento a dos clases de actores enunciados anteriormente, los diseñadores y decisores de las políticas y programas y los usuarios del sistema. La existencia de una matriz permite exponer los cuatro componentes de la misma así: los humanos, los vehiculares, los viales o de infraestructura y los de exposición al riesgo. Por lo anterior, las medidas implementadas para prevenir y minimizar los riesgos dependen de la interacción de estos cuatro componentes de manera temporal: antes, durante y después de un siniestro de tránsito, en el que se visibiliza el enfoque causal y conductual implicado (39).

Otra perspectiva de la seguridad vial impone la necesidad de valorar el componente cultural. El factor humano se considera importante en la génesis de los accidentes de tránsito, al igual que las causas medioambientales, la exposición, los vehículos y el enfoque social del riesgo. En este sentido, es necesario intervenir el factor humano con el objetivo de disminuir los factores de riesgo para la salud mediante la modificación de conductas inseguras, más cercanas al concepto de modos de vida, que se definen como: “[...] *comportamientos y hábitos, que hacen referencia a nuestras costumbres, a lo cotidiano y a nuestras emociones. Los hábitos son valores y estilos de vida que dependen de las condiciones de existencia y concepciones del mundo*” (40).

Las teorías de la acción razonada (41) y de la acción planificada (42) fueron desarrolladas con el objetivo de explorar el comportamiento social, se aplicaron luego al ámbito de la salud y la seguridad, y sus autores han coincidido en plantear que un hábito de conducta está asociado al grado

de conocimiento, raciocinio, comprensión práctica y adopción del comportamiento.

Los anteriores aspectos han generado la necesidad de trabajar procesos de aprendizaje con la participación activa de los actores involucrados, fomentar el sentido de comunidad y de convivencia que contribuyan a la construcción de una cultura ciudadana; así se ha considerado que la seguridad vial hace parte de la seguridad ciudadana (43). En los últimos años, en las políticas públicas de seguridad vial se ha incluido el concepto de cultura ciudadana, y se considera que un reflejo de esta es el conocimiento que de las leyes y las normas tengan los ciudadanos, al igual que el cumplimiento voluntario de las mismas (44). La cultura ciudadana se entiende como “*conjunto de costumbres, acciones y reglas mínimas compartidas que generan sentido de pertenencia, facilitan la convivencia urbana y conducen al respeto del patrimonio común y al reconocimiento de los derechos y deberes ciudadanos*” (45).

El enfoque social que del riesgo desarrollan Izquierdo y Torres (46) plantea la urgencia de una visión del factor humano un tanto apartada del psicologismo y del conductismo de los anteriores teóricos, para incorporar en el análisis de la seguridad vial a las personas en su calidad de conductores, y para tener en cuenta el control que haría la sociedad de su forma de actuar en las carreteras y calles. Según los autores, este control social requiere del llamado *pacto social* que parte de la discusión y del consenso de los involucrados. La expresión del pacto se materializa en una política de seguridad vial y peatonal integral que articule la agenda del gobierno, el congreso, los investigadores y académicos, el sector educativo y las fuerzas productivas con veeduría ciudadana y jurídica, además de los aportes presupuestales y los controles o seguimientos sobre los desarrollos, avances y evaluación de resultados de los participantes en el pacto. Estos acuerdos de la sociedad deben privilegiar el rescate de la vida como prioridad ante comportamientos de

conductores, peatones, políticos y educadores que lindan con la irresponsabilidad, el irrespeto y la indiferencia frente a la vida e integridad de las personas.

En este aspecto es importante resaltar que lo anterior no es una tarea fácil, requiere procesos de movilización de los diferentes actores sociales, en razón a que las vías son de carácter público, y por tanto de interés común y de todos, así como lo es el énfasis que se les atribuye a la seguridad vial y al análisis de los accidentes de tránsito como competencia exclusiva de técnicos, psicólogos y autoridades policivas (47).

La necesidad de políticas públicas en seguridad vial

Es necesario diseñar políticas públicas en materia de seguridad vial que respondan a los problemas que presentan las comunidades. Esto implica reconocer inicialmente la magnitud del problema, ubicar un lugar preferente de preocupación para la ciudadanía y darles prioridad en las agendas gubernamentales. Es importante realizar el diagnóstico del problema que permita el estudio de las causas que lo generan, y esto ratifica la necesidad de disponer de un sistema confiable y oportuno de información, que represente la situación de los ámbitos municipal, regional y nacional. En tal sistema es fundamental la sinergia de los sectores público y privado (48).

Posteriormente, se debe propender por la existencia de una voluntad política gubernamental del nivel central y local para definir, liderar y lograr el sostenimiento de los planes y programas destinados a solucionar los problemas inherentes a la seguridad vial. En la región de las Américas es notable la carencia de soluciones integrales en los gobiernos nacionales y locales; se evidencian políticas aisladas e individuales como las de salud, tránsito y transporte, sin que los Estados hayan logrado reconocer la seguridad vial como problemática de salud pública y de seguridad

ciudadana. Escasamente se cuenta con una memoria de experiencias exitosas y no exitosas, que si bien se deben tener en cuenta a la hora de definir una política, deben consultar la realidad nacional o municipal en donde se van a desarrollar, puesto que las réplicas en ocasiones no tienen en cuenta los contextos particulares (49,50,46,4).

CONCLUSIONES

La seguridad vial es un tema de interés para los gobiernos y los organismos encargados del tránsito y transporte, en razón al incremento de las muertes y los traumatismos generados por colisiones, choques o accidentes con altos costos personales, familiares y sociales, especialmente para los sectores de la política social, ambiental, económica y de salud pública. Estos eventos requieren de la intervención del Estado mediante la implementación de políticas públicas que se concreten en medidas más efectivas con la participación de los actores sociales directamente involucrados desde el ámbito de lo local: instituciones, organizaciones, ciudadanos, niños, niñas, adolescentes, padres de familia, maestros, líderes comunitarios, así como desde el ámbito legislativo, académico y de veeduría ciudadana.

En síntesis, las políticas públicas se deben orientar a:

- Fortalecer y articular los programas de cultura ciudadana existentes que favorezcan el aprendizaje de medidas de seguridad vial y peatonal en niños, jóvenes y adultos, en razón a que son aspectos que generalmente no se abordan en los diferentes contextos de la realidad local.
- Fomentar el conocimiento sobre los derechos y el ejercicio de las responsabilidades ciudadanas en relación con el tema de la seguridad vial, a fin de impactar en uno de los factores que desde el componente del factor

humano influyen en la accidentalidad vial. De ahí la importancia de la aplicación de políticas públicas en seguridad vial que también apunten a mejorar, como parte de una política integral, las condiciones de infraestructura, el fortalecimiento de la educación en cultura ciudadana y la inclusión del enfoque social del riesgo.

- Incluir la educación comunitaria en los planes y proyectos de seguridad vial, fortalecer un sentido de comunidad y convivencia para reducir la morbimortalidad por accidentes de tránsito y mejorar la seguridad vial desde la salud pública y el enfoque sociológico, como complemento al enfoque conductual.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tapia J. La reducción del tráfico de automóviles: una política urgente de promoción de la salud. *Rev Panam Sal Pública* 1998;3(3):137-51.
2. España. Estudio sobre pasos de peatones en Europa. [en línea] 2008 [citado 2011 Jun 4]. Disponible en URL: http://www.racc.es/pub/ficheros/adjuntos/adjuntos_estudio_europeo_pasos_de_peatones_jzq_678efb27.pdf
3. Duperrex O, Roberts I, Bunn F. Educación de peatones en temas de seguridad para la prevención de lesiones. En: *La Biblioteca Cochrane Plus* [en línea] 2007 [citado 2010 Jul 15]; 4. Oxford, Update Software. Disponible en URL: <http://www.update-software.com>
4. Nazif J. Guía práctica para el diseño e implementación de políticas de seguridad vial integrales, considerando el rol de la infraestructura. Santiago de Chile: Naciones Unidas-CEPAL [en línea] 2011 [citado 2011 Jul 23]. Disponible en: <http://www.www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/.../xml/8/...>
5. Arendt H. *la condición humana*. Barcelona: Paidós; 1958.
6. Asamblea General de las Naciones Unidas. Decenio de Acción para la Seguridad Vial 2011-2020. [en línea] [citado 2011 Jun 9]. Disponible en URL: http://www.who.int/roadsafety/decade_of_action/ decenio de acción para la seguridad vial 2011-2020
7. Cabrera G, Velásquez N, Valladares M. Seguridad vial, un desafío de salud pública en la Colombia del siglo XXI. *Rev Fac Nac Salud Pública* 2009;27(2):218-25.
8. Posada J, Ben E, Herman A, Kahan E, Richter E. Death and injury from motor vehicle crashes in Colombia. *Rev Panam Salud Pública* 2000;7(2):88-91.
9. Rodríguez D, Fernández F, Velásquez H. Road traffic injuries in Colombia. *Inj Control Saf Promot* 2003;10:29-35.
10. Cardona SA, Molina CF, Arango CM, Pichott JT. Caracterización de accidentes de tránsito y valoración tarifaria de la atención médica en el servicio de urgencias, Caldas-Antioquia 2007-2008. *Rev Gerenc Polit Salud* [en línea] 2010 [citado 2011 Jul 7]; 9 (19):216-28. Disponible en URL: <http://www.google.com/search,client=gmail&rls=gm&q=GustaCabrera>
11. Morales N, Basso DA, Gálvez W. Aspectos psicosociales y accidentes en el transporte terrestre. *Rev Perú Med Exp Salud Pública* [en línea] 2010 [citado 2011 Jun 5]; 27(2):267-72. Disponible en URL: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342010000200017&script=sci_arttext
12. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Informe sobre el estado de la seguridad vial de la región de las Américas. En: *América Economía Política & Sociedad* [en línea] [citado 2011 Jun 9]. Disponible en URL: <http://www.americaeconomia.com/politica-sociedad/sociedad/pcos-progresos-enreducir-muertes-por-accidentes-de-tránsito>
13. Celis A, Gómez Z, Martínez-Sotomayor A, Arcila L, Villaseñor M. Family characteristics and pedestrian injury risk in Mexican children. *Injury Prevention* 2003;9:58-61.
14. México. Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes. Modelo de atención Prehospitalaria. Presentado al Seminario Internacional sobre Seguridad Vial Brasilia: OPS; 2004.
15. Alegría MF. Metodología simplificada para la evaluación de instalaciones peatonales en zonas escolares urbanas. [Tesis maestría]. Puerto Rico Universitario de Mayagüez; 2008. [en línea]. Disponible en URL: <http://gradworks.umi.com/14/68/1468785.html>
16. Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Muertes y lesiones por accidente de Tránsito. Colombia 2009. [en línea] [citado 2011 Jun 8]. Disponible en URL: http://www.medicinalegal.gov.co/index.php?option=com_content&view=arti

17. Policía de Carreteras, SIAT, INVIAS, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Fondo de Prevención Vial 2007 [en línea] [citado 2011 Jun 10]. Disponible en URL: www.fonprevial.org.co/index1
18. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis. Datos para la vida. Muertes y lesiones por accidentes de tránsito. Bogotá: 2009.
19. Republic of Colombia. Political Constitution of 1991 through 2005 reforms [en línea] 2011 [citado 2011 Mar 23]. Disponible en URL: http://www.medellin.gov.co/transito/archivos/normatividad/leyes/110593_marco_tte.pdf<http://pdba.georgetown.edu/constitutions/colombia/col91.html>
20. Colombia. Constitución Política de Colombia de 1991. [en línea] 2011 [citado 2011 May 31]. Disponible en URL: http://es.wikisource.org/wiki/Constituci%C3%B3n_de_Colombia_de_1991
21. Colombia. Ley 105 de 1993. [en línea] 2011 [citado 2011 Mar 31]. Disponible en URL: http://www.medellin.gov.co/transito/archivos/normatividad/leyes/1105-93_marco_tte.pdf
22. Colombia. Ley 336 de 1996. [en línea] 2011 [citado 2011 Jun 21]. Disponible en <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Normal.jsp?i=346>
23. Colombia. Código Nacional de Tránsito. Ley 769 de 2002. [en línea] 2011 [citado 2011 Mar 23]. Disponible en URL: <http://columnavial.blogspot.com/2010/05/codigo-nacional-de-transito-ley-769-de.html>
24. Colombia, Ministerio de Transporte. Plan Nacional de Seguridad Vial: Hacia una nueva cultura de seguridad vial. Bogotá D.C.: 2004. [en línea] [citado 2011 May 31]. Disponible en URL: http://web.mintransporte.gov.co/servicios/Biblioteca/documentos/PDF/PLAN_NACIONAL_SEGURIDAD_VIAL.pdf
25. Colombia, Ministerio de Transporte. Decreto 2053 de 2003. [en línea] [citado 2011 Mar 23]. Disponible en URL: http://www.presidencia.gov.co/prensa_new/decretoslinea/2003/julio/23/dec2053230703.pdf
26. Colombia. Plan Nacional de Seguridad Vial. Resolución 4101 de 2004. [en línea] [citado 2011 Mar 23]. Disponible en URL: http://www.avancejuridico.com/actualidad/documentosoficiales/2004/45777/r_mt_4101_2004.html
27. Colombia. Ley 1383 de 2010. [en línea] [citado 2011 May 24]. Disponible en URL: <http://www.dmsjuridica.com/CODIGOS/LEGISLACION/LEYES/2010/1383.htm>
28. Colombia. Ley 100 de 1993 Art. 223. [en línea] [citado 2011 May 24]. Disponible en: http://hospitalesdecaldas.com/index.php?option=com_content&view=article&id=83
29. Quistberg DA; Miranda JJ, Ebel B. Reduciendo el trauma y la mortalidad asociada a los accidentes de tránsito en los peatones en el Perú: intervenciones que pueden funcionar. Rev Perú Med Exp Salud Pública [en línea] 2010 [citado 2011 Jul 21];27(2):248-54. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342010000200014&script=sci_abstract
30. Pedragosa JL. Líneas y modelos de trabajo internacional sobre accidentes laborales de tráfico [en línea] 2011 [citado 2011 May 11]. Disponible en URL: <http://www.orpconference.org/2008/actividades/documentar/CONGRESO.pdf>
31. Foro Global de Seguridad Vial. [en línea] 2011 [citado 2011 Abr 15]. Disponible en URL: http://www.globalroadsafety.org/espanol/about_esp/index_esp.shtml
32. Hajar M. El crecimiento urbano y sus consecuencias no planeadas. El caso de los atropellamientos. En: Knul F, Nigenda G, editors. Caleidoscopio de la salud. México: Funsalud; 2003. pp. 89-97.
33. Málaga H. Medidas y estrategias para la prevención y control de los accidentes de tránsito: experiencia peruana por niveles de prevención. Rev Peru Med Exp Salud Pública 2010;27(2): 231-36.

34. Sivak M, Tsimhoni O. Improving Traffic Safety: conceptual considerations for successful action. *Journal of Safety Research* 2008;39:453-7.
35. Elvik R. Dimensions of road safety problems and their measurement. *Accident analysis and Prevention* 2008;40:1200-10.
36. Nazif J, Rojas D, Sánchez R, Velasco A. Instrumentos para la toma de decisiones en políticas de seguridad vial en América Latina. Serie recursos Naturales [en línea] 2011 [citado 2011 Abr 15]; 115: LC/L2591-P/E CEPAL. Santiago de Chile. Disponible en URL: <http://www.cepal.org/drni/publicaciones/xml/3/26723/lcl12591e.pdf>
37. Soto G, Arroyo H, Oyola E. Accidentes de tránsito en la región Ica 2000-2004. *Rev Perú Med Exp Salud Pública* 2008;25(2):263-4.
38. Echeverry A, Mera JJ, Villota J, Zárate LC. Actitudes y comportamientos de los peatones en los sitios de alta accidentalidad en Cali. *Colomb Med* 2005 Jun;36(2):79-84.
39. Hidalgo E, Campuzano J, Rodríguez JM, Becerril L, Reséndiz H, Sánchez H, et al. Motivos de uso y no uso de puentes peatonales en la Ciudad de México: la perspectiva de los peatones. *Salud Pública Méx* 2010;52(6): 502-10.
40. Colombia, Ministerio de Salud. Lineamientos de promoción de la salud & Educación para el comportamiento humano. Santafé de Bogotá: Hamburgo; 1995.
41. Reyes L. La teoría de acción razonada: implicaciones para el estudio de las actitudes. Universidad Pedagógica de Durango. [serie en línea] 2007 [citado 2011 Jul 24]; Disponible en URL: http://www.google.com.co/search?hl=es&rlz=1C1CHNG_esCO326CO326&ei=LdBpSu7iK82ltgeD1bCcCw&sa=X&oi=spell&resnum=0&ct=result&cd=1&q=teoría+de+los+cambios+de+conducta%2B+Ajzen+y+Fishbein&spell=1
42. Olaz FO. La teoría social cognitiva de la autoeficacia. Contribuciones a la explicación del comportamiento vocacional. [Tesis doctoral]. Argentina Univ.; 2001. [en línea]. Disponible en URL: <http://www.des.emory.edu/mfp/olaz.pdf>
43. Friedman L. Ahora elijo yo: Derecho, autoridad y cultura en el mundo contemporáneo. Buenos Aires: Grupo Editor Latinoamericano; 1992.
44. Ballén F. Derecho a la movilidad. La experiencia de Bogotá, DC. Prolegómenos - Derechos y Valores. [en línea] 2007 [citado 2011 Jul 25];10(20):169-81. Disponible en URL: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=87602010>
45. Mockus A. Armonizar ley, moral y cultura. Cultura ciudadana, prioridad de gobierno con resultados en prevención y control de violencia en Bogotá, 1995-1997. [Inédito]. Disponible en URL: <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=362225>
46. Izquierdo JDD, Torres RD. Hacia una sociología de la seguridad vial: del “factor humano” al “factor social”. *Praxis sociológica* [en línea] 2009 [citado 2011 Jul 20];13:148-72. Disponible en URL: <http://www.praxissociologica.org/desktopmodules/.../fileDownload.aspx?id...>
47. Izquierdo JDD, Torres, R. Nueva Cultura Sistémica de la Seguridad Vial: Hacia el Control Social del Tráfico. En: *Hacia una Seguridad Sostenible: Una estrategia para todos*. Revista Técnica de la Asociación Española de la Carretera 2005;148. Madrid.
48. Acero H. La seguridad vial un problema de política pública. Washington: OPS/OMS; 2004.
49. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de la seguridad vial: es hora de pasar a la acción Ginebra, 2009 [citado 2011 Jul 9]. Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2009
50. Colombia. Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014. [en línea]. Disponible en URL: <http://www.dnp.gov.co/PND/PND20102014.aspx>

AUTORES

Adrian Grisales

Estudiante de Pregrado del Programa de Enfermería. Fundación Universitaria del Área Andina, Seccional Pereira. Colombia.

Alba Lucero López Díaz

Enfermera, Magíster y Ph.D. en Enfermería. Universidad Nacional de Colombia, Profesora Asociada, Facultad de Enfermería, Líder grupo de investigación Cuidado Cultural de la Salud. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: allopezdi@unal.edu.co

Carmen Lucía Curcio

Terapeuta Ocupacional, Magíster en Gerontología Social, Ph.D. en Gerontología. Universidad de Caldas, Facultad de Ciencias para la Salud, Departamento Acción Física Humana, Grupo de Investigaciones en Gerontología y Geriatria. Manizales, Colombia. Correo electrónico: carmen.curcio@ucaldas.edu.co

Claudia Patricia Henao Lema

Fisioterapeuta, Magíster en Neurorehabilitación. Universidad Autónoma de Manizales. Profesora Asociada. Manizales, Colombia. Correo electrónico: cphenao@autonoma.edu.co

Consuelo Vélez Álvarez

Enfermera, Especialista en Epidemiología, Ph.D. en Salud Pública. Universidad de Caldas, Departamento de Salud Pública, Grupo Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad. Manizales, Colombia. Correo electrónico: consuelo.velez@ucaldas.edu.co

Diego Alonso Alzate Salazar

Licenciado en Educación Física y Recreación, Especialista en Farmacodependencia, Magister en Educación – Docencia. Universidad de Caldas, Facultad de Ciencias para la Salud, Docente Departamento de Acción Física Humana, Grupo

de Investigación Cumanday Actividad Física y Deporte. Correo electrónico: diego.alzate@ucaldas.edu.co

Heddy López Díaz

Psicóloga, Universidad Católica de Colombia. Integrante Grupo de Investigación Cuidado Cultural de la Salud. Correo electrónico: helopd@gmail.com

Hélène Corriveau

Université de Sherbrooke. Faculté de Médecine et des Sciences de la Sante, Département de Réadaptation. Centre de Recherche sur le Vieillessement du Centre de Santé et Services Sociaux de l'Institut Universitaire de Gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS), Canada. Correo Electrónico: helene.corriveau@usherbrooke.ca

Jhon Jairo Ospina

Estudiante de Pregrado del Programa de Enfermería. Fundación Universitaria del Área Andina, Seccional Pereira. Colombia.

Jorge Alberto Duque Escobar

Licenciado en Educación Física, Recreación y Deporte, Magíster en Pedagogías Activas y Desarrollo Humano. Universidad de Caldas. Manizales, Colombia. Correo electrónico: jorge.duque_e@ucaldas.edu.co

José David Rodríguez García

Estudiante de Pregrado del Programa de Enfermería. Fundación Universitaria del Área Andina, Seccional Pereira. Colombia

José Hoover Vanegas García

Filosofo, Ph.D. en Filosofía. Universidad Autónoma de Manizales, Departamento de Ciencias Humanas, Grupo de investigación Ética y política y Grupo de investigación Cuerpo Movimiento. Miembro de CLAFEN Circulo

Latinoamericano de fenomenología. Manizales, Colombia. Correo electrónico: hovg@autonoma.edu.co.

Juana Chaves Castaño

Antropóloga. Investigadora del Instituto de Investigaciones en Ciencias Sociales y Humanas y del Grupo de Investigación Territorialidades de la Universidad de Caldas. Colombia. Correo electrónico: juana.chaves@icsh.co

Julio Ernesto Pérez Parra

Fisioterapeuta, Magíster en Neurorrehabilitación. Universidad Autónoma de Manizales, Profesor Asociado. Manizales, Colombia. Correo electrónico: jeperez@autonoma.edu.co

Liliana Patricia Ramírez Zuluaga

Médica y cirujana, Magíster en Educación con énfasis en Docencia Universitaria. Universidad de Caldas, Docente Departamento Básico Clínico. Manizales, Colombia. Correo electrónico: liliana.ramirez@ucaldas.edu.co

Luis Alfredo Sossa Pinzón

Estudiante de Pregrado del Programa de Enfermería. Fundación Universitaria del Área Andina, Seccional Pereira. Colombia.

Luis Gerardo Melo Betancourt

Técnico Nivel Superior Gimnasia Escolar, Ph.D. en Pedagogía. Universidad de Caldas, Facultad de Ciencias para la Salud, Docente Departamento de Acción Física Humana, Grupo de Investigación Cumanday Actividad Física y Deporte. Correo electrónico: luis.melo@ucaldas.edu.co

María del Pilar Cerezo Correa

Odentóloga, Especialista en Salud Pública y en Auditoria en Salud. Universidad Autónoma de Manizales. Colombia. Correo electrónico: mapice@autonoma.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 Eugenia Pico Merchán

Enfermera, Magíster en Educación y Desarrollo Humano. Universidad de Caldas. Manizales, Colombia. Correo electrónico: maria.pico@ucaldas.edu.co

María Nelcy Muñoz Astudillo

Enfermera. Magíster en Enfermería, Magíster en Salud Pública. Docente Fundación Universitaria del Área Andina, Seccional Pereira, Grupo de Investigación de Enfermería de Risaralda GIER. Pereira, Colombia. Correo electrónico: mmunoz@funandi.edu.co

Marie Beaulieu

Université de Sherbrooke. Faculté des Lettres et Sciences Humaines. Département de Service Social. Centre de Recherche sur le Vieillessement du Centre de Santé et Services Sociaux de l'Institut Universitaire de Gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS), Canada. Correo electrónico: carmen.curcio@ucaldas.edu.co

Nhora Cataño Ordoñez

Enfermera, Magíster en Enfermería. Universidad Nacional de Colombia, Profesora Asociada, Facultad de Enfermería, Investigadora Grupo de Investigación Cuidado Cultural de la Salud. Correo electrónico: ncatano@unal.edu.co

Olga Lucía Londoño Palacio

Licenciada en Filosofía y Humanismo, Magíster en Hábitat, Doctora en Antropología. International Corporation of Networks of Knowledge – ICONK. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: olgalucia@iconk.org

Olga Patricia López Soto

Odentóloga, Especialista en Investigación y Docencia Universitaria, Especialista en Gerencia en Servicios de Salud. Universidad Autónoma

de Manizales. Colombia. Correo electrónico: sonríe@autonoma.edu.co

Olga Patricia Noreña Aristizábal

Enfermera, Especialista en Promoción de la Salud, Universidad de Caldas. Manizales, Colombia. Correo electrónico: olga.norena@ucaldas.edu.co

Óscar Eugenio Tamayo Alzate

Licenciado en Biología y Química, Magíster en Desarrollo Educativo y Social, Ph.D. en Didáctica de las Ciencias Experimentales. Universidad de Caldas, Docente Departamento Estudios Educativos. Manizales, Colombia. Correo electrónico: oscar.tamayo@ucaldas.edu.co

Paola Chaparro Borja

Socióloga, Magíster en Sociedades comparadas Europa – América Latina con énfasis en Geografía Social. Institut des Hautes Etudes de l'Amérique Latine. Paris III, Sorbonne Nouvelle. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: pchaparro@javeriana.edu.co

Pedro César Cantú Martínez

Biólogo, Ph.D en Ciencias Biológicas. Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Salud Pública y Nutrición. Monterrey, México. Correo electrónico: cantup@hotmail.com; pedro.cantum@uanl.mx

Rosa Elena González Pérez

Trabajadora Social, Magíster en Educación. Universidad de Caldas. Manizales, Colombia. Correo electrónico: rosa.gonzalez@ucaldas.edu.co

Santiago Ramos Bermúdez

Licenciado en Educación Física, Magíster Universidad de Caldas, Facultad de Ciencias para la Salud, Docente Departamento de Acción Física Humana. Grupo de Investigación Cumanday Actividad Física y Deporte. Correo electrónico: santiago.ramos@ucaldas.edu.co

Vilma Velásquez

Enfermera, Magíster en Enfermería. Universidad Nacional de Colombia, Profesora Asociada Facultad de Enfermería, Investigadora Grupo de Investigación Cuidado Cultural de la Salud. Bogotá D.C., Colombia. Correo electrónico: vvelasquez@unal.edu.co

Zoila Rosa Franco Peláez

Enfermera, Magíster en Filosofía y Ciencias Jurídicas. Universidad de Caldas. Manizales, Colombia. Correo electrónico: zoila.franco@ucaldas.edu.co

ÁRBITROS

Adelaida Gómez Castro

Enfermera, Magíster en Educación con énfasis en Currículum y Evaluación. Universidad del Valle. Cali, Colombia. Correo electrónico: adelitagomez@gmail.com

Beatriz Botero de Mejía

Enfermera, Especialista en Administración de Servicios de Salud, Magister en Gerontología Social. Jubilada Universidad de Caldas. Manizales, Colombia. Correo electrónico: bebotero@une.net.co

Bellazmin Arenas Quintana

Fisioterapeuta, Magíster en Educación y Desarrollo Humano. Universidad Santiago de Cali. Cali, Colombia. Correo electrónico: bellazminaq@hotmail.com

Carlos Aibar Remon

Médico, Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública, Ph.D. en Medicina. Universidad de Zaragoza. Zaragoza, España. Correo electrónico: caibar@unizar.es

Dalia Restrepo Ramirez

Economista del Hogar, Ph.D. en Relaciones de Familia y Desarrollo Humano. Jubilada Universidad de Caldas. Manizales, Colombia. Correo electrónico: dalial@une.net.co

Elvinia PinillaGómez

Enfermera, Especialista en Enfermería Perinatal, Especialista en Docencia Universitaria, Magíster en Pedagogía. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, Colombia. Correo electrónico: elvinia@uis.edu.co, elvinia2000@yahoo.com

Fred Gustavo Manrique Abril

Enfermero, Ph.D. en Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia, Universidad de Boyacá. Tunja, Colombia. Correo electrónico: fgmanriquea@unal.edu.co, fgma75@hotmail.com

Jesús de Pedro Cuesta

Médico, Ph.D. en Investigación de Servicios de Salud. Instituto de Salud Carlos III. Madrid, España. Correo electrónico: jpedro@isciii.es

Jhon Fredy Ramírez Villada

Licenciado en Educación Física, Ph.D. en Ciencias Aplicadas a la Actividad Física y el Deporte. Universidad Santo Tomás, Universidad Libre. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: jhonramirezvillada@gmail.com

Joao Alchieri

Psicología, Magíster y Ph.D. en Psicología, Universidad Federal de Rio Grande del Norte. Natal, Brasil. Correo electrónico: jcalchieri@gmail.com

Juan Carlos Palacio Bernal

Licenciado en Educación Física y Recreación, Magíster en Educación, Universidad Católica de Manizales, Correo electrónico: jpalacio@ucm.edu.co

María Cecilia González

Odontóloga, Candidata a Doctora en Ciencias de Salud Pública. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, México. Correo electrónico: cecilia.gonzalez@insp.mx, mariacgrobledo@yahoo.com.mx

María del Carmen Vergara Quintero

Odontóloga, Magíster en administración en salud, Ph.D. en ciencias sociales, niñez y juventud. Universidad Autónoma de Manizales. Manizales, Colombia. Correo electrónico: mcvq@autonoma.edu.co, mvergaraquintero@gmail.com

María Dorys Cardona Arango

Administradora de Empresas, Ph.D. en Demografía. Universidad CES. Medellín, Colombia. Correo electrónico: doris.cardona@gmail.com

Marta Cecilia López Maldonado

Psicóloga, Enfermera, Magister en Dirección Universitaria. Pontificia Universidad Javeriana. Correo electrónico: mclopez@javeriana.edu.co

Nubia Posada González

Enfermera, Magíster en Educación, Especialista en Bioética, Ph.D. en Filosofía y Letras. Universidad de La Sabana. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: nubia.posada@unisabana.edu.co

Tomas Herrera Valenzuela

Pedagogo en Educación Física, Deportes y Recreación, Magister en Educación en Salud y Bienestar Humano, Candidato a Doctor en Ciencias de la Motricidad Humana. Universidad Andrés Bello, Universidad de las Américas. Santiago de Chile, Chile. Correo electrónico: tomasherrerava@yahoo.es

Zulay Antonieta Tagliaferro Bencomo

Médica Cirujana, Magíster en Salud Pública, Ph.D. en Salud Pública Medicina y Sociedad. Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado – UCLA. Estado Lara, Venezuela. Correo electrónico: ztagliaferro@ucla.edu.ve

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; se edita en el Departamento de Salud Pública de la Universidad de Caldas desde 1993, con una distribución nacional e internacional a entidades de carácter académico, asistencial y administrativo del sector salud. 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.
- Asuntos académicos.

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.

Asuntos Académicos: presenta información relacionada con temas de interés del área: normatividad, reglamentación, convocatorias y eventos científicos.

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 correcciones que se estimen necesarias para ajustar el documento a las indicaciones de la revista. Luego de esta revisión, será sometido a evaluación por pares académicos, quienes emiten un concepto recomendando o no, su publicación; se debe aclarar que la identidad de los autores no es revelada a los evaluadores, ni la de estos a los primeros. 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. 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.

Nota de copyright: ninguna publicación, nacional o extranjera, podrá reproducir ni traducir los artículos ni sus resúmenes sin previa autorización escrita del Comité Editorial de la revista *Hacia la Promoción de la Salud*.

PRESENTACIÓN DEL ARTÍCULO

Título y autores

El título del trabajo debe limitarse a máximo 15 palabras. 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, 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. Tener en cuenta que el primer autor será quien quedará registrado en las bases de datos de los diferentes servicios de indexación y resumen. Si son varios autores, se debe indicar en nota al pie el nombre de la persona a quien se le puede dirigir la correspondencia.

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, así: (*Fuente: DeCS, Bireme*); (*source: MeSH; NLM*). El número de palabras clave presentadas debe ser mínimo de tres y máximo 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 o 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. Las ilustraciones (gráficos, diagramas, dibujos, mapas, fotografías, entre otras) y los cuadros deben llevar sus respectivas leyendas y títulos, numerarse consecutivamente y su número será el mínimo necesario para explicar el tema.

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 31127-31131.

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 half-yearly publication of scientific character, indexed in the National Bibliographical Index Publindex of COLCIENCIAS. The journal has been published by the Department of Public Health of the Universidad de Caldas since 1993, with a national and international distribution to academic organizations. 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 Latin America and other countries around 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
- Academic matters

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 indicate: introduction, materials and methods, results, discussion, conclusions acknowledgements and references.

¹ Taken from National Bibliographical Base –NBB Publindex Bibliographical Index NacionalPublindex - IBN Publindex, August of 2006, p. 7.

Article revision: document resulting from a finished research where 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.³

Academic matters: It displays information related to subjects of interest of the area: scientific rules, regulations, official announcements and scientific events.

ARTICLE SELECTION FOR PUBLICATION

The study and the initial selection of writings are in charge of the Editorial Committee, which accepts or rejects the original texts based on the scientific quality and 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 style. After this revision, it will be put under evaluation by Academic Peers who express a concept recommending or denying its publication. It is necessary to clarify that neither the identity of the authors will be revealed to the evaluators nor the identity of the evaluators will be revealed to the authors. The reception of an article does not imply any commitment regarding its publication. Acknowledge receipt of the articles will be given, originals will not be returned, therefore, the author(s) must leave copy of all material sent. The articles 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.

²⁻³ Ibidem, p. 7.

ARTICLE SHIPMENT

The document must be sent to 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. The completed Authors' Commitment Declaration format, which can be downloaded from the Journal webpage, must be attached to this e-mail.

REPRODUCTION RIGHTS

If the document is accepted for publication the reproduction rights will then 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. 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 do 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.

Copyright Note: No publication, either national or foreign may reproduce or translate the articles or their abstracts without previous written consent from the Hacia la Promoción de la Salud Journal Editorial Committee.

ARTICLE PRESENTATION

Title and authors

The title of the work must not exceed 15 words.

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, 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. It must be taken into account that the first author's name will be the one appearing registered in the different data bases and abstracts services. If the article was written by several authors, the person to whom correspondence must be addressed should be indicated in a footnote.

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 bibliographical abbreviations and references. 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 he/she consulted the descriptors mentioned above as follows: (*Source: DeCs, Bireme*); (*source: MeSH; NLM*). The number of keywords presented must be minimum 3 and maximum 5.

Body of the article

The documents which result from investigation must be presented as follows introduction, materials and methods, results, discussion, conclusions, acknowledgements and references.

Introduction: it indicates the justification and/or objectives of the research; it includes a summary of the theoretical framework without including results or conclusions.

Materials and methods: it describes the type of study and its design, the population, the sampling 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: it 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. It confronts the conclusions with the objectives of the study.

Conclusions: they indicate the research most relevant findings from the point of view of the object of study. It is recommended that the research objectives are used as the basis for the development of conclusions, and they must include the different dimensions of the problem proposed.

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 it is not listed, write the complete name of the Journal.

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 graph must include the unit of measurement. 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 be the minimum necessary to explain the topic.

Abbreviations and initials

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

They 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. If it's absolutely necessary to cite unpublished sources, these must be mentioned in the text in parenthesis or in a footnote.

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 31127-31131.

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. 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 referencias².

Artigo de reflexão: documento que apresenta resultados da pesquisa terminada desde uma perspectiva analítica, interpretação ou critica do autor, sobre um tema específico, recorrendo a fontes originais³.

Assuntos Acadêmicos: apresenta informação relacionada com temas de interes da área: normatividade, regulamentação, convocatórias e eventos científicos.

SELEÇÃO DE ARTICULOS PARA PUBLICACÃO

O estudo e a seleção inicial dos escritos estão a cargo do Comitê Editorial, a qual aceita ou rechaça as originais, atendendo á qualidade científica e á concordância com as temáticas próprias da revista e a vigência temporal dos resultados. Além o comitê pode solicitar modificações e fazer as correções que estimam necessárias para ajustar o documento às indicações da revista. Logo desta revisão, será submetido à avaliação por Pares Acadêmicos, quens emitem um conceito recomendando ou não, deve se aclarar que a identidade dos autores não é revelada aos avaliadores, nem a de estes aos primeiros. 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 revisão e correção dos artigos implica um tempo que deve ser tido em conta pelo/autor/é, na decisão de envio do mesmo.

¹ Tomadou daBase Bibliográfica Nacional - BBN Publindex Índice Bibliográfico Nacional Publindex – IBN Publindex, agosto de 2006, p. 7.

²⁻³ Ibidem, p. 7.

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 tamanho 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. 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 cita 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.

Nota de copyright: nenhuma publicação, nacional ou estrangeira, poderá reproduzir os artigos nem seus resumos sem prévia autorização escritos pelo Comitê Editorial da revista para a Promoção da Saúde.

APRESENTAÇÃO DO ARTÍCULO

Títulos e autores

O título do trabalho deve limitar-se a máximo 15 palavras. 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, cidade, país e endereço eletrônico institucional ou corporativo de cada um dos autores. Se deve hierarquizar no caso de autor (es) com várias afiliações institucionais. Ter em conta que o primeiro autor será quem ficará registrado nas bases de dados dos diferentes serviços de indexação e resumo. Se forem vários autores, deve-se indicar em anotação de pé de página da pessoa a quem se lhe pode dirigir a correspondência.

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, assim: (fonte: DeCS, Bireme); (source: MeSH; NLH). O número de palavras apresentadas deve ser mínimo 3 e máximo 5.

Corpo do artigo

Os documentos que são resultados de pesquisa apresentam-se da seguinte maneira: Introdução, materiais, e métodos, resultados, discussão, conclusões, agradecimentos e referências bibliográficas.

Introdução: indica a justificativa e/ou 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 população, 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 arábigos 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. Os quadros devem levar suas respectivas lendas e títulos, numerar se consecutivamente e seu numero será o mínimo necessário para explicar o tema.

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 31127–31131. Alguns apartes foram tomados da Revista de Saúde Pública - -Journal of Public Health-. Vol. 9 No. 2 Informação e Instruções aos autores.

w w w . 4 - 7 2 . c o m . c o



LA RED POSTAL DE COLOMBIA

› Línea de Atención al Cliente Nacional ◀
01 8000 111210

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	

Suscriptores Nacionales por un año. (2) Ejemplares

Se debe consignar en Bancafé, cuenta de ahorros No. 255050114 código 00HD005
Promoción e indexación de publicaciones científicas.

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: revistascientificas@ucaldas.edu.co
reprosa@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



Revista
Cultura y Droga



Revista
Luna Azul (On Line)
<http://lunazul.ucaldas.edu.co>
Indexada en:
Publindex Categoría B
Index Copernicus, DOAJ



Revista
Biosalud
Indexada en:
Publindex Categoría B
Lilacs



Revista
Eleuthera
Indexada en:
Publindex Categoría C



Revista
Discusiones Filosóficas
Indexada en:
Publindex Categoría A2
Philosopher's Index
SciELO

Revistas





Revista Boletín Científico Museo de Historia Natural Indexada en: Publindex Categoría A2 SciELO



Revista Colombiana de las Artes Escénicas



Revista Veterinaria y Zootecnia Indexada en: Publindex Categoría C



Revista Hacia la promoción de la Salud Indexada en: Publindex Categoría A2 Lilacs SciELO



Revista Jurídicas Indexada en: Publindex Categoría C DialNet



Revista Latinoamericana de Estudios Educativos Indexada en: Publindex Categoría C



Revista Vector Indexada en: Publindex Categoría C



Revista de Antropología y Sociología (Virajes) Indexada en: Publindex Categoría C



Revista Universidad de Caldas



Revista Kepes Indexada en: Publindex Categoría C



Revista Latinoamericana de Estudios de Familia

Científicas





Esta revista se terminó de imprimir
en el mes de diciembre de 2011
en el taller de Capital Graphic
Universidad de Caldas
Manizales - Colombia