



**REVISTA
HACIA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD**
ISSN 0121-7577
- Fundada en 1993 -
Periodicidad semestral
Tiraje 300 ejemplares
Vol. 18, No. 2, 152 p.
julio - diciembre, 2013
Manizales – Colombia

Universidad de Caldas
Ricardo Gómez Giraldo
Rector
Luz Amalia Ríos Vásquez
Vicerrectora Académica
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 y de proyección de docentes, estudiantes y profesionales de las áreas de la salud, ciencias sociales y afines.

Indexada por
Literatura Latino Americana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS).
Índice Nacional de Publicaciones Seriadas Científicas y Tecnológicas Colombianas (Publindex – Categoría A2).
LATINDEX.
Scientific Electronic Library Online (SciELO).
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (REDALYC).
EBSCO Host Fuente Académica Premier.
SciELO Citation Index de ISI.

Directora
Consuelo Vélez Álvarez
Enfermera, Ph.D. en Salud Pública
Docente Universidad de Caldas

Directora Emérita
Consuelo García Ospina
Enfermera, Mg. en Educación
Jubilada Universidad de Caldas

Comité Editorial
Edgardo Cristian Molina Sotomayor
Licenciado en Educación Física, Ph.D. en Ciencias de la Actividad Física y la Salud
Docente Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación, Chile

María Victoria Zunzunegui Pastor
Física, Ph.D. en Epidemiología
Docente University of Montreal, Quebec, Canadá

Francisco Jiménez Guerra
Licenciado en Nutrición, Ph.D. en Epidemiología y Salud de la Población
Investigador Universidad Veracruzana, México

José Hoover Vanegas García
Filósofo, Ph.D. en Filosofía
Docente Universidad Autónoma de Manizales

María Eugenia Pico Merchán
Enfermera, Mg. en Educación y Desarrollo Humano
Docente Universidad de Caldas

Zoila Rosa Franco Peláez
Enfermera, Mg. en Filosofía y Ciencias Jurídicas
Docente Universidad de Caldas

María del Pilar Escobar Potes
Enfermera, Mg. en Investigación y Tecnología Educativa
Docente Universidad de Caldas

Asesora Académica
Sonia Inés Betancur López
Enfermera, Mg. en Desarrollo Educativo y Social
Docente Universidad de Caldas

Comité Científico
Patricia Arbeláez Montoya
Médica, Ph.D. en Epidemiología
Docente Universidad de Antioquia
Ana Luisa Velandia Mora
Enfermera, Ph.D. en Enfermería
Docente Universidad Nacional de Colombia
Gladys Eugenia Canaval Erazo
Enfermera, Ph.D. en Salud de la Mujer
Docente Universidad del Valle
Francisco Javier León Correa
Filósofo, Ph.D. en Filosofía y Letras
Docente Pontificia Universidad Católica de Chile
María Cecilia González Robledo
Odontóloga, Ph.D. en Ciencias de Salud Pública
Instituto Nacional de Salud Pública de México
Subdirectora de Proyectos Especiales de Desarrollo Institucional

Equipo de Apoyo a la Edición
Alexandra Giraldo Osorio
Profesional de Apoyo a la Revista
Joven Investigadora de Colciencias
Alejandra Chilatra Sánchez
Estudiante, Becaria de la Revista

Comité Técnico de la Edición
Juan David Giraldo Márquez
Coordinador Comité Técnico
Gerardo Quintero Castro
Corrección de Estilo
Silvia L. Spaggiari
Traductora al Inglés
Élida Duque Flórez
Traductora al Portugués
Juan David López González
Diagramación
Carlos Fernando Nieto Betancur
Implementación Metodología SciELO
Carlos Eduardo Tavera Pinzón
Soporte Tecnológico

Acceso en Línea
<http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/>

Ventas, Suscripciones y Canjes
Vicerrectoría de Investigaciones y 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>Zoila Rosa Franco Peláez</i>	
INVESTIGACIONES	
Bienestar subjetivo y actividad social con sentido histórico en adultos mayores	13
<i>Carmen Muñoz Muñoz</i>	
Resultados materno perinatales en la consulta de alto riesgo, SES Hospital de Caldas, 2009-2011	27
<i>Jorge Eduardo Vélez Arango</i> <i>Luis Edilberto Herrera Morales</i> <i>Fernando Arango Gómez</i> <i>Ana Lucía Herrera Betancourt</i> <i>Julio Alejandro Peña Duque</i>	
Registro para la localización y caracterización de la discapacidad, en relación a los marcos de referencia	41
<i>Elisa Andrea Cobo Mejía</i> <i>Carolina Sandoval Cuellar</i> <i>Yenny Maritza Alvarado Rojas</i>	
Evaluación de la conducta alimentaria en estudiantes de Tunja (Boyacá, Colombia) - 2012	55
<i>Lina Fernanda Barrera Sánchez</i> <i>Fred Gustavo Manrique-Abril</i> <i>Juan Manuel Ospina Díaz</i>	
Conocimientos y prácticas de gestantes y cuidadores sobre lactancia materna en cinco municipios caldenses. Colombia.	66
<i>María Victoria Benjumea R.</i> <i>Nelsy Cecilia Falla M.</i> <i>Liliana Jurado V.</i>	
La comunicación interna y la promoción de la salud. Estudio de caso en Madrid Salud.	79
<i>Edilson Bustamante Ospina</i>	

Educación para la salud: una experiencia con población indígena del departamento de Chocó	96
<i>Blanca Patricia Mantilla Uribe</i>	
<i>María del Pilar Oviedo Cáceres</i>	
<i>Andrea Hernández Quirama</i>	
<i>Nieves Zoraida Flórez García</i>	
Mitigar consecuencias del calentamiento global y efecto invernadero: reflexiones para la formación en salud	110
<i>Marina Sánchez Sanabria</i>	
<i>Mariemma Socarrás Vega</i>	
<i>Francia Esther Herrera</i>	
<i>Lina Tatiana Marín Picón</i>	
<i>Diomedes Artunes Noriega Galindo</i>	
Factores asociados al uso adecuado de la citología cérvico-uterina por mujeres de Cartagena (Colombia)	123
<i>Irma Yolanda Castillo Ávila</i>	
<i>Karen Margarita Aguilar Velasco</i>	
<i>Damaris Balaguera Serrano</i>	
<i>Heydy Linda González Amaris</i>	
<i>Melissa Mejía Barón</i>	
AUTORES	135
EVALUADORES	138
INDICACIONES PARA LOS AUTORES	140

CONTENTS

EDITORIAL

9

Zoila Rosa Franco Peláez

RESEARCHES

Subjective well-being and social activity with historical meaning for senior citizens

13

Carmen Muñoz Muñoz

Maternal and perinatal results in high risk consultation at SES Hospital de Caldas, 2009-2011

27

Jorge Eduardo Vélez Arango
Luis Edilberto Herrera Morales
Fernando Arango Gómez
Ana Lucía Herrera Betancourt
Julio Alejandro Peña Duque

Registration for location and characterization of disability in connection with frames of reference

41

Elisa Andrea Cobo Mejía
Carolina Sandoval Cuellar
Yenny Maritza Alvarado Rojas

Assessment of eating behaviors of students from Tunja (Boyacá, Colombia) - 2012

55

Lina Fernanda Barrera Sánchez
Fred Gustavo Manrique-Abril
Juan Manuel Ospina Díaz

Knowledge and practices of pregnant women and caregivers about breastfeeding in five municipalities from Caldas. Colombia.

66

María Victoria Benjumea R.
Nelsy Cecilia Falla M.
Liliana Jurado V.

Internal communication and health promotion. Case study in Madrid Salud.

79

Edilson Bustamante Ospina

Manizales (Colombia)	Vol. 18	No. 2	152 p.	July - December	2013	ISSN 0121-7577
----------------------	---------	-------	--------	-----------------	------	----------------

Health education: an experience with indigenous population from the Department of Chocó	96
<i>Blanca Patricia Mantilla Uribe</i>	
<i>María del Pilar Oviedo Cáceres</i>	
<i>Andrea Hernández Quirama</i>	
<i>Nieves Zoraida Flórez García</i>	
To mitigate effects of global warming and greenhouse effect: reflections for training in health	110
<i>Marina Sánchez Sanabria</i>	
<i>Mariemma Socarrás Vega</i>	
<i>Francia Esther Herrera</i>	
<i>Lina Tatiana Marín Picón</i>	
<i>Diomedes Artunes Noriega Galindo</i>	
Factors associated to the adequate use of pap smears by women in Cartagena (Colombia)	123
<i>Irma Yolanda Castillo Ávila</i>	
<i>Karen Margarita Aguilar Velasco</i>	
<i>Damaris Balaguera Serrano</i>	
<i>Heydy Linda González Amaris</i>	
<i>Melissa Mejía Barón</i>	
AUTHORS	135
EVALUATORS	138
AUTHOR GUIDELINES	143

CONTEÚDO

EDITORIAL

9

Zoila Rosa Franco Peláez

INVESTIGAÇÕES

Bem-estar subjetivo e atividade social com sentido histórico em pessoas da maior idade 13

Carmen Muñoz Muñoz

Resultados maternos perinatal em consulta alto risco, SES Hospital de Caldas, 2009-2011 27

Jorge Eduardo Vélez Arango
Luis Edilberto Herrera Morales
Fernando Arango Gómez
Ana Lucía Herrera Betancourt
Julio Alejandro Peña Duque

Local de inscrição e caracterização de deficiência em conexão com quadros de referência 41

Elisa Andrea Cobo Mejía
Carolina Sandoval Cuellar
Yenny Maritza Alvarado Rojas

Avaliação de alimentação comportamentos desses estudantes Tunja (Boyacá, Colombia) - 2012 55

Lina Fernanda Barrera Sánchez
Fred Gustavo Manrique-Abril
Juan Manuel Ospina Díaz

Conhecimentos e práticas de grávidas e lactantes de cuidadores em cinco municípios Caldas. Colombia. 66

María Victoria Benjumea R.
Nelsy Cecilia Falla M.
Liliana Jurado V.

A comunicação interna e a promoção da saúde. Estudo de caso em Madrid Salud. 79

Edilson Bustamante Ospina

Manizales (Colombia)	Vol. 18	No. 2	152 p.	Julho - Dezembro	2013	ISSN 0121-7577
----------------------	---------	-------	--------	------------------	------	----------------

Educação em saúde: uma experiência com indígenas do Estado de Chocó	96
<i>Blanca Patricia Mantilla Uribe</i>	
<i>María del Pilar Oviedo Cáceres</i>	
<i>Andrea Hernández Quirama</i>	
<i>Nieves Zoraida Flórez García</i>	
Mitigar os efeitos do aquecimento global e do efeito estufa: reflexões para a formação em saúde	110
<i>Marina Sánchez Sanabria</i>	
<i>Mariemma Socarrás Vega</i>	
<i>Francia Esther Herrera</i>	
<i>Lina Tatiana Marín Picón</i>	
<i>Diomedes Artunes Noriega Galindo</i>	
Fatores associados ao uso adequado da citologia cérvico-uterina por mulheres de Cartagena (Colombia)	123
<i>Irma Yolanda Castillo Ávila</i>	
<i>Karen Margarita Aguilar Velasco</i>	
<i>Damaris Balaguera Serrano</i>	
<i>Heydy Linda González Amaris</i>	
<i>Melissa Mejía Barón</i>	
AUTORES	135
AVALIADORES	138
INSTRUÇÕES PARA OS AUTORES	146

EDITORIAL

A propósito de la Quinta Conferencia Latinoamericana y cuarta conferencia Interamericana de Promoción de la Salud y Educación para la salud celebrada entre el 10-13 de abril de 2012 en Ciudad de México, vale la pena resaltar el auge que está tomando el Paradigma de los determinantes sociales de la salud con el fin de convocar a todos los sectores y fuerzas vivas de las naciones de la Región de las Américas a unir esfuerzos, articular compromisos y movilizar todas las entidades, Organizaciones, Instituciones y grupos humanos hacia el logro de una meta común que es la realización del derecho a la salud, como valor fundamental que le aporta al don de la vida y su calidad para lograr un desarrollo humano acorde con los más altos estándares de humanidad que requiere la especie para cumplir a cabalidad sus proyectos vitales reconociendo los principios de la dignidad humana como fundamento moral, ético, bioético y político, que hace posible la vitalización de los derechos humanos fundamentales; los sociales y los culturales para aportar a la construcción de sociedades más sanas, capaces de transformar circunstancias adversas, en oportunidades para identificar las posibilidades que posee cada colectivo humano de superar los obstáculos y las dificultades inherentes al devenir histórico que las realidades temporo espaciales le imponen a la humanidad en su proceso evolutivo.

El abordaje serio y riguroso iluminado por el conocimiento, apropiación e incorporación de los determinantes sociales y culturales de la salud, debe impulsar a los y las profesionales del sector salud y otras disciplinas del saber humano y social y demás sectores a desarrollar liderazgo social y capacidades de alta gerencia para orientar positivamente la formulación de políticas públicas de salud, desde el nivel local, departamental y nacional, para liberar a los ciudadanos Colombianos de los resultados que ha dejado la vigencia de la ley 100/93 de seguridad social en salud durante los últimos 20 años.

Es necesario en estos momentos reconocer los esfuerzos realizados no solo por el ministerio de salud y protección social, con la reglamentación de la Ley 1438, que trata de impulsar y retomar la atención primaria de la salud con el tema de la Intersectorialidad, la autodeterminación y auto responsabilidad de los ciudadanos y colectivos sociales y culturales para incidir en la salud individual y grupal, sino también de los académicos Colombianos que se han propuesto poner al alcance de los ciudadanos de a pié sus propuestas de transformación del actual sistema mal llamado de salud, que ha producido por cuenta de la intermediación y excesiva burocratización mas enfermedad y muerte, que garantías para la realización del derecho a al salud de los Colombianos y Colombianas.

La meta propuesta es responsabilidad de todos y todas, y la participación ciudadana activa y contundente favorecerá una nueva legislación más acorde con las verdaderas necesidades de cubrimiento, calidad y oportunidad que requiere el cuidado de la enfermedad para recuperar la salud como patrimonio de la

calidad de vida; la promoción de la salud debe tener la suficiente fortaleza para concienciar a cada ser humano sobre la salutogénesis, mediante las buenas prácticas de salud, como el tratado o el estudio de las teorías y postulados sobre la misma.

La pregunta que realizan los estudiantes es ¿Como este tema tan importante por lo esencial para el sector salud por su relación y conexidad con la vida no ha trascendido a las ciencias sociales y humanas?

Y vaya pregunta, de largo aliento y grueso calibre a propósito de las directrices mundiales que marcan pautas a los gobiernos del mundo ; añejas reflexiones sobre los determinantes sociales y ambientales, o condicionantes culturales, para lograr la confluencia de todas las fuerzas vivas de la sociedad y propender por la salud como uno de los aspectos centrales de la calidad de vida de los ciudadanos del mundo; para mantener sus capacidades vigentes y asegurar así la realización de los derechos humanos, sociales y culturales; lograr un desarrollo humano acorde con las posibilidades existentes y trabajar por el bien común y el interés general de las naciones.

Conclusión: Introducir la Salutogénesis en el estudio, enseñanza y aprendizaje de la Bioética es la propuesta para integrar campos de conocimiento como puentes para propiciar encuentros en vez de profundizar desencuentros, el sueño de los Bioeticistas de hoy que con la integración de los determinantes, propugnan por la protección con posibilidad para los marginados de la sociedad

ZOILA ROSA FRANCO PELAEZ.

Docente Titular Investigadora y Extensionista
Departamento de Desarrollo Humano
Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales
Universidad de Caldas



Investigaciones

BIENESTAR SUBJETIVO Y ACTIVIDAD SOCIAL CON SENTIDO HISTÓRICO EN ADULTOS MAYORES

Carmen Muñoz Muñoz*

Recibido en marzo 6 de 2013, aceptado en julio 11 de 2013

Citar este artículo así:

Muñoz C. Bienestar subjetivo y actividad social con sentido histórico en adultos mayores. *Hacia promoc. salud.* 2013; 18(2):13-26.

Resumen

Objetivos: Identificar efectos de la actividad social con sentido territorial en un grupo de adultos mayores residentes en la comuna de Valdivia (Chile); secundariamente, propiciar una instancia de interacción social para los mismos, mediante estrategias participativas y problematizadoras. **Método:** El presente artículo muestra los resultados de una investigación-acción participativa con 34 adultos mayores durante 14 semanas de trabajo (realizada entre julio y diciembre del año 2012), en la comuna de Valdivia, Región de Los Ríos, Chile. Se sintetiza el resultado de diagnósticos integrales, realizado mediante entrevistas individuales; un taller de 10 sesiones de estimulación cognitiva (asentado en la memoria biográfica); intervención individual y la reconstrucción histórica-colectiva del territorio del que son parte, mediante cuatro entrevistas en profundidad. **Resultados:** La intervención muestra una caracterización de los participantes, referidos a sus lazos de apoyo social y su efecto en el sentido de bienestar; además se reconstruye la historia de la unidad territorial como producto del trabajo de reminiscencia y memoria biográfica. **Conclusiones:** La sistematización de la investigación-acción muestra cómo la actividad social en los adultos mayores, adquiere potencial para el bienestar de los mismos, en la medida en que esta tiene un sentido territorial, que profundiza la pertenencia y la vida en comunidad.

Palabras clave

Envejecimiento, adulto mayor, salud del anciano, memoria a largo plazo, participación social (*fuentes: DeCS, BERIME*).

* Terapeuta Ocupacional. Dra. en Ciencias de la Salud Colectiva. Instituto de Aparato Locomotor y Rehabilitación. Facultad de Medicina. Universidad Austral de Chile. Valdivia, Región de Los Ríos, Chile. Correo electrónico: cgmunoz@uach.cl

SUBJECTIVE WELL-BEING AND SOCIAL ACTIVITY WITH HISTORICAL MEANING FOR SENIOR CITIZENS

Abstract

Objectives: To identify the effects of social activity with territorial meaning in a group of senior citizens living in Valdivia (Chile), and to favor a setting for social interaction among them using participative and problematizing strategies. **Method:** The article presents the results obtained in a participatory action research project with thirty senior citizens over a period of fourteen weeks, carried out in 2012 in the Valdivia community, Los Rios Region, Chile. The integral diagnosis results carried out through individual interviews, a 10 sessions cognitive stimulation workshop (registered in the biographic memory), individual intervention and Historical-collective reconstruction of the territory they belong to through four interviews in depth, are synthesized. **Results:** The intervention shows a characterization of the participants according to their connection with social support and, the sense of wellbeing it provided. The paper also reconstructs the history of territorial unity as the product of reminiscence and biographic memory. **Conclusion:** Systematization of the action research indicates how social activity in senior citizens has a positive effect on their welfare as long as it provides a territorial meaning which deepens the sense of belonging and life in community.

Key words

Aging, senior citizen, health of the elderly, long-term memory, social participation (*source: DeCS, BIREME*).

BEM-ESTAR SUBJETIVO E ATIVIDADE SOCIAL COM SENTIDO HISTÓRICO EM PESSOAS DA MAIOR IDADE

Resumo

Objetivos: Identificar efeitos da atividade social com sentido territorial em um grupo de pessoas da maior idade residentes na comuna de Valdivia (Chile); secundariamente, propiciar um espaço de interação social para as mesmas, mediante estratégias participativas e de problematização. **Método:** Este artigo mostra os resultados de uma investigação-ação participativa com trinta e quatro pessoas da maior idade durante quatorze semanas de trabalho (realizado entre julho e dezembro do ano 2012), na comuna de Valdivia, Região de Los Ríos, Chile. Sintetiza-se o resultado de diagnósticos integrais realizados mediante entrevistas individuais; uma oficina de dez sessões de estimulação cognitiva (assentada na memória biográfica); intervenção individual e reconstrução histórica-coletiva do território do qual são parte, mediante quatro entrevistas em profundidade. **Resultados:** A intervenção mostra uma caracterização dos participantes, referidos aos seus laços de apoio social e o seu efeito no sentido de bem estar; além disso, a história da unidade territorial é reconstruída como produto do trabalho de reminiscência e memória biográfica. **Conclusões:** A sistematização da investigação-ação mostra como a atividade social nas pessoas da maior idade adquire potencial para o bem estar das mesmas, na medida em que ela tem um sentido territorial que aprofunda a pertinência e a vida na comunidade.

Palavras Chave

Envelhecimento, pessoa da maior idade, saúde do idoso, memória de longo prazo, participação social (*fonte: DeCS, BIREME*).

INTRODUCCIÓN

La situación de envejecimiento –no obstante fenómeno natural–, es un proceso que genera profundas transformaciones, tanto a nivel biológico, psicológico como social (1). Si bien el componente biológico suele dar un marco de mayor fragilidad a la autonomía y adaptabilidad, este no lo determina; así tampoco, la estabilidad psicológica comanda en sí misma el “buen envejecimiento” (2). Si bien son elementos relevantes, la forma en que estos se relacionan con el medio social *para la actividad social*, jugaría el rol eje de la mencionada estabilidad a través de soporte social (2-4).

Frente a las esperadas alteraciones en la situación de salud, el cese de la actividad productiva, cambios en la estructura y dinámicas familiares, la participación en actividades sociales provee a los adultos mayores de una instancia de (re) construcción de roles socialmente valorados, de logro de sentido a los cambios que se experimentan, de cobertura de las necesidades de inclusión (para la obtención de comunicación y contacto), de control (logro de seguridad y poder sobre otro) y afecto (vínculos de apego) (5, 6). Por otra parte, estos cambios demandan la reorganización del involucramiento en ocupaciones significativas, tensionando el equilibrio entre intereses, habilidades y responsabilidades o expectativas sociales (7-9).

Al igual que ocurre a nivel internacional, Chile sigue una curva ascendente de población adulta mayor. Las orientaciones sanitarias al respecto, ratifican el mensaje de la Organización Mundial de la Salud, quien define el estado de salud de los adultos mayores en torno al mantenimiento de la capacidad funcional de los mismos (10); esto, impone propiciar el máximo de autonomía individual para el diario vivir, así como detectar situaciones que la pongan en riesgo. Esta comprensión se torna un desafío para la intervención de los agentes sanitarios, al orientarse a concientizar sobre la valoración de la autonomía

y del cuidado de sí mismo como estrategia, así como a propiciar la interacción y colaboración con terceros (4, 10, 11).

Chile muestra un crecimiento acelerado de la población de adultos mayores; según datos preliminares del CENSO 2012¹, un 16% de la población nacional tiene más de 60 años (12). De estos, un 8,7% refirió en el año 2011, participación en algún tipo de organizaciones sociales, 9,7% en organizaciones religiosas o de iglesia, 7,5% en agrupaciones de adultos mayores y un 5,7% en otras (club deportivo o recreativo, agrupaciones artísticas, grupos de identidad cultural, de mujeres, de voluntariado, o de autoayuda en salud, entre otras). La Región de Los Ríos, localidad donde esta investigación se desarrolló, presenta un índice de envejecimiento de 80,9,² uno de los más altos a nivel nacional (13).

La investigación que se presenta surgió desde la demanda del Grupo de Acción Social de la parroquia San José Obrero, en la Región de Los Ríos, Chile. Este grupo, está constituido por seis mujeres y es parte de la comunidad religiosa católica de la zona; existe hace ocho años de forma continua y su historia se presenta como producto de una de las etapas de investigación. En el mes de julio de 2012, manifiestan su interés en generar una nueva instancia de participación para la comunidad de adultos mayores del barrio conocido como Isla Teja antigua, buscando de esa manera apoyo técnico y de recursos humanos.

Así, el objetivo de la iniciativa fue por un lado, propiciar una instancia de interacción social para el grupo de adultos mayores de la microunidad vecinal de Isla Teja antigua mediante estrategias de identificación y sensibilización sobre sus problemas, a objeto de generar organización y movilización a partir de los mismos. Las modalidades de trabajo descritas, ejecutadas con

¹ Mecanismo estadístico de conteo de población, que en Chile se realiza cada 10 años.

² Número de personas de 60 años y más por cada 100 menores de 15 años.

estudiantes de penúltimo año de la carrera de Terapia Ocupacional de la Universidad Austral de Chile, significó poner en un primer plano la acción de promoción del bienestar por sobre la estrategia de tratamiento especializado geriátrico.

Por otro lado, buscamos mediante esta investigación, acercarnos al fenómeno del envejecimiento y la satisfacción de necesidades para la calidad de vida, integrando el componente social y de la identificación del concepto de “bienestar subjetivo”, como el grado de satisfacción que experimentan las personas cuando hacen una valoración o juicio global sobre sus vidas. En esta dinámica, cotejamos cómo las condiciones objetivas de vida: cuidado familiar, salud, involucramiento en actividades laborales y recreativas, las prestaciones estatales y la satisfacción de las necesidades de relación social, construyen el mismo (14). Nos propusimos la integralidad de ambos objetivos, mediante la utilización de una investigación de tipo participativa.

MÉTODO

Se condujo un estudio cualitativo, con diseño de investigación-acción, tipo participativo (15). Este se seleccionó para conjugar una respuesta ante una necesidad sentida por el Grupo de Acción Social —en calidad de líderes locales—, pero a su vez, iniciar un trabajo reflexivo que articulara una línea de trabajo preventivo y promocional de la salud. La aspiración de generar cambio social a través de prácticas concretas y la toma de conciencia que permitieran proyectar la intervención más allá de la presencia de un referente técnico en un mediano plazo, fue el propósito que guió la intervención. Así, por medio del trabajo investigativo, se buscó contribuir a la transformación de los involucrados y el impacto de ello en su realidad cercana (15, 16).

La zona de estudio correspondió a la Región de Los Ríos (distante a 800 kilómetros al sur de la capital de Chile), que con una población de 363.887 habitantes, concentra en la comuna de Valdivia un 42,3% de la población (140.000 habitantes) (12). Perteneciente a esta comuna, la Isla Teja corresponde a un “barrio-urbano”, con una población de 5.267 habitantes en aproximadamente 16 km² de terreno (550 hectáreas); esta es parte ancla del sistema de islotes que enfrenta al territorio continental, rodeada de los ríos Cruces y Valdivia (17, 18).

La primera fase del trabajo investigativo consistió en dos reuniones de diagnóstico y coordinación entre el Grupo de Acción Social y los profesionales de enlace del grupo de investigación. Siguiendo los primeros ocho pasos de lo propuesto por el Método Altadir de Planificación Popular (MAPP) en relación a: la identificación y descripción de problemas, análisis de causas y consecuencias del mismo, definición de objetivos, identificación de causas críticas y selección-diseño de operaciones para atacar las causas principales de los problemas (19).

Las técnicas utilizadas fueron entrevistas conversacionales (20) que giraron en torno a las necesidades identificadas por el Grupo de Acción Social, en referencia a ellas mismas y aquellas que se estimaban como parte de la población objetivo. El liderazgo del trabajo fue compartido entre el equipo investigador y el Grupo de Acción Social. De esta etapa de análisis y planificación inicial, se desprendieron las fases de intervención (Tabla 1). De acuerdo a los recursos disponibles, se consensuó un tiempo total de 14 semanas de trabajo, a razón de una tarde a la semana.

Tabla 1. Etapas de la investigación-acción con adultos mayores, Valdivia-Chile, año 2012

Etapa	Herramientas metodológicas	Participantes
Planificación inicial con GrAS de la parroquia San José Obrero	Entrevistas conversacionales en la lógica de MAPP	4 líderes
Diagnóstico con población beneficiaria	Entrevistas semi-estructuradas	34 adultos mayores
Intervención en modalidad grupal	10 sesiones de taller de estimulación cognitiva	26 adultos mayores
Intervención en domicilio	Atención a personas postradas	6 usuarias
Reconstrucción socio-histórica participativa	Entrevistas conversacionales Entrevistas en profundidad-enfocadas Revisión documental	8 informantes clave, asistentes a taller

* GrAS: Grupo de Acción Social parroquia San José Obrero, comuna de Valdivia.

Fuente: *Elaboración propia.*

Fueron definidos como criterios de inclusión de los participantes de la intervención: la edad (mayores de 60 años) y la residencia en el sector Isla Teja antigua de la comuna de Valdivia; constituyendo una muestra por conveniencia, de tipo no probabilística (15). Fueron invitados a participar en una primera instancia, aquellos adultos

mayores conocidos por el Grupo de Acción Social, vinculados a la acción de la Iglesia. Paralelamente, se amplió la convocatoria por medio de invitación espontánea de los mismos involucrados, a modo de “bola de nieve” (15). El diagnóstico individual de la población seleccionada, se ejecutó mediante una entrevista semi-estructurada (Tabla 2).

Tabla 2. Guión de entrevistas a población participante, Valdivia-Chile, año 2012

Ámbito	Dimensión
Antecedentes generales	Nombre, edad, estado civil, situación de ingreso económico
Antecedentes familiares y sociales	Red de apoyo social primaria-familiar y sus características
Principales ocupaciones	Desempeño en ocupaciones actual y su correlato en el pasado
Situación de salud actual	Tipos y periodicidad de tratamientos; problemas de salud física, mental y/o social.
Participación en actividades comunitarias	En el pasado, presente y predisposición e interés a incorporarse en mediano plazo.
Intereses	A explorar y/o desarrollar en instancia propuesta por GrAM

* GrAM: Grupo de Adultos Mayores.

Fuente: *Elaboración propia.*

Se identificaron, a partir de este, un total de seis adultos mayores, familiares o cercanos a la población objetivo, que por condición de salud, se

encontraban postrados y que requirieron atención de sus necesidades en contexto domiciliario.

RESULTADOS

Caracterización de la población beneficiaria

La primera fase de trabajo, denominada “planificación inicial” con las líderes del Grupo de Acción Social, permitió una caracterización preliminar de las necesidades de la población beneficiaria, originada en su conocimiento de la comunidad; entre ellas, destacaron un alto interés en actividades socio-recreativas de una parte importante de los adultos mayores; algunos de los cuales, mantenían una activa participación en el Club de Adultos Mayores del barrio (Luz y Amor), mientras otros, en instancias propiciadas por el departamento municipal de la comuna de Valdivia.

Las principales inquietudes entonces dijeron relación con tres aspectos: primero, que las actividades disponibles se encontraban prioritariamente enmarcadas en las manualidades y la activación física, que si bien podían identificar como positivas para el bienestar, no tenían un correlato técnico u orientación preventiva directa sobre la salud de los participantes. En segundo término, apareció la necesidad de diversificar las posibilidades de participación en la unidad territorial, aduciendo que los costos atribuibles a traslados, impacta en la mantención constante de la participación en muchos de ellos.

En tercer término, Acción Social, manifestó el interés de apoyar la organización de un nuevo grupo de adultos mayores, que a mediano plazo, formara parte de la red de la parroquia y que funcionara de forma permanente, complementando y diversificando las posibilidades de participación para esta población; en una potenciación del grupo ya existente en el barrio.

El proceso de diagnóstico con la población beneficiaria, entregó una caracterización general de los 34 adultos mayores entrevistados, donde pudo identificarse una alta motivación por actividad social o socio-recreativa; un alto sentido de pertenencia a la parroquia, al Grupo de Acción Social y al territorio en cuestión. Este proceso ratificó que un número importante de ellos contaba ya con a lo menos un espacio comunitario de participación en actividades sociales.

Con una amplia predominancia de mujeres por sobre hombres, la totalidad se muestra identificada con roles ocupacionales vinculados al cuidado del hogar y un tercio identifica una segunda actividad significativa (Tabla 3). No obstante, los cambios sociales/afectivos propios de la edad –como el fallecimiento de parejas y/o partida de hijos/as–, la totalidad vive en compañía de por lo menos un familiar o es visitada/o a diario; aspecto al que los adultos mayores atribuyen alto significado vinculado al bienestar.

Tabla 3. Caracterización de participantes en la investigación, Valdivia-Chile, año 2012

	Edad	Ocupación actual	Estado civil	Total
Hombres	2 entre 60-70 años	2 Trabajadores activos	2 Casados	6
	4 de 71 años y más	1 Dueño de casa	3 Casados	
		3 Jubilados	1 Viudo	
Mujeres	16 entre 60-70 años	10 Dueñas de casa	9 Casadas	28
		6 Dueñas de casa y otra ocupación	4 Viudas 2 Solteras 1 Separada	
	12 de 71 años y más	6 Dueñas de casa	3 Casadas	
		6 Jubiladas	8 Viudas 1 Soltera	
Total participantes				34

Fuente: Elaboración propia.

En el ámbito de la percepción de salud, aparece predominantemente la referencia a diagnósticos médicos de problemas metabólicos crónicos: hipertensión arterial y diabetes, con una alta concomitancia de cuadros osteoarticulares; principalmente identificados como limitantes para las labores del hogar y secundariamente, para los traslados extensos, por fuera de los límites de la unidad territorial. Consultados sobre la descripción del estado de salud en lo cotidiano, no necesariamente vinculado a diagnóstico médico, aparece el dolor y el cansancio como lo más relevante. En esta misma línea, llama la atención la ausencia de referencias a problemas de ánimo como diagnóstico o como percepción subjetiva de malestar.

Referido a la participación en actividades sociales, la totalidad le otorga un alto sentido para su estado de bienestar, con alta adherencia a la comunidad desde el precepto católico de la misma; más de la mitad de los entrevistados refirió tener participación activa en por lo menos un grupo comunitario, mientras que siete de ellos, lo identifica en el pasado. Entre quienes no la refieren, aparece el cuidado de otro o del hogar como mayor obstáculo del mismo.

Sobre la identificación de redes comunitarias individuales, estas se concentran mayormente en los planos familiares y comunitarios, dentro de los cuales, las de carácter religioso parecen ser las más cercanas y referidas, seguidas por las organizaciones deportivas y de adultos mayores, por sobre las institucionales tradicionales (policía y bomberos, entre otras).

La totalidad de participantes refiere aspectos positivos de la vida en la unidad Teja antigua, dentro de lo cual, se destaca la proximidad y familiaridad entre vecinos, facilitada por el tamaño reducido de la zona geográfica. Si bien la identificación con la unidad territorial es alta, no parece extenderse más allá de los límites de la misma. Aspectos como la necesidad de mejores medios de transporte público

que conecten con los dispositivos sanitarios y otros de carácter comercial (bancos, hipermercados o casas comerciales) aparece como un aspecto negativo de la vida en la misma.

Intervención grupal en modalidad de taller de estimulación cognitiva

El taller de estimulación cognitiva se realizó en un total de ocho sesiones, a razón de una vez por semana. Fue diseñado a partir del resultado de la evaluación inicial individual a los adultos mayores, sobre intereses, expectativas, necesidades y estado cognoscitivo, buscando además estimular el sentido de cohesión grupal. Tras la identificación de “ausencia de alteraciones cognitivas”, en la totalidad de los participantes, según la escala de deterioro global de Reisberg (21), el taller se enfocó en la estimulación de los procesos de *atención y memoria*; atendiendo a que son estos los que más tempranamente se ven comprometidos en el proceso de deterioro natural de envejecimiento y del cual dependerían otros de mayor complejidad (22).

Las actividades seleccionadas trabajaron sobre procesamiento, aprendizajes nuevos y recuperación de información; solución de problemas y rapidez de respuestas; tareas que requirieron de manera individual y colaborativa, la atención dividida entre dos o más tareas, inversión de secuencias, codificación y organización de información mediante memoria de corto y mediano plazo en funciones ejecutivas.

Además, las actividades fueron diseñadas para el rescate de la reconstrucción autobiográfica de los participantes, a través de reminiscencia de episodios individuales y colectivos con sentido histórico y de arraigo territorial, utilizando metodología problematizadora, recreativa y lúdica. Participaron en las 10 sesiones de taller de estimulación cognitiva un total de 26 personas; cinco de ellas en la totalidad de las sesiones, mientras que 17 asistieron a más del cincuenta por ciento, considerado como el mínimo necesario

para el logro de los objetivos propuestos; nueve de los convocados iniciales tuvieron una asistencia discontinua.

Los ocho casos de las personas entrevistadas que no se incluyeron en el taller de estimulación cognitiva, se debieron a desinterés de las mismas por esta instancia, presentando claros otros intereses por instancias de participación social; otras tres, se encontraban por distintas circunstancias con dificultad de salir de su hogar, motivo por el cual fueron atendidas en sus domicilios.

Intervención en domicilio

En la etapa de planificación inicial (Tabla 1), el Grupo de Acción Social presentó como necesaria la intervención en domicilio a personas adultas mayores postradas, ya identificadas por ellas. A este grupo se sumaron los tres casos que no podían gestionar asistencia a taller por cumplir con rol de cuidadores exclusivos. Si bien el programa de atención de postrados del dispositivo de Atención Primaria municipal atiende de forma bi-mensual los requerimientos básicos de evaluación médica, esta no es suficiente para cubrir una evaluación e intervención integral que incluya, entre otros aspectos, el trabajo con los cuidadores.

En esta parte de la intervención, junto con estudiantes de cuarto año de la carrera de Terapia Ocupacional, se visitó de manera sistemática a un total de seis personas, con trabajo destinado al adulto mayor postrado y su respectivo cuidador. La evaluación e intervención siguió la lógica de la “valoración geriátrica integral” (23), que considera tanto el estado motor, mental y psicológico de los adultos mayores como el de los cuidadores, con el propósito de detectar problemas, capacidades y necesidades funcionales, clínicas y socio-familiares; diagnóstico de redes, apoyo y participación social.

En tres de los casos, la intervención con las adultas mayores postradas, se centró en la educación

para el posicionamiento y activación motora por parte del cuidador y en la motivación a ejecución de ocupaciones de baja demanda motora, con asistencia. Por otra parte, la intervención buscó la activación de redes familiares, comunitarias e institucionales, que permitieran a los cuidadores, la incorporación en actividades sociales comunitarias, objetivo logrado en uno de los casos.

Los otros tres casos atendidos en domicilio, estuvieron destinados a personas con severas limitaciones funcionales, atribuidas a situación de salud: problemas osteoarticulares y capacidad cardiorrespiratoria disminuida; la intervención por tanto giró en torno a la adaptación ambiental y educación participativa para la conservación de energía y protección articular.

El sentido socio-histórico de pertenencia a la unidad territorial de los adultos mayores

Isla Teja estuvo hasta 1960 históricamente vinculada al desarrollo económico de la ciudad, gracias a la presencia de una zona industrial que rodeaba la parte este del río Valdivia. La fábrica de calzados Rudloff y su respectiva curtiembre (que llegó a emplear a más de 600 trabajadores), la cervecería Anwandter y la refinería de azúcar Hoffmann (además productora de harina y granos) dieron cuerpo a lo que hoy es conocido como “Teja antigua o teja histórica”, un cordón urbano, comprendido entre las calles Los Lingues, Rudloff, Los Pelúes y Los Avellanos.

A inicios del siglo XX, el asentamiento de estas empresas imponía la demanda diaria de transporte fluvial de trabajadores, subvencionada por los lanchones que las empresas debían disponer, con las subsecuentes dificultades de acceso en época invernal³; esto motivó la construcción de

3 Valdivia se caracteriza por tener un clima templado-lluvioso, con precipitaciones abundantes, que suelen ser constantes a lo largo del año, aunque con mayor intensidad entre los meses de marzo a septiembre.

poblaciones en terrenos propios de la empresas, que con forma de franjas transversales de un extremo a otro de la isla, fueron habitadas por los trabajadores y sus familias. La población de la cervecería, la del seguro social, el sector autoconstrucción (producto de una toma de terrenos de habitantes de Valdivia sin casas) y los conventillos configuraron el paisaje de la localidad, solo compartido con la rica flora y fauna nativa de la zona.

Tras la construcción del puente Pedro de Valdivia en 1954, Isla Teja recibió gran cantidad de residentes, en buena parte impulsada por la construcción del campus más extenso de la Universidad Austral de Chile. Actualmente, se le identifica como polo cultural y de comercio exclusivo, además del marcado giro residencial “acomodado” de la ciudad (24). Este fenómeno migratorio, es referido por una de las entrevistadas como el gatillante del enclave que ahora denota una marcada diferenciación social:

[...] si uno camina más allá, la diferencia de las casas es enorme, la calidad de las casas, el tamaño, los jardines, todas esas cosas... también la gente, igual se notan distinta, es normal también porque aunque esto fue un barrio de casi puros obreros, igual las generaciones han ido cambiando... y superándose. (Conversación con Sra. Maritza, diciembre 2012)

La nueva configuración urbano-social, y el cierre paulatino de las industrias tras el megaterremoto y tsunami de 1960 en la zona de Valdivia, hizo que el “barrio histórico” de Isla Teja fuera quedando como un enclave con características particulares y diferenciadoras: casas pequeñas en terrenos amplios, para ser dedicados al cultivo de hortalizas para consumo familiar; heterogeneidad de arquitectura, dada principalmente por las iniciativas autónomas de mantención y mejora de las mismas; un desarrollo de organizaciones comunitarias que ha girado en torno a esta configuración barrial, que queda lentamente aislada socialmente, pero por

sobre todo, una población con un alto sentido de pertenencia y arraigo histórico, lazos de amistad y consanguinidad estrechos, de los que actualmente siguen siendo la primera generación de habitantes de la zona, extrabajadores de las industrias descritas y adultos mayores:

[...] se conocen todos, se conocen las familias... si alguien vive ahí fueron juntos al colegio; el entorno, o sea, la Teja... esta calle con la otra y adonde yo vivo es un cuadrado donde todos se conocen, son como familia, a veces uno está conversando con una persona equis y no tiene idea que es familiar de otro que también conoce [...]. (Conversación con Sra. Ana María, diciembre 2012)

La configuración de organizaciones comunitarias del barrio histórico de Isla Teja está fuertemente unida a la historia descrita; así, el club deportivo Teja Independiente aunó los diversos equipos de las industrias de la zona en el año 1943; la actual escuela Alemania (exescuela n° 63) y la única junta vecinal (n° 4) son referentes de los vecinos (24).

Santa Inés es una de las 17 parroquias de la Diócesis de Valdivia y cuenta con la capilla San José Obrero, ubicada en el barrio histórico de Isla Teja. Construida en 1935, en terrenos donados por la empresa Rudloff, escogió a su patrono en función de su asociación como “patrono de los trabajadores”: “[...] del barrio antiguo, esta es la primera que se fundó por la gente que vivía aquí de las industrias, y este era el barrio de los trabajadores” (conversación con Sra. Maritza, diciembre 2012).

Cuando en 1976 es demolida, gran parte de sus feligreses no logra vincularse en forma activa a Santa Inés, y a mediados de los años 80 retoma la Eucaristía dominical en el comedor del entonces denominado Centro Comunitario San José, instancia creada como apoyo a la población ante la grave situación socioeconómica por la que atravesaba el país en época de crisis económica

mundial: “[...] la gente seguía añorando su capilla acá, no se acostumbró a la Santa Inés, porque era de la otra Teja” (conversación con Sra. Flor, diciembre 2012).

Así, en el año 2002 se construye la actual infraestructura y San José es una capilla oficialmente adosada a Santa Inés (25), que los entrevistados refieren como una de las organizaciones que mayor identidad aporta al barrio Isla Teja antigua.

DISCUSIÓN

A la luz de los resultados, es posible poner en tensión las teorías más clásicas de la psicogeriatría para explicar el envejecimiento y el rol atribuido a la participación en actividades sociales en el mismo: la teoría del *desapego*, que identifica como natural la reducción de interés vital por lo que les rodea a los adultos mayores y la teoría del *apego* o la *actividad*, que definen a esta última como un pilar indiscutiblemente positivo para el sujeto, indistintamente su edad (26). Los hallazgos encontrados, referidos al estado de “actividad social” mantenida, automotivada y con impacto en el sentido de bienestar, parecen más apegados a teorías nuevas, como las normativas, orientadas al sentido de la gerotrascendencia y aquellas que apuntan a la teoría de la desvinculación selectiva, donde ocurriría una desvinculación mutua, del adulto mayor y de la sociedad, que no traducen exclusivamente en abandono (27, 28).

El sentido de vida en comunidad y el lugar en la historia que estos adultos mayores atribuyen a su discurso, parece envolver momentos de pausa y menor actividad objetiva, como una forma de alimentar la actividad interna. Esta se basaría en la historización y apropiación a través de la autorreflexión para la gerotrascendencia (29); pero entonces, ¿cuál sería el nivel o cuota normal de actividad y aún más específicamente de actividad social óptima de un adulto mayor?, ¿es aquella históricamente mantenida o una proyección

ajustada a su inevitable estado de salud?, sin duda, esto pone en cuestión las lógicas de comprensión de los límites entre “lo sano y lo enfermo”, pero también sobre la autonomía y el valor de la actividad con sentido y significado subjetivo, que dé pie a esa pausa reflexiva llena de valores, deseos y costumbres.

La asistencia y persistencia en actividad grupal (taller), refleja el valor a ese “sentido de vida en comunidad” que genera adherencia, por sobre el objetivo terapéutico mismo y posiciona el elemento promocional de la salud. La estimulación de la memoria autobiográfica a través de la reminiscencia, se ha posicionado como una estrategia desde las intervenciones psicogerontológicas, especialmente para personas con demencias, no obstante, se sitúa también en el campo de lo preventivo, mediante el trabajo de asociación de lo emotivo con la personalidad y de la intervención grupal como estrategia interventiva, como ha sido en esta investigación presentada. Esta reminiscencia, que no es otra cosa que la reconstrucción narrativa de la memoria tipo autobiográfica, permitiría trabajar con los recuerdos, organizados gracias a la carga emotiva y al significado de los mismos (30-32).

La actividad social así, que como medio o como fin en sí misma se asienta en la memoria autobiográfica, resulta relevante para el mantenimiento y/o restablecimiento del bienestar; no obstante, impone en la adultez mayor, la carga de un modelo de sociabilidad histórica individual, que incluye hábitos, costumbres, creencias y expectativas con respecto a la misma, que han de ser incorporados en la medida en que constituye relato bibliográfico, con sentido individual, pero también colectivo. La frecuente desaparición de los círculos sociales de pertenencia, asociada a la jubilación, o muerte de familiares, pareja, amigos y/o compañeros de trabajo, la mayoría de las veces insustituibles, pueden facilitar el estrechamiento de redes sociales u obstaculizar el despliegue de nuevos involucramientos (33, 34).

Por otra parte, la experiencia y modalidad participativa de esta investigación con la comunidad organizada de adultos mayores, nos lleva a reflexionar de manera especial sobre dos de los mitos más grandes que rondan habitualmente la intervención comunitaria en salud: primero, aquel que presume, erróneamente por cierto, que la comunidad requiere apoyo para la organización y acción social, debido a la carencia de espontaneidad y proactividad para la misma; segundo, que los adultos mayores son seres pasivos –aun cuando sensibles a motivación extrínseca para la misma– y de difícil adhesión.

Para tensionar ambos aspectos, es relevante considerar el papel que cumple la estructura comunitaria y como ha sido enunciado, el arraigo y sentido histórico de pertenencia y liderazgo de las líderes locales con la comunidad. Este sentido histórico no es “construible” en una intervención, resulta ser una oportunidad a partir de la cual se puede analizar, problematizar e intervenir. En este caso, es el resultado de una historia compartida por a lo menos dos generaciones de residentes en la zona Isla Teja antigua; quienes, transitando desde el esplendor que propiciaba la empleabilidad, son poseedores de una identidad asociada al rol laboral y a lo que este les permitió: vivienda y barrio.

Si bien las formas diversas de concebir, afrontar y significar el envejecimiento tienen alcances diversos dependiendo por ejemplo del género, en este caso se revelan roles pasados laborales y los lazos fraternos construidos a través de él. La diferenciación de clases que evidencia la zona geográfica a la que estos adultos mayores pertenecen y que ellos refieren como evidente por el tipo de viviendas y la posibilidad de acceso a espacios, ha visto reforzada su identidad y su alianza, aumentando la cantidad y calidad de redes de apoyo social.

La vida en comunidad resulta ser natural; dadas las características antes descritas, los referentes de apoyo mutuo son rostros visibles, confiables y por

sobre todo, de fácil acceso. La actividad social por tanto, sigue un patrón similar, especialmente en este grupo de adultos mayores, donde su identidad también dice relación con la religión, vinculada a esta intrínseca preocupación por los otros.

Para el sentido subjetivo de bienestar, los antecedentes de alta actividad social tanto en el presente como en el pasado permiten sustentar la idea del impacto positivo de esta en la percepción de bienestar, no obstante los hallazgos objetivos de deterioro físico. La construcción de roles de “vecino” y “participante de”, entre otros, parecen dar estructura ante los cambios muchas veces catastróficos como las pérdidas o distanciamientos de afectos, control e inclusión.

Así, las líderes del Grupo de Acción Social, vuelcan en la comunidad un rol socialmente valorado que, distanciándose de aquello netamente caritativo, valorando la participación activa y la actividad social como elemento preventivo de salud (más que solo de esparcimiento), pone en cuestión los paradigmas puramente teóricos sobre la misma.

El paradigma de la actividad para el logro de un envejecimiento activo y “bueno”, no solo puede apuntar a disminuir el cargo social de adultos mayores enfermos o discapacitados; si fuera así, solo le hacemos el juego a un modelo económico que se sustenta en el éxito e individualismo para la subsistencia. El modelo de la actividad se enriquece en la medida en que este también apunta al sentido subjetivo del mismo. El bienestar no proviene de la pura actividad (en este caso social), sino del sentido y significado que subjetivamente le asignamos; esa actividad social que se retroalimenta de la subjetividad de otros, que se construye y reconoce colectivamente y que se encuentra socio-históricamente situada.

Resulta necesario así, continuar un línea investigativa que permita ir al encuentro o descubrimiento de ese sentido histórico que parece valioso especialmente en la vejez y que posee poder

terapéutico y de conservación de bienestar. Aun cuando la metodología empleada para el presente estudio puede restringir la extrapolación de los hallazgos a una población más numerosa, se sitúa la participación en actividades sociales en un lugar preponderante para el bienestar y la salud de los adultos mayores; la diferencia con respecto a otros estudios, estaría en el sentido histórico de la misma. Si bien cada una de las estrategias de intervención ejecutadas en el marco de esta investigación constituye un ámbito independiente para indagar en profundidad, la metodología investigación-acción en la intervención en domicilio y el trabajo con cuidadores (ampliamente descrito y evaluado con instrumentos estandarizados en la literatura del área), puede entregar nuevas posibilidades para la generación de cambios.

CONCLUSIONES

A partir de la revisión de los objetivos iniciales de la investigación, es pertinente señalar que si bien la literatura sitúa en un lugar incuestionable el valor de la actividad social para el logro del bienestar en la vida de los sujetos, los hallazgos de esta investigación muestran una manera de integrarla en y desde el lugar cotidiano que ocupa. Así, los actores, escenarios y acontecimientos socio-históricamente situados para la problematización de la vida en el proceso de envejecimiento se

afianzan en la solidaridad de la vida comunitaria; favoreciendo adherencia en la intervención e impacto en la promoción de la salud de los adultos mayores.

La construcción del significado de bienestar subjetivo, se evidencia en la intersección del despliegue funcional físico, social y psicológico que permite condiciones objetivas de vida satisfactorias para los adultos mayores, con el reconocimiento colectivo del mismo, que los sitúa en un plano aportativo para la vida en comunidad, donde el “ser parte” se sobrepone a las necesidades naturalmente esperadas.

AGRADECIMIENTOS

Agradecimientos al Grupo de Acción Social de la parroquia San José Obrero, por su invitación y colaboración; a los beneficiarios y sus familias; a Paula Aravena, Andrea Cárcamo, Víctor Cartagena, Carolina Peña, Laura Quintana e Isabel Villouta, que como estudiantes de la carrera de Terapia Ocupacional de la Universidad Austral de Chile y en el marco de la asignatura Área de Intervención Adultos, ejecutaron el trabajo directo con usuarios. A las colegas Carolina Delgado, Alejandra Osé, Daniela Fernández y Karina Velásquez por sus contribuciones al texto y propiciar la iniciativa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Santos F, Andrade V, Amodeo O. Envelhecimento: um processo multifactorial. *Psicologia em Estudo* [Internet]. 2009 [citado 13 May 2013];14(1):3-10. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v14n1/a02v14n1.pdf>
2. Carmona S. Envejecimiento activo: las claves para vivir más y mejor. Monterrey: Universidad Autónoma de Nuevo León; 2010. 189 p.
3. Fonseca AM, Paúl C. Saúde e qualidade de vida ao envelhecer: perdas, ganhos e um paradoxo. *Rev. Geriatria & Gerontologia* [Internet]. 2008 [citado 30 Abr 2013];2(1):32-37. Disponible en: <http://www.sbgg.org.br/profissionais/arquivo/revista/volume2-numero1/artigo8.pdf>
4. Curcio C. Soporte social informal, salud y funcionalidad en el anciano. *Hacia la Promoción de la Salud* [Internet]. 2008 [citado 30 Abr 2013];13:42-58. Disponible en: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista13_3.pdf
5. Fisher G. *Conceptos Fundamentales de Gerontología Social*. Madrid: Editorial Pirámide; 1998. 173 p.
6. Velásquez V, López L, López H, Cataño N. Tejido de significados en la adversidad: discapacidad, pobreza y vejez. *Hacia la promoción de la salud* [Internet]. 2011 [citado 30 Abr 2013];16(2):121-131. Disponible en: [http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista16\(2\)_9.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista16(2)_9.pdf)
7. Wilcock A. *Occupational Justice Approach*. En: *An Occupational Perspective of Health*. 2 ed. Thorofare (EEUU): Slack Incorporated; 2006. p. 244-270.
8. Townsend E, Wilcock A. Occupational justice and client-centred practice: a dialogue in progress. *Can J Occup. Ther.* 2004;71(2):75-87.
9. Ingeborg N, Townsend E. Occupational Justice-bridging theory and practice. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2010;17(1): 57-63.
10. Organización Panamericana de la Salud. Plan de Acción sobre la salud de las personas mayores incluido el envejecimiento activo y saludable [Internet]. 2009 [citado 13 May 2013]. Disponible en: <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49-08-s.pdf>
11. Lucena O, Carneiro S, Oliveira A, Santos W, Silva M. O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2010 [citado 30 Abr 2013];44(4):1065-9. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/30.pdf>
12. Gobierno de Chile. Instituto Nacional de Estadísticas, Chile [Internet]. [citado 13 May 2013]. Disponible en: <http://www.inelosrios.cl/archivos/files/pdf/noticias/2012/8/Informe%20Resultado%20Preliminar%20Los%20R%C3%ADos%20Censo%202012.pdf>
13. Gobierno de Chile. Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) [Internet]. [citado 13 May 2013]. Disponible en: <http://www.senama.cl/filesapp/RESULTADOS%20ADULTO%20MAYOR%20CASEN%202011.pdf>
14. Sarabia C. Envejecimiento exitoso y calidad de vida. Su papel en las teorías del envejecimiento. *Gerokomos* [Internet]. 2009 [citado 30 Abr 2013]; 20(4):172-174. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000400005&lang=pt
15. Hernández R, Fernández C, Baptista L. Diseños del proceso de investigación cualitativa. En: *Metodología de la Investigación*. Cuarta edición. México: Mc Graw Hill; 2006. p. 658-719.
16. García F. Análisis del sentido de la acción: el trasfondo de la intencionalidad. En: Delgado J, Gutiérrez J, editores. *Métodos y Técnicas Cualitativas de Investigación en Ciencias Sociales*. Madrid: Editorial Síntesis; 1995. p. 493-527.
17. Ilustre Municipalidad de Valdivia [Internet]. 2011 [citado 30 Abr de 2013]. Disponible en: http://www.munivaldivia.cl/www/municipal_valdivia/index.php?option=com_content&view=article&id=424&Itemid=608&lang=es

18. Rojas C. Valdivia 1960. Entre aguas y escombros. Valdivia: Editorial Universidad Austral de Chile; 2010. 166 p.
19. Matus C. MAPP. Método Altadir de Planificación Popular. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2007. 64 p.
20. Gaínza A. La entrevista en profundidad individual. En: Canales M, editor. Metodologías de investigación social. Introducción a los oficios. Santiago: Editorial LOM; 2006. p. 219-264.
21. Leturia FJ, Yanguas JJ, Arriola E, Uriarte A. La valoración de las personas mayores: evaluar para conocer, conocer para intervenir. Cáritas Española; 2001. 353 p.
22. Cabrera S, Osorno D. Envejecimiento Cerebral y Cognoscitivo en el Adulto Mayor. Rev Asoc Colomb Gerentol Geriatr [Internet]. 2013 [citado 21 Jul 2013];27(1):1764-1774. Disponible en: <http://www.acgg.org.co/descargas/revista-27-1.pdf>
23. Medina-Chávez J, Torres-Arreola L, Cortés-González R, Durán-Gómez F, Martínez-Hernández F, Esquivel-Romero G. Guía de práctica clínica. Valoración geriátrica integral. Rev Med Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2011 [citado 22 Jul 2013];49(6):669-684. Disponible en: http://201.144.108.128/revista_medica/index.php?option=com_multicategories&view=category&id=525:instrumentos-clinicos&layout=blog&Itemid=678
24. Egert M, Pantoja J. Isla Teja. Historia, Industria y Naturaleza. Chile: CEA ediciones; 2008. 81 p.
25. Obispado de Valdivia. [blog en Internet] Valdivia: Chile. 2011 [citado 30 Abr 2013]. Disponible en: <https://sites.google.com/site/parroquianossantaines/historia-parroquia-1>
26. Salvarezza L. Psicogeriatría. Teoría y clínica. 2ª edición. Buenos Aires: Editorial Paidós; 2005. 336 p.
27. Salazar M. Envejecimiento y desarrollo personal y social: ¿la actividad como paradigma cuestionable? En: Gerontología y Desarrollo Humano en el siglo XXI: Persona Adulta Mayor, Experiencia y Desarrollo Sostenible [Internet]. 2010 noviembre 15-17; San José, Costa Rica [citado 30 Abr 2013] Disponible en: <http://www.uni-ulm.de/uni/fak/zawiw/content/veranstaltungen/reisen/costarica/esp/ponencia/22%20M%C3%B3nica%20Salazar%20y%20Mauricio%20Blanco-%20Envejecimiento%20Desarrollo.pdf>
28. Cursio C. Investigación y envejecimiento: del dato a la teoría. Hacia la Promoción de la Salud [Internet]. 2010 [citado 30 Abr 2013];15(1):144-166. Disponible en: [http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/REVISTAS15\(1\)_10.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/REVISTAS15(1)_10.pdf)
29. Salazar M. Identidad personal y memoria en adultos mayores sin demencia y con enfermedad de Alzheimer. Actualidades en Psicología [Internet]. 2007 [citado 30 Abr 2013];21:1-37. Disponible en: <http://www.vinv.ucr.ac.cr/latindex/actuapsico-21-2007/actuapsico-21-1.pdf>
30. Salazar M. Neuropsicología y envejecimiento: el potencial de la memoria autobiográfica en investigación e intervención clínica. Rev. Costarricense de psicología [Internet]. 2012 [citado 30 Abr 2013];31(1-2):123-146. Disponible en: <http://www.revistacostarricensedepsicologia.com/articulos/vol31/6-RCP-Vol.31-No1-2.pdf>
31. Rubin D. Memoria autobiográfica y envejecimiento. En: Envejecimiento Cognitivo. Park D, Schwarz N, editores. Madrid: Médica Panamericana; 2002. p. 133-151.
32. Fergus C. Cambios en la memoria humana relacionados con la edad. En: Envejecimiento Cognitivo. Park D, Schwarz N, editores. Madrid: Médica Panamericana; 2002. p. 77-94.
33. Fernández R. Vivir con vitalidad y envejecer con los demás. Madrid: Editorial Pirámide; 2002. 149 p.
34. Ribeiro de Lima PM, Decnop VL. A Arte de Envelhecer: Um Estudo Exploratório Sobre a História de Vida e o Envelhecimento. Psicologia: Ciência e profissão [Internet]. 2011 [citado 30 Abr 2013];31(1):4-19. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v31n1/v31n1a02.pdf>

RESULTADOS MATERNO PERINATALES EN LA CONSULTA DE ALTO RIESGO, SES HOSPITAL DE CALDAS, 2009-2011

Jorge Eduardo Vélez Arango*
Luis Edilberto Herrera Morales**
Fernando Arango Gómez***
Ana Lucía Herrera Betancourt****
Julio Alejandro Peña Duque*****

Recibido en abril 3 de 2013, aceptado en agosto 12 de 2013

Citar este artículo así:

Vélez JE, Herrera LE, Arango F, Herrera AL, Peña JA. Resultados materno perinatales en la consulta de alto riesgo, SES Hospital de Caldas, 2009-2011. *Hacia promoc. salud.* 2013; 18(2):27-40.

Resumen

Objetivo: Describir el resultado materno perinatal de las usuarias de la consulta de Alto Riesgo Obstétrico, SES Hospital de Caldas, atendidas desde septiembre 1 de 2009 hasta el 31 de agosto de 2011; estableciendo un comparativo con los resultados perinatales de las pacientes no consideradas de riesgo, dadas de alta de la consulta. **Materiales y Métodos:** Estudio de tipo prospectivo, descriptivo. Para la recolección de la información se consultaron historias clínicas hospitalarias, obteniendo información telefónica de aquellas pacientes que no presentaron su parto en la ciudad. **Resultados:** Se analizan 108 pacientes de la consulta, de las cuales 31 (28,18%) no continuaron en la consulta, por descartarse condiciones de riesgo. De las 77 embarazadas de riesgo, la edad promedio fue $29,1 \pm 7,8$ años, con frecuencias de embarazo en adolescentes del 13,15%, y primigestación tardía del 28,94%, el 31,6% eran nulíparas, y el 23,4% tenían antecedente de aborto previo. Los antecedentes patológicos más significativos fueron: hipotiroidismo, hipertensión arterial crónica, epilepsia, y preeclampsia-eclampsia. Los motivos de remisión más frecuentes fueron: cesárea previa, edad materna avanzada, sospecha de restricción del crecimiento fetal. No se encontraron diferencias en las pacientes de bajo y alto riesgo, con respecto a edad, gravidez, escolaridad o procedencia; observándose mayores frecuencias de bajo peso al nacer, macrosomía, prematuridad, parto por cesárea, ingreso a UCI neonatal y muerte perinatal, en las de alto riesgo. **Conclusiones:** Deben estandarizarse criterios de remisión a la consulta de Alto Riesgo Obstétrico ya que en el 38,3% de las pacientes la evaluación inicial los descartó.

Palabras clave

Atención prenatal, embarazo de alto riesgo, mortalidad perinatal, mortalidad materna (*fuentes: DeCs, BIREME*).

* Médico Ginecólogo y Obstetra. Departamento Materno Infantil. Universidad de Caldas. Manizales, Colombia. Autor para correspondencia. Correo electrónico: jorge.velez@ucaldas.edu.co

** Médico Ginecólogo y Obstetra. Departamento Materno Infantil. Universidad de Caldas. Manizales, Colombia.

*** Médico Pediatra Neonatólogo. Clínica Versalles. Manizales, Colombia.

**** Médica. Estudiante de Especialización en Obstetricia y Ginecología. Departamento Materno Infantil. Universidad de Caldas. Manizales, Colombia.

***** Estudiante programa de Medicina. Universidad de Caldas. Manizales, Colombia.

MATERNAL AND PERINATAL RESULTS IN HIGH RISK CONSULTATION AT SES HOSPITAL DE CALDAS, 2009-2011

Abstract

Objective: To describe the maternal perinatal results of women using the high risk obstetric consultation, SES Hospital de Caldas, attended between September 1, 2009 and August 31, 2011, establishing a comparison with the perinatal results of patients not considered at risk and discharged from consultation. **Materials and Methods:** A prospective, descriptive study. Hospital records were consulted for the final data collection obtaining telephone information from those patients who did not have labor and delivery in the city. **Results:** One hundred-eight consultation patients from which, 31 (28.18%) did not continue with the consultation because risk condition was eliminated. From the 77 pregnant women at risk, the average age was 29.1 ± 7.8 years, with 13.15%, adolescent pregnancy frequencies, 28.94% late first time mothers, 31.6% were nulliparous, and 23.4% had a history of previous abortion. The most significant pathological history was: hypothyroidism, chronic hypertension, epilepsy, and preeclampsia-eclampsia. The most common reasons for referral were: previous cesarean, advanced maternal age, suspected fetal growth restriction. No differences were found in patients at low risk and high risk, with respect to age, pregnancy, educational level or procedence. increased frequencies of low birth weight, macrosomia, prematurity, cesarean delivery, neonatal ICU admission and perinatal death were found in at high risk patients. **Conclusions:** Referral criteria must be standardized for high risk obstetric consultation since 38.3% patients were discarded in the initial assessment.

Key words

Prenatal care, high-risk pregnancy, perinatal mortality, maternal mortality (*source: DeCs, BIREME*).

RESULTADOS MATERNO PERINATAL EM CONSULTA ALTO RISCO, SES HOSPITAL DE CALDAS, 2009-2011

Resumo

Objetivo: Descrever o resultado materno perinatal das usuárias da consulta de Alto Risco Obstétrico, SES Hospital de Caldas, atendidas no período entre setembro 1 de 2009 e 31 de agosto de 2011; estabelecendo um comparativo dos resultados perinatais das pacientes não consideradas de risco e que tiveram alta da consulta. **Materiais e Métodos:** Estudo de tipo prospectivo, descritivo. Para coleta final da informação foram consultadas histórias clínicas hospitalares, obtendo informação telefônica daquelas pacientes que não tiveram seu parto na cidade. **Resultados:** Foram analisadas 108 pacientes da consulta, das quais 31 (28,18%) não continuaram na consulta por descartar estar em condição de risco. Das 77 grávidas em condição de risco, a idade média foi $29,1 \pm 7,8$ anos, com frequência de gravidez em adolescentes de 13,15%, e de primigestação tardia de 28,94%, 31,6% foram nulíparas e 23,4% tinham antecedentes de aborto prévio. Os antecedentes patológicos mais significativos foram: hipotiroidismo, hipertensão arterial crônica, epilepsia, pré-eclâmpsia/eclâmpsia. Os motivos de ingresso mais comuns foram: cesárea prévia, idade materna avançada, suspeita de restrição do crescimento fetal. Não se achou diferenças nas pacientes de baixo e alto risco em relação a idade, gravidez, escolaridade ou procedência; no entanto observou-se uma frequência maior de baixo peso ao nascer, macrosomia, prematuridade, parto por cesárea, ingresso a UCI neonatal e morte perinatal, nas pacientes de alto risco. **Conclusões:** É necessário padronizar critérios de remissão a consulta de Alto Risco Obstétrico, pois 38,3% das pacientes foram descartadas na avaliação inicial.

Palavras Chave

Cuidado pré-natal, gravidez de alto risco, mortalidade perinatal, mortalidade materna (fonte: DeCs, BIREME).

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud, riesgo perinatal es: “cualquier condición de tipo médico, quirúrgico, sociodemográfico, que cuando está presente durante la gestación, el parto o el puerperio aumenta la posibilidad de enfermar o morir para la madre y el feto” (1-3). Aproximadamente el 10 al 30% de las gestaciones pueden considerarse de alto riesgo por la existencia de condiciones de diferente índole que pueden complicar el curso de la gestación, el parto y el puerperio. Uno de los objetivos primordiales del control prenatal es la identificación del embarazo de riesgo para adoptar estrategias de manejo y definir el nivel adecuado de atención con el fin de reducir al máximo las complicaciones asociadas con el alto riesgo, disminuyendo en consecuencia la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Un indicador de uso relativamente reciente es la morbilidad obstétrica severa, cuyo propósito es la identificación de condiciones críticas en pacientes obstétricas, cuyo diagnóstico y manejo oportunos contribuyen en forma significativa a la reducción de la mortalidad materna (4-15).

Se describen los resultados perinatales de las pacientes atendidas en la consulta de Alto Riesgo Obstétrico de SES Hospital de Caldas, con el propósito de caracterizar algunos elementos del perfil epidemiológico de estas usuarias, que sirvan como base de estudios futuros, ya que hasta el momento no se tiene información al respecto.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio y métodos

El presente trabajo de investigación es de tipo prospectivo, descriptivo.

Se incluyeron en la investigación las gestantes de la consulta de Alto Riesgo Obstétrico (ARO) de

SES Hospital de Caldas, referidas desde el nivel básico de atención con condiciones consideradas de riesgo; una vez evaluadas por el grupo de alto riesgo, se clasificaron de acuerdo con la clasificación de factores de riesgo planteada en la “Guía para la detección temprana de las alteraciones del embarazo” del Ministerio de la Protección Social (2007) (3). Los datos de cada paciente se registraron en un formulario diseñado para la investigación.

Para la recolección final de la información se recurrió a la búsqueda de historias clínicas en las instituciones con atención obstétrica de la ciudad, obteniendo información telefónica de aquellas pacientes que no presentaron su parto en la ciudad. Las pacientes que no se clasificaron como de alto riesgo fueron contrarremitidas al nivel básico de atención para continuar control prenatal para embarazos de bajo riesgo.

Las pacientes diligenciaron el consentimiento informado previo a la inclusión en el estudio. El estudio fue aprobado en el Comité de Bioética de la Facultad de Ciencias para la Salud de la Universidad de Caldas y de SES Hospital de Caldas.

Los datos se presentan en tablas de distribución de frecuencias. Se utilizó el programa estadístico SPSS versión 17.

RESULTADOS

Se analizaron las pacientes remitidas a la consulta de ARO entre el 1 de septiembre de 2009 y el 31 de agosto de 2011. En total, se atendieron 108 gestantes, de las cuales 31 (28,2%) no continuaron en la consulta luego de la evaluación especializada inicial por no considerarse de alto riesgo y se hizo contrarremisión para continuar control de bajo riesgo. Los motivos de remisión de las pacientes que no se incluyeron por descartarse el riesgo, fueron en orden de frecuencia: sospecha

de macrosomía fetal (12,9%), sospecha de restricción del crecimiento (9,7%), embarazo en adolescente (9,7%), edad materna avanzada (9,7%), presentación de pelvis (9,7%) y amenaza de aborto (6,5%).

De las 77 embarazadas que permanecieron en la consulta, la edad varió entre 14 y 42 años (promedio $29,1 \pm 7,8$), identificándose una frecuencia de embarazo en adolescentes del 13,2%, y de primigestación tardía del 28,9%. Con respecto a la escolaridad, solo el 6,9% de ellas tenían formación universitaria, primaria incompleta el 16,7%, primaria completa el 13,9% y secundaria completa el 20,8%. El 27,3% de ellas procedían del área rural.

Con relación a los antecedentes personales, el 31,6% eran nulíparas, con una frecuencia de multiparidad del 17,1%. En el 23,4% se registraba el antecedente de un aborto previo (1 a 2), con antecedente de aborto habitual en el 3,9%. El 7,8% presentaban antecedente de muerte perinatal previa. Dentro de los antecedentes patológicos se identifican como los más significativos: hipotiroidismo (6,5%), preeclampsia-eclampsia (5,2%), hipertensión arterial crónica (5,3%), epilepsia (5,3%) y diabetes (5,2%). Ninguna de las gestantes manifestó la existencia de condiciones de violencia intrafamiliar. Otros antecedentes personales incluyen: artritis, asma, coreoatetosis, corrección de labio hendido, diabetes gestacional, dislipidemia, epilepsia, herniorrafia epigástrica, incompatibilidad Rh, infección de vías urinarias a repetición, trombofilia y VIH positivo.

Dentro de los antecedentes familiares, se presentaron como los más frecuentes: hipertensión arterial (41,6%), diabetes (22,1%), preeclampsia-eclampsia (10,4%), tuberculosis (1,3%).

Los motivos de remisión de las pacientes fueron de acuerdo con su frecuencia: cesárea previa (10,4%), edad materna avanzada (7,8%), sospecha de restricción del crecimiento fetal (6,5%), hipotiroidismo (5,2%), embarazo en adolescente (5,2%), pérdida gestacional recurrente (3,9%), hipertensión arterial crónica (3,9%), incompatibilidad Rh (3,9%), VIH Sida (3,9%). Se destacan como causas de remisión menos frecuentes: isoimmunización Rh, sospecha de diabetes gestacional, embarazo múltiple, trombofilia, amenaza de parto pretérmino, epilepsia y preeclampsia severa en embarazo anterior (todos ellos con frecuencia del 2,6%) (Tabla 1).

Otros motivos de remisión fueron: obesidad mórbida, parto pretérmino previo, coreoatetosis familiar, diabetes mellitus tipo 1, hipertensión gestacional, infección urinaria, sospecha de macrosomía fetal, oligohidramnios, artritis reumatoidea, diagnóstico prenatal de gastrosquisis, antecedente de muerte neonatal precoz, período intergenésico mayor a 10 años, inicio de control prenatal tardío y soplo cardíaco.

Como diagnósticos de ingreso de las pacientes, se establecieron en orden de frecuencia: hipotiroidismo (7,8%), pérdida gestacional recurrente (7,8%), RCIU (7,8%), cesárea previa (5,8%), embarazo en adolescente (5,8%), antecedente de parto pretérmino (5,8%), hipertensión arterial crónica (5,8%).

Otros diagnósticos de ingreso fueron: edad materna avanzada, artritis reumatoidea, coreoatetosis, diabetes mellitus tipo 1, hipertensión gestacional, infección urinaria, obesidad mórbida, oligohidramnios, antecedente de muerte neonatal precoz y período intergenésico mayor a 10 años.

Tabla 1. Motivos de remisión consulta de Alto Riesgo Obstétrico, SES Hospital de Caldas, 2009-2011

Motivo de remisión	n	%
Cesárea previa	8	10,4
Edad materna avanzada	6	7,8
Sospecha de RCIU	5	6,5
Hipotiroidismo	4	5,2
Embarazo en adolescente	4	5,2
Pérdida gestacional recurrente	3	3,9
HTA crónica	3	3,9
Incompatibilidad Rh	3	3,9
VIH	3	3,9
Isoinmunización Rh	2	2,6
Sospecha de diabetes gestacional	2	2,6
Embarazo múltiple	2	2,6
Trombofilia	2	2,6
Amenaza de parto pretérmino	2	2,6
Epilepsia	2	2,6
Preeclampsia severa en embarazo anterior	2	2,6
Otros	24	31,1
Total	77	100,0

RCIU: restricción del crecimiento intrauterino. HTA: hipertensión arterial.

Fuente: *Elaboración propia.*

En lo relacionado con la información del embarazo actual, se encuentra una frecuencia de fecha de última menstruación no confiable del 45,9%. Se realizó ecografía del primer trimestre en el 46,8%. La correlación fecha de última menstruación y la edad gestacional por ecografía se presentó en el 40,3%. De las 34 pacientes con fecha de última menstruación no confiable, solo el 50% tuvieron ecografía del primer trimestre. El ingreso de las pacientes a la consulta de alto riesgo, por trimestres se presentó así: 13,3% primer trimestre, 45,4%

segundo trimestre, y el 41,3% en el tercer trimestre. Con respecto al número de consultas realizadas, en la consulta de alto riesgo, el 50% solo tuvieron una consulta, asistiendo a 3 o más consultas el 35,7 % de ellas. El 36,5% de las gestantes, requirió al menos una hospitalización durante la gestación. Las causas de hospitalización más frecuentes fueron: amenaza de parto pretérmino (22,3%), preeclampsia (14,8%), hipertensión arterial crónica (11,1%), hipertensión gestacional (11,1%), amenaza de aborto (11,1%) (Tabla 2).

Tabla 2. Datos clínicos del embarazo actual de las pacientes de la consulta de Alto Riesgo Obstétrico, SES Hospital de Caldas, 2009-2011

Variable	n	%
<i>Confiabilidad de fecha de última menstruación</i>		
Sí	40	54,1
No	34	45,9
<i>Realización de ecografía en el primer trimestre</i>		
Sí	36	46,8
No	41	53,2
<i>Correlación FUM-Ecografía</i>		
Sí	31	40,3
No	46	59,7
<i>Trimestre de gestación en primera consulta de ARO</i>		
1	10	13,3
2	34	45,4
3	31	41,3
<i>Número de controles de ARO</i>		
1	35	50,0
2	10	14,3
≥ 3	25	35,7
<i>Número de hospitalizaciones durante la gestación</i>		
0	47	63,5
1	22	29,7
2	3	4,1
3	1	1,3
4	1	1,3

FUM: fecha de la última menstruación.

Fuente: *Elaboración propia.*

Con relación a los resultados obstétricos y perinatales, se mencionan los siguientes hallazgos: las indicaciones para finalización de la gestación fueron: espontánea (41,1%), causa materna (35,7%), causa fetal (23,2%). La finalización del embarazo por cesárea se presentó en el 42,2%, con una frecuencia de parto prematuro del 12,7%. El porcentaje de bajo peso al nacer fue del 9,8%, y de macrosomía del 8,3%. Solo una de las pacientes (1,6%) requirió ingreso a UCI, correspondiendo a una paciente con preeclampsia severa y edema agudo de pulmón.

No se registraron muertes maternas. Se detectaron cuatro casos de muerte perinatal, para una

frecuencia del 6,2%. Dichas muertes perinatales se discriminan así: 1) gastrosquisis; 2) producto con isoimmunización Rh e hidrops fetal; 3) prematuro extremo que nació a las 23 semanas de gestación con 560 gramos de peso, cuya madre tenía antecedente de pérdida gestacional recurrente; 4) un caso de óbito fetal a las 38 semanas de gestación, producto con peso al nacer de 2800 gramos, cuya madre había sido remitida a las 31 semanas debido a pobre ganancia materna de peso. Diez recién nacidos (15,6%) ingresaron a UCI neonatal, los motivos de dichos ingresos se discriminan así: 1) producto con gastrosquisis, quien falleció a los 3 días de vida; 2) neonato con RCIU; 3) dos recién nacidos con ictericias neonatales; 4) producto con

prematurez y anemia neonatal, se desembarazó a las 27 semanas de gestación con 1445 gramos de peso; 5) producto con isoimmunización Rh e hidrosis fetalis inmune, cuya madre fue remitida al cuarto nivel de atención; 6) cuatro recién nacidos prematuros. El promedio de estancia hospitalaria fue de 8,2 días (Tabla 3).

Tabla 3. Resultados obstétricos y perinatales de las pacientes de la consulta de Alto Riesgo Obstétrico, SES Hospital de Caldas, 2009-2011

Variable	n	%
<i>Indicación de finalización de la gestación</i>		
Espontánea	23	41,1
Causa materna	20	35,7
Causa fetal	13	23,2
(Sin dato: 21)		
<i>Tipo de parto</i>		
Vaginal	37	57,8
Cesárea	27	42,2
(Sin dato: 13)		
<i>Edad gestacional al parto (semanas)</i>		
≤ 36	8	12,7
≥ 37	55	87,3
(Sin dato: 14)		
<i>Peso al nacer (gramos)</i>		
< 2500	6	9,8
2500-3999	50	81,9
≥ 4000	5	8,3
(Sin dato: 16)		
<i>Ingreso materno a UCI</i>		
Sí	1	1,6
No	64	98,4
(Sin dato: 12)		
<i>Ingreso a UCI neonatal</i>		
Sí	10	15,6
No	54	84,4
(Sin dato: 13)		
<i>Muerte materna</i>		
Sí	0	0
No	64	100
(Sin dato: 13)		
<i>Muerte perinatal</i>		
Sí	4	6,2
No	61	93,8
(Sin dato: 12)		

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.

Fuente: *Elaboración propia.*

Con la finalidad de realizar un comparativo, en la consulta de ARO. Dichos resultados pueden verse en la Tabla 4. se investigaron los resultados obstétricos y perinatales de las pacientes que no continuaron

Tabla 4. Resultados obstétricos y perinatales de las pacientes que no continuaron en la consulta de Alto Riesgo Obstétrico, SES Hospital de Caldas, 2009-2011

Variable	n	%
<i>Tipo de parto</i>		
Vaginal	18	78,2
Cesárea	5	21,8
(Sin dato: 8)		
<i>Edad gestacional al parto (semanas)</i>		
≤ 36	0	0
≥ 37	23	100
(Sin dato: 8)		
<i>Peso al nacer (gramos)</i>		
< 2500	1	4,3
2500-3999	21	91,4
≥ 4000	1	4,3
(Sin dato: 8)		
<i>Ingreso materno a UCI</i>		
Sí	0	0
No	23	100
(Sin dato: 8)		
<i>Ingreso a UCI neonatal</i>		
Sí	0	0
No	23	100
(Sin dato: 8)		
<i>Muerte materna</i>		
Sí	0	0
No	23	100
(Sin dato: 8)		
<i>Muerte perinatal</i>		
Sí	0	0
No	23	100
(Sin dato: 8)		

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.

Fuente: Elaboración propia.

Se presenta una mayor frecuencia de resultados adversos en el grupo de embarazadas de riesgo, al compararlas con las de bajo riesgo; destacándose entre ellos: parto por cesárea (42,2% vs 5%), bajo peso al nacer (9,8% vs 4,3%), parto pretérmino (12,7% vs 0%), mortalidad perinatal (6,2% vs 0%), ingreso a UCI neonatal (15,6% vs 0%). Dichos resultados no se evalúan mediante pruebas estadísticas por el limitado número de casos.

DISCUSIÓN

El éxito del cuidado perinatal se debe en gran parte a la detección precoz de los factores de riesgo, su clasificación adecuada, y la planificación de la atención y seguimiento, estrategias que deben conducir a una reducción de la morbilidad y mortalidad perinatal y materna (16, 17). Las preocupantes estadísticas de morbilidad y mortalidad materna y perinatal en los países en desarrollo, reflejan las consecuencias de no brindar un buen cuidado materno perinatal (18). El embarazo de alto riesgo es aquel en que la posibilidad de enfermedad o muerte, antes, durante o después del parto es mayor que lo habitual tanto para la madre como para el niño (19). A la consulta de ARO de SES Hospital de Caldas acceden pacientes remitidas de todo el Departamento. Del total de pacientes analizadas, 31 (28,2%) no continuaron en la consulta, luego de la evaluación especializada inicial, al descartarse condiciones de riesgo.

En el presente estudio no se encontraron diferencias en las pacientes que no continuaron en la consulta, por considerarse de bajo riesgo, en comparación con las que permanecieron, en cuanto a: edad, gravidez, nivel de escolaridad, y procedencia; mientras que sí hubo mayor proporción de bajo peso al nacer, macrosomía, prematuridad, parto por cesárea, ingreso a UCI neonatal y muerte perinatal en las embarazadas de alto riesgo.

Las 77 pacientes que continuaron en la consulta, tuvieron una edad promedio de $29,1 \pm 7,8$ años; similar a la encontrada por Buitendijk et al. en Holanda (20) en donde la edad promedio de las pacientes remitidas para valoración por perinatólogo fue de 28,5 años ($\pm 6,5$) y a la encontrada por Fotso et al. en Kenia (21). La distribución por edad de nuestras pacientes fue similar a la encontrada en Kenia (21) y al reporte del Sistema de Monitorización de Abordaje del Embarazo de Alto Riesgo en Estados Unidos (PRAMS por sus siglas en Inglés: Pregnancy Risk

Assessment Monitoring System) en 2004 (22, 23). Todas las pacientes tenían algún nivel de escolaridad, pero solo el 6,9% tenían estudios universitarios completos, mientras que en China (24) y en Estados Unidos (23) la proporción de gestantes que culminaron estudios universitarios fue del 39,6 y 50%, respectivamente. En China existe la política estatal de planear el primer embarazo después de culminar los estudios universitarios.

De las pacientes de alto riesgo, el 31,6% eran primigestantes y el 17,1% grandes multigestantes (≥ 5 embarazos). Estos hallazgos son diferentes a los reportados en Kenia (21) donde la proporción de grandes multigestantes es mayor (29%).

Llama la atención, el antecedente de aborto previo en el 23,4% de las pacientes, con antecedente de aborto habitual (3 abortos) en el 3,9%. El 7,8% presentaban antecedente de muerte perinatal previa. Dentro de los antecedentes patológicos se identifican como los más significativos: hipotiroidismo (6,5%), preeclampsia-eclampsia (5,7%), hipertensión arterial crónica (5,3%), epilepsia (5,3%) y diabetes (5,2%). Cabe resaltar que el antecedente familiar más frecuente fue hipertensión arterial (41,6%), seguido de diabetes (22,1%).

El estudio PRAMS (22, 23) reporta datos similares para los antecedentes maternos preconceptionales y sus autores concluyen que una de cada 10 mujeres ha tenido un pobre resultado obstétrico y perinatal previo, y son candidatas para realizar intervenciones que mejoren la salud durante el período preconceptional.

Ninguna de las gestantes manifestó la existencia de condiciones de violencia intrafamiliar. Esta variable se indagó en la primera consulta, pero es posible que algunas madres hayan negado el maltrato por temor, ya que en nuestro medio apenas se está creando la cultura de denunciar las diferentes formas de violencia intrafamiliar. Si

bien en ninguna de las pacientes se encontró este antecedente, en el estudio PRAMS el abuso físico durante la gestación fue de 3,6%, el cual fue mayor en las adolescentes (10,9%) y cuando el embarazo no era deseado (5,9%) (22, 23).

Los motivos de remisión más frecuentes fueron: antecedente de cesárea previa, edad materna avanzada, sospecha de restricción del crecimiento, hipotiroidismo y embarazo en adolescente. Stark y Brinkley (25) encontraron el antecedente de parto pretérmino, diabetes gestacional e insulino dependiente, trastornos hipertensivos en el embarazo, como principales motivos de remisión a consulta de alto riesgo.

El concepto de riesgo durante la gestación es dinámico, y una paciente inicialmente clasificada de bajo riesgo puede presentar condiciones que ameriten remisión a consulta de ARO, como lo demuestra el estudio publicado por Maassen et al. (26) en el que se presentaron complicaciones en el 23,9% de las gestantes clasificadas inicialmente de bajo riesgo; las complicaciones más frecuentes fueron anemia (35,4%), RPMO (10,3%), trastornos hipertensivos (8,8%), amenaza de parto pretérmino (8,4%), infección cérvico-vaginal (3,9%), infección vías urinarias (3,5%) y diabetes gestacional (0,9%). Bajo riesgo no significa ausencia de riesgo, razón por la cual la búsqueda de factores de riesgo debe hacerse en cada control prenatal y continúa hasta el parto y el puerperio.

Llama la atención la alta frecuencia de fecha última menstruación no confiable en el 45,9% de las pacientes, con falta de correlación entre la edad gestacional por última menstruación y ecografía en el 59,7%. La frecuencia de ecografía en el primer trimestre fue del 46,8%, datos que permiten concluir que la utilización de la ecografía durante el primer trimestre se hace en menos de la mitad de este grupo de gestantes. El 50% de las embarazadas solo asistieron a una consulta de alto riesgo en la institución, lo que podría explicarse por las condiciones cambiantes de contratación

entre las EPS y las IPS, dificultades en la remisión y falta de oportunidad en la consulta.

De las pacientes que continuaron en la consulta, fueron hospitalizadas al menos en una ocasión el 36,5%, menor a lo reportado por Buitendijk et al. (43,5%) (20). Las principales causas de hospitalización en orden de frecuencia fueron: amenaza de parto pretérmino, preeclampsia, hipertensión arterial, y amenaza de aborto.

La frecuencia de cesárea fue del 44,3% lo que concuerda con el incremento de partos por cesárea para pacientes de alto riesgo reportado en la literatura (27). Con respecto a la edad gestacional al momento del parto, el parto pretérmino se presentó en el 13,1%. De acuerdo con la literatura, la frecuencia de prematuridad varía de acuerdo a la condición de alto riesgo durante la gestación: para edad materna avanzada se ha reportado entre el 14 y 16% (28-31), en embarazo gemelar 43,7% (32, 33), en preeclampsia 15 al 67% (34, 35), en hipertensión arterial crónica 33% (36) y en diabetes 32% (36, 37). Se registran frecuencias de bajo peso al nacer del 10,3% y de macrosomía fetal del 8,7%. La proporción de bajo peso al nacer en gestantes de alto riesgo en general se ha reportado entre el 10,1 y 11% (38). Al igual que para el parto pretérmino los hallazgos varían según el factor de riesgo presente, por ejemplo: embarazo adolescente entre 12,1 y 21,8% (39-41), edad materna avanzada entre 2,5 y 48% (42), hipotiroidismo en el embarazo sin tratamiento del 31% (43) y con tratamiento del 10,4% (44), HTA crónica 10,5% (45), y en casos de pérdida gestacional recurrente secundaria a trombofilias se presenta en el 27,6% (46). La incidencia de macrosomía fetal en las gestantes de alto riesgo en general es del 11% (47), aunque depende del factor de riesgo. Por ejemplo, en las pacientes de edad avanzada es del 12% (38) y en las diabéticas aumenta hasta el 21% (37).

Solo una de las pacientes requirió ingreso a UCI (1,6%), lo que permite concluir una ocurrencia

mínima de condiciones de morbilidad obstétrica severa, para este grupo de embarazadas. Con relación a ingreso a UCI neonatal, 10 neonatos lo requirieron, con una frecuencia del 15,6%. Recientemente se publicó un estudio realizado en Holanda sobre mortalidad y morbilidad perinatal severa en pacientes de alto riesgo en comparación con las de bajo riesgo. La tasa de admisión a UCI neonatal fue de 5,45 por 1000 nacimientos en las pacientes de alto riesgo, el doble que en las de bajo riesgo. Las causas de hospitalización fueron: asfixia perinatal, infecciones, síndrome de dificultad respiratoria, síndrome de aspiración de meconio y otros (48-51).

En las pacientes de bajo riesgo no ocurrieron muertes perinatales, mientras que en las de alto riesgo se presentaron 4 muertes perinatales, permitiendo concluir frecuencia de muerte perinatal, 4 veces superior para este grupo de estudio. De acuerdo con la literatura consultada, la probabilidad de muerte perinatal varía dependiendo del factor de riesgo analizado. Por ejemplo, en caso de edad materna avanzada el riesgo de mortinato se eleva al doble en comparación con las menores de 35 años de edad (52), en las múltiparas la mortalidad perinatal es mayor (OR = 2,02; IC95% = 1,66-2,45) (53); en caso de preeclampsia, la mortalidad perinatal es de 10 a 20 por 1000 nacimientos (54) y en el hipotiroidismo materno, la proporción de mortinato es del 12% (43).

CONCLUSIONES

- 1) Deben estandarizarse criterios de remisión a la consulta de Alto Riesgo Obstétrico. Como se deduce de los resultados obtenidos, el 28,2% de las pacientes remitidas fueron contrarreferidas al primer nivel de atención por no considerarse de riesgo, con recomendaciones para dar continuidad a su control prenatal en dicho nivel. Esta circunstancia puede considerarse normal
- 2) Se considera bajo el número de pacientes en la consulta, si se tiene en cuenta que la frecuencia de embarazo de alto riesgo es del 20 al 30% de la población obstétrica. El mayor porcentaje de pacientes están en rangos de edad no considerados de riesgo, y proceden del área urbana.
- 3) Pese a que la norma del INS 2007 con relación al control prenatal recomienda realizar ecografía en el primer trimestre cuando la fecha de última menstruación no es confiable, esta solo se le realizó al 50% de las pacientes.
- 4) En embarazadas de riesgo, se recomiendan controles periódicos por parte del médico ginecoobstetra, pero en este estudio el 68,9% de las pacientes tuvo solo un control prenatal con especialista, permitiendo suponer condiciones administrativas que dificultan la continuidad de la atención.
- 5) Se evidencia una mayor frecuencia de eventos adversos en las embarazadas de riesgo, lo que fundamenta y refuerza una vez más, la importancia de la identificación de los factores de riesgo desde el periodo preconcepcional y durante todo el curso de la gestación, el parto y el puerperio, con la finalidad de ofrecer a estas embarazadas una vigilancia estricta, del binomio madre-feto, que permita una reducción efectiva de las complicaciones materno fetales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Essential elements of obstetric care at first referral level. Geneva: World Health Organization; 1991.
2. World Health Organization. Estimates of maternal mortality: a new approach by WHO and UNICEF. Geneva: World Health Organization; 1996.
3. Ministerio de la Protección Social. Guía para la detección temprana de las alteraciones del embarazo. Santafé de Bogotá; 2007.
4. Murphy DJ, Charlet P. Cohort study of near-miss maternal mortality and subsequent reproductive outcome. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2002;102:173-178.
5. Dilip R, Kalpalatha K. Critical illness and pregnancy: review of a global problem. *Crit Care Clin.* 2004;20:555-576.
6. Prual A. Morbilidad obstétrica grave en los países en desarrollo: de la epidemiología a la acción. *Foro de Ginecología.* 2001;4:6-9.
7. Fescina RH, De Mucio B, Díaz Rosello JL, Martínez G, Serruya S, Durán P. Salud sexual y reproductiva: guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. CLAP/SMR. Publicación Científica 1577. 2011.
8. Pattinson R, Say L, Souza JP, Van den Broek N, Rooney C. On behalf of the WHO Working Group on Maternal Mortality and Morbidity Classifications. WHO maternal death and near-miss classifications. *Bull World Health Organ.* 2009;87:734.
9. Souza JP, Cecatti JP, Parpinelli A, Serruya SJ, Amaral E. Appropriate criteria for identification of near-miss maternal morbidity in tertiary care facilities: a cross sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2007;7:20.
10. Penney G, Brace V. Near miss audit in obstetrics. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2007;19:45-150.
11. Say L, Pattinson RC, Gülmezoglu AM. WHO systematic review of maternal morbidity and mortality: the prevalence of severe acute maternal morbidity (near miss). *Reprod Health.* 2004;1:3.
12. World Health Organization. Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications: the WHO near-miss approach or maternal health. Geneva: World Health Organization; 2011.
13. Lawton BA, Wilson LF, Dinsdale RA, Rose SB, Brown SA, Tait J, et al. Audit of severe acute maternal morbidity describing reasons for transfer and potential preventability of admissions to ICU. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2010;50:346-351.
14. Oladapo OT, Sule-Odu AO, Olatunji AO, Daniel OJ. "Near-miss" obstetric events and maternal deaths in Sagamu, Nigeria: a retrospective study. *Reprod Health.* 2005;2:9.
15. Souza JP, Cecatti JG, Parpinelli MA, Sousa MH, Lago TG, Pacagnella RC, et al. Maternal morbidity and near miss in the community: findings from the 2006 brazilian demographic health survey. *BJOG.* 2010;117:1586-1592.
16. Villar J, Ba'aqel H, Piaggio G, Lumbiganon P, Belizan JM, Famot U, et al. WHO antenatal care randomised trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. *Lancet.* 2001;357:1551-1564.
17. Carroli G, Villar J, Piaggio G, Khan-Neeelofur D, Gülmezoglu M, Mugford M, et al. WHO systematic review of randomized controlled trials of routine antenatal care. *Lancet.* 2001;357:1565-1570.
18. World Health Organization. World health statistics. Geneva: World Health Organization; 2013.
19. Herrera JA. Evaluación del riesgo obstétrico en el cuidado prenatal. *Colomb Med.* 2002;33:21-25.

20. Buitendijk SE, Van Enk A, Oosterhout R, Ris M. Obstetrical outcome in teenage pregnancies in the Netherlands. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 1993;137:2536-2540.
21. Fotso JC, Ezech A, Oronje R. Provision and use of maternal health services among urban poor women in Kenya: what do we know and what can we do? *J Urban Health.* 2008;85:428-442.
22. D'Angelo D, Williams L, Morrow B, Cox S, Harris N, Harrison L, et al. Preconception and interconception health status of women who recently gave birth to a live-born infant - Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS). *MMWR.* 2007;56:1-35.
23. Phares TM, Morrow B, Lansky A, Barfield WD, Prince CB, Marchi KS, et al. Surveillance for disparities in maternal health-related behaviors - Selected states, Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS), 2000-2001. *MMWR.* 2004;53:1-13.
24. Leung NY, Lau AC, Chan KK, Yan WW. Clinical characteristics and outcomes of obstetric patients admitted to the intensive care unit: a 10-year retrospective review. *Hong Kong Med J.* 2010;16:18-25.
25. Stark MA, Brinkley RL. The relationship between perceived stress and health-promoting behaviors in high-risk pregnancy. *J Perinat Neonat Nurs.* 2007;21:307-314.
26. Maassen MS, Hendrix MJ, Van Vugt HC, Veersema S, Smits F, Nijhuis JG. Operative deliveries in low-risk pregnancies in the Netherlands: primary versus secondary care. *Birth.* 2008;35:277-282.
27. Barber EL, Lundserg LS, Belanger K, Pettker CM, Funai EF, Illuzzi JL. Indications contributing to the increasing cesarean delivery rate. *Obstet Gynecol.* 2011;118:9-38.
28. Tough SC, Newburn-Cook C, Johnston DW, Svenson LW, Rose S, Belik J. Delayed childbearing and its impact on population rate changes in lower birth weight, multiple birth, and preterm delivery. *Pediatrics.* 2002;109:399-403.
29. Muhieddine A, Nassar AH, Usta IM, Melhem Z, Kazma A, Khalil AM. Impact of advanced maternal age on pregnancy outcome. *Am J Perinatol.* 2002;19:1-7.
30. Gilbert WM, Nesbitt TS, Danielsen B. Childbearing beyond age 40: pregnancy outcome in 24,032 cases. *Obstet Gynecol.* 1999;93:9-14.
31. Jahromi BN, Husseini Z. Pregnancy outcome at maternal age 40 and older. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2008;47:318-321.
32. Refuerzo JS. Impact of multiple births on late and moderate prematurity. *Semin Fetal Neonatal Med.* 2012;17:143-145.
33. Olusanya BO. Perinatal outcomes of multiple births in southwest Nigeria. *J Health Popul Nutr.* 2011;29:639-647.
34. Sibai BM, Dekker G, Kupferminc M. Pre-eclampsia. *Lancet.* 2005;365:785-799.
35. Backes CH, Markham K, Moorehead P, Cordero L, Nankervis CA, Giannone PJ. Maternal preeclampsia and neonatal outcomes. *J Pregnancy.* 2011;2011:214365.
36. Sibai BM, Caritis SN, Hauth JC, MacPherson C, VanDorsten JP, Klebanoff M, et al. Preterm delivery in women with pregestational diabetes mellitus or chronic hypertension relative to women with uncomplicated pregnancies. *Am J Obstet Gynecol.* 2000;183:1520-1524.
37. Weindling AM. Offspring of diabetic pregnancy: Short-term outcomes. *Semin Fetal Neonatal Med.* 2009;14:111-118.
38. Valero de Bernabé J, Soriano T, Albalajo R, Juarraz M, Calle ME, Martínez D, et al. Risks factors for low birth weight: a review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2004;116:3-15.
39. Keskinoglu P, Bilgic N, Picakciefe M, Giray H, Karakus N, Gunay T. Perinatal outcomes and risk factors of Turkish adolescent mothers. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2007;20:19-24.

40. Kurth F, Bélard S, Mombo-Ngoma G, Schuster K, Adegnikaa AA, Bouyou-Akotet MK, et al. Adolescence as risk factor for adverse pregnancy outcome in Central Africa. A cross-sectional study. *PLoS One*. 2010;5:e14367.
41. Shuaib AA, Frass KA, Al-Harazi AH, Ghanem NS. Pregnancy outcomes of mothers aged 17 years or less. *Saudi Med J*. 2011;32:166-170.
42. Miller DA. Is advanced maternal age an independent risk factor for uteroplacental insufficiency? *Am J Obstet Gynecol*. 2005;192(6): 1974-1980.
43. Davis LE, Leveno KJ, Cunningham FG. Hypothyroidism complicating pregnancy. *Obstet Gynecol*. 1988;72:108-112.
44. Matalon S, Sheiner E, Levy A, Mazor M, Wiznitzer A. Relationship of treated maternal hypothyroidism and perinatal outcome. *J Reprod Med*. 2006;51:59-63.
45. Catov JM, Nohr EA, Olsen J, Ness RB. Chronic hypertension related to risk for preterm and term small for gestational age births. *Obstet Gynecol*. 2008;112:290-296.
46. Sucak A, Acar K, Celen S, Danisman N, Sucak GT. Outcome of pregnancies in women with thrombophilic disorders. *J Obstet Gynaecol*. 2010;30:847-851.
47. Boulet SL, Alexander GR, Salihu HM, Pass MA. Macrosomic births in the United States: determinants, outcomes and proposed grades of risk. *Am J Obstet Gynecol*. 2003;188:1372-1378.
48. Al-Suleiman SA, Qutub HO, Rahman J, Rahman MS. Obstetric admissions to the intensive care unit: a 12-year review. *Arch Gynecol Obstet*. 2006;274:4-8.
49. Richa F, Karim N, Yazbeck P. Obstetric admissions to the intensive care unit: an eight-year review. *J Med Liban*. 2008;56:215-219.
50. Anwari JS, Butt AA, Al-Dar MA. Obstetric admissions to the intensive care unit. *Saudi Med J*. 2004;25:1394-1399.
51. Mirghani HM, Hamed M, Ezimokhai M, Weerasinghe DS. Pregnancy-related admissions to the intensive care unit. *Int J Obstet Anesth*. 2004;13:82-85.
52. Fretts RC. Etiology and prevention of stillbirth. *Am J Obstet Gynecol*. 2005;193:1923-1935.
53. Smith GC, Fretts RC. Stillbirth. *Lancet*. 2007;370:1715-1725.
54. Smith GC. Predicting antepartum stillbirth. *Clin Obstet Gynecol*. 2010;53:597-606.

REGISTRO PARA LA LOCALIZACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE LA DISCAPACIDAD, EN RELACIÓN A LOS MARCOS DE REFERENCIA

Elisa Andrea Cobo Mejía*
Carolina Sandoval Cuellar**
Yenny Maritza Alvarado Rojas***

Recibido en abril 19 de 2013, aceptado en agosto 12 de 2013

Citar este artículo así:

Cobo EA, Sandoval C, Alvarado YM. Registro para la localización y caracterización de la discapacidad, en relación a los marcos de referencia. *Hacia promoc. salud.* 2013; 18(2):41-54.

Resumen

Objetivo: Analizar el Registro para la Localización y la Caracterización de las personas con discapacidad, en relación a los marcos de referencia. **Metodología:** Investigación de tipo descriptiva transversal, desarrollada entre los años 2009-2010 en la Universidad de Boyacá, que contempla la aplicación del registro en los municipios del departamento y posterior interpretación de la información, con análisis de contenido y estadístico descriptivo; este último, realizado con base en los datos suministrados por el Departamento Nacional de Estadísticas y por el Ministerio de Salud y Protección Social, de los 123 municipios de Boyacá (42.705 registros), denominado “Análisis del Registro para la Localización y la Caracterización de las personas con discapacidad, en relación con los marcos de referencia en el departamento de Boyacá”. **Resultados:** La distribución de las preguntas del registro, se focalizan en detectar las características correspondientes al marco de protección social básica con el 58,42%, el cual se centra en la subsistencia, protección y afecto; con un 38,20% y en segunda instancia, se ubica el marco de compensación y cohesión social y finalmente, se encuentra el marco de equiparación y desarrollo local con un 3,37%. De igual forma, se observa que el predominio de las personas con discapacidad, es del sexo femenino mayor de 60 años, ubicada en el área rural dispersa, con bajos niveles de escolaridad y escasa participación laboral y social. **Conclusiones:** Se evidenció que la mayor cantidad de preguntas que contiene el registro, corresponden al marco denominado de protección social básica, que busca conocer las características sociodemográficas, funcionales y de salud de la población.

Palabras clave

Personas con discapacidad, estadísticas de secuelas y discapacidad, estadísticas de salud, política de salud, registros de salud personal (*fuentes: DeCS, BIREME*).

* Fisioterapeuta, Magíster en Investigación Social Interdisciplinaria y Magíster en Historia. Universidad de Boyacá. Grupo de Investigación CORPS. Tunja, Colombia. Autor para correspondencia. Correo electrónico: eacobo@uniboyaca.edu.co

** Profesional en Terapia Física, Magíster en Intervención Integral en el Deportista. Universidad de Boyacá. Grupo de Investigación CORPS. Tunja, Colombia. Correo electrónico: carolinasandoval@uniboyaca.edu.co

*** Fisioterapeuta, Magíster en Discapacidad. Universidad de Boyacá. Grupo de Investigación CORPS. Tunja, Colombia. Correo electrónico: ymalvarado@uniboyaca.edu.co

REGISTRATION FOR LOCATION AND CHARACTERIZATION OF DISABILITY IN CONNECTION WITH FRAMES OF REFERENCE

Abstract

Objective: To analyze the registration for location and characterization of people with disabilities in relation to the frames of reference. **Methodology:** descriptive, cross sectional study developed between 2009-2010 at Universidad de Boyacá, which included the application of registration in the municipalities of the Department of Boyacá and subsequent interpretation of information, with content analysis and descriptive statistics. The latter was made based on data supplied by the National Bureau of Statistics and the Ministry of Health and Social Protection, for the 123 municipalities of Boyacá (42,705 records), called “Registry Analysis for Locating and characterizing people with disabilities, in relation to the frames of reference in the Department of Boyacá”. **Results:** The distribution of registration questions are focused on identifying the characteristics corresponding to the frame of basic social protection with 58.42%, which is centered on survival, protection and affection; with 38.20%; as a second instance, the compensation and social cohesion is placed, and finally, equality local development appear with 3.37%. Similarly, it is observed that the prevalence of people with disabilities are female over 60 years, located in dispersed areas with low educational levels and scarce labor and social participation. **Conclusions:** It was noticed that most questions containing the registration, belong to the frame known as basic social protection which seeks to understand the people’s social-demographic, functional and health characteristics.

Key words

Disabled people, statistics on consequences and disability, health statistics, health policy, personal health records (*source: DeCS, BIREME*).

LOCAL DE INSCRIÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DE DEFICIÊNCIA EM CONEXÃO COM QUADROS DE REFERÊNCIA

Resumo

Objetivo: Analisar o registro para a localização e caracterização das pessoas com deficiência em relação aos quadros de referência. **Metodologia:** Descritivo, desenvolvido entre 2009-2010 na Universidade de Boyacá, que inclui o pedido de registro nos municípios do departamento e posterior interpretação de informações, com análise de conteúdo e estatística descritiva, o último, feito com base em dados fornecidos pelo Instituto Nacional de Estatística e do Ministério da Saúde e Proteção Social, dos 123 municípios de Boyaca (42.705 registros), denominada “Análise do Registro para localizar e caracterização das pessoas com deficiência, em relação aos quadros de referência no estado de Boyacá”. **Resultados:** A distribuição das perguntas de inscrição, estão focados em identificar as características do quadro de proteção social básica para 58,42%, que incide sobre a sobrevivência, proteção e afeto, com 38,20% e, em segunda instância, localiza a rede ea coesão social e, finalmente, há o quadro de harmonização e desenvolvimento local, com 3,37%. Da mesma forma, observa-se que a prevalência de pessoas com deficiência, é do sexo feminino de 60 anos, localizada na dispersos áreas rurais com baixos níveis de escolaridade e baixa taxa de emprego e da participação social. **Conclusões:** Observou-se que a maioria das perguntas contidas no registro, são a Cadre proteção social básica, que busca entender a variáveis sociodemográficas, de saúde funcional e da população.

Palavras chave

Pessoas com deficiência, estatísticas de sequelas e incapacidade, estatísticas de saúde, política de saúde, registros de saúde pessoal (*fonte: DeCS, BIREME*).

INTRODUCCIÓN

La prevalencia de personas que se encuentran en situación de discapacidad en el departamento de Boyacá es del 8,7%, porcentaje que se encuentra por encima de la media nacional la cual es del 6,3% (1), según el Ministerio de Salud y Protección Social –MSPS–, la mayor parte de la población con discapacidad tiene más de 45 años, con una prevalencia según Registro para la Localización y Caracterización de las personas con discapacidad –RLCPD– de febrero de 2011, del 48% en el movimiento corporal, un 41% del sistema nervioso y un 30% de la respiración, corazón. Ubicando la enfermedad general como una de las mayores causas con un 24%; los accidentes y la alteración genética-hereditaria con 10% cada una; no obstante, el 34% no registra datos. Para este momento, el 54% de las personas son del régimen subsidiado, con asistencia escolar predominante entre los 5 a 25 años y un 86% sin trabajar (2).

En el país se lleva a cabo el registro de las personas con discapacidad, que a su vez se ha implementado en Boyacá por medio del RLCPD, este con el objeto de contar con los datos referentes a la magnitud de la discapacidad, proceso donde el grupo de investigación CORPS, participa como ente ejecutor en la recolección de los datos desde el año 2007 al 2010; los resultados obtenidos conducen a procesos de reflexión sobre los diferentes factores sociales, económicos, culturales, educativos y de salud, entre otros, que se relacionan con la discapacidad. Atendiendo a lo expuesto anteriormente, el interés del presente texto, es el análisis sobre el RLCPD del Departamento Nacional de Estadísticas –DANE–, en relación a los marcos de referencia –MR–, los cuales tratan las diferentes dimensiones de desempeño y expectativas de las personas frente a una condición (discapacidad) que presenta nuevas capacidades, las que requieren de múltiples visiones y posibilidades. Según la Secretaría de Salud de Boyacá, el proceso inicia en el año 2005 de manera continua en los 123 municipios del departamento, evidenciándose un incremento en

los niveles de cobertura en los años 2007 y 2009 (3).

Al analizar el RLCPD en relación a los MR, no se debe olvidar al respecto, que en Colombia se han realizado trabajos que emplean este instrumento en diferentes zonas del país, dando parámetros estadísticos sobre la magnitud de la discapacidad (4-7). Asimismo, se cuenta con una metodología para el mapeo de los riesgos y posibilidades de realización en discapacidad del MSPS y las diversas reglamentaciones en torno a la discapacidad (8-14).

Teniendo en cuenta que los MR buscan “la toma de decisiones y acciones que llevados a la acción permiten avanzar hacia la inclusión social de las personas con discapacidad” (15); y que según el MSPS, son “una categoría que define de manera clara, comprensible y fundamentada, cuáles son las posibilidades explicativas que un determinado enfoque (o un conjunto de enfoques interrelacionados), tiene para dar cuenta de un campo de reflexión y acción determinado; el campo está definido por la relación entre riesgo, discapacidad y prevención” (16); estos son:

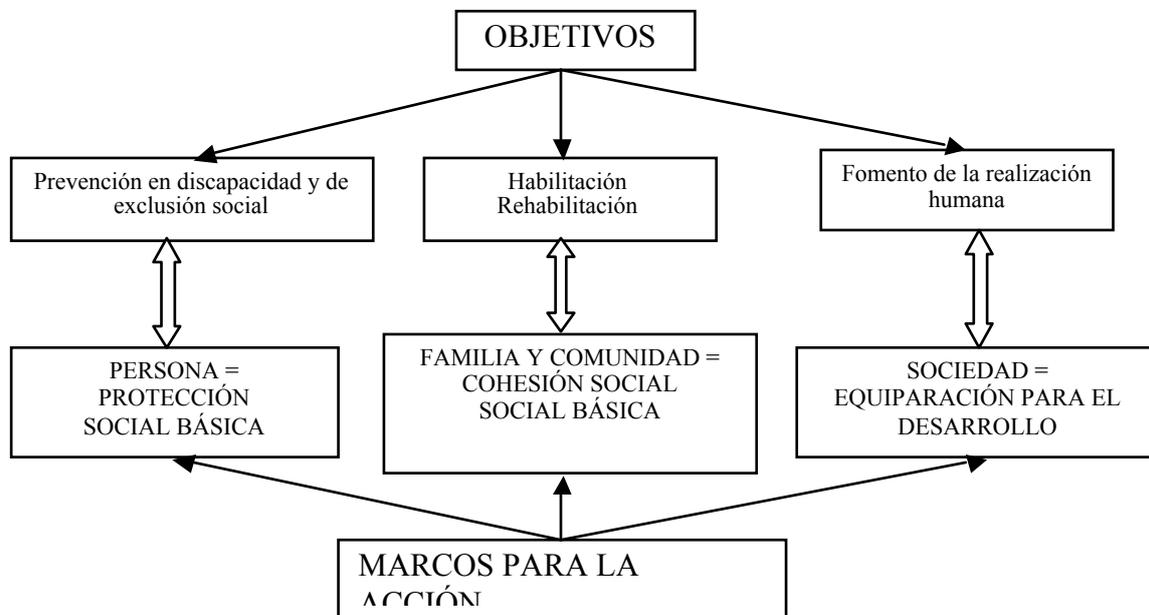
- a) **El de Protección Social Básica (PSB)**, centrado en los requerimientos básicos de la persona en situación de discapacidad, (se busca que la persona tenga y esté en condiciones mínimamente dignas de subsistencia, protección y afecto); estas son las necesidades básicas, énfasis en las dimensiones existenciales del tener y del estar; b) **El de Compensación y Cohesión Social (CCS)**, se centra en la inclusión familiar y en la sociedad local de las personas en situación de discapacidad, (el énfasis está en lograr realizar necesidades de entendimiento, participación, ocio y creación), denominadas necesidades ampliadas; enfatiza la dimensión existencial del hacer y c) **El de Equiparación y Desarrollo Local (EDL)**, que enfatiza en la equiparación de oportunidades y

el reconocimiento de las diferencias y la diversidad humana, como elemento constitutivo del ser humano; en tal medida, la meta es lograr la realización de identidad y libertad, referente a las necesidades esenciales, enfatizando en

las cuatro dimensiones existenciales, del tener, del estar, del hacer y del ser. (16)

De igual manera, el MSPS, presenta los MR a la luz del enfoque de derechos y expone el siguiente paralelo:

Figura 1. Marcos de referencia.



Fuente: Adaptación del MSPS (2).

Según el MSPS, el desarrollar un análisis que involucre el sistema de RLCPD, implica considerar la siguiente serie de etapas: primero, contar con “la descripción estadística de la discapacidad en Colombia” (16), que presenta ventajas como: la visibilidad y existencia del fenómeno, enfoque en las diferentes facetas permitiendo seleccionar aspectos determinantes y emplear una metodología para dar utilidad a los datos (16), y segundo, relacionar los datos de magnitud con las características y fines de los marcos, que permitan generar indicadores para los diferentes

municipios, como soporte en la interpretación de sus datos y orientación de las acciones, alrededor de la discapacidad.

En este punto se destaca, que la ficha del registro se encuentra focalizada en la identificación de las vulnerabilidades (al ser intrínsecas), ignorando en gran parte las potencialidades, las cuales requerirían preguntas o instrumentos con un énfasis social, sin desconocer que algunos interrogantes podrían dar respuesta a las mismas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de tipo descriptivo transversal, donde se empleó el análisis estadístico realizado con los datos obtenidos del “Análisis del Registro para la Localización y Caracterización de las personas con discapacidad, en relación con los marcos de referencia en el departamento de Boyacá”, suministrados por el DANE-MSPS, de los 123 municipios de Boyacá, con un total de 42.705 registros, sumados al empleo del análisis de contenido del RLCPD, donde se muestra la relación de este (17) con los MR. La investigación se adelantó a partir de la alianza establecida entre la Universidad de Boyacá, la Gobernación del Departamento de Boyacá, con apoyo del DANE (quien en el momento coordinaba el RLCPD), no obstante, los resultados presentados en este artículo contemplan datos a partir del año 2005, según fuente del DANE.

RESULTADOS

Los resultados se presentan enmarcados sobre la caracterización general de la población con discapacidad del departamento de Boyacá, según el RLCPD, asimismo, se desarrolla el análisis del RLCPD en relación a los MR. Con base en los datos expuestos en la Tabla 1, es relevante discriminar que la distribución de la discapacidad, según sexo tiene mayor predominancia femenina, el rango de edad es para los individuos de 60 y más años, seguida de la de 15 a 44 años, de igual forma, la ubicación se da en el área rural dispersa; en relación a la afiliación al sistema de salud, la mayoría cuenta con este, aunque un gran porcentaje no asiste a la rehabilitación por falta de dinero o desconocimiento; las principales características funcionales son: afección del movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas, ojos y la dificultad para caminar, correr y saltar.

Las altas frecuencias evidenciadas en el estudio, mostraron que la no asistencia a la escuela se da

principalmente porque el individuo considera no estar en edad para ello, o por la culminación de sus estudios; al ser contrastado con el nivel de formación predomina la primaria incompleta seguida del ítem ninguno. En referencia a las formas de participación, las de preferencia son: las familiares y religiosas, con baja frecuencia en las ciudadanas, donde se alude como causas de no participación la discapacidad, el desconocimiento, el rechazo y la presencia de obstáculos.

Las formas de participación se relacionan con el tipo de actividad realizada, donde predominan los oficios del hogar y la incapacidad para trabajar. Por último, las personas en su mayoría refieren no sentir actitudes negativas hacia ellos y en caso de darse, en general estas provienen de la familia. Estas actitudes negativas pueden ser consideradas como barreras, las cuales se suman a las presentes en el entorno físico, principalmente en el hogar, la vía, los parques y el transporte.

El análisis de contenido de la relación entre los MR y RLCPD según sus parámetros (18), se realizó a partir del reconocimiento de la conceptualización de la discapacidad, que presenta el instrumento desde el enfoque de la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud –CIF– (19); puntualizando al respecto y contrario a lo expuesto por la CIF en el registro, se evidencia un predominio de la perspectiva individual-corporal, que remite al modelo con tendencias biologicistas, donde se busca cubrir las necesidades básicas. Esta precisión se realiza considerando que gran parte de las preguntas del registro, se enfocan hacia el marco de PSB, coherente con la caracterización que muestra datos relacionados a la magnitud, como es, que la mayoría de personas con discapacidad son niños o adultos mayores de escasos recursos, con bajos niveles educativos e ingresos; por lo tanto, se convierte en una prioridad estatal, dar respuesta a las necesidades básicas insatisfechas.

Tabla 1. Descripción sociodemográfica

CARACTERÍSTICAS	%	IC95%
SOCIODEMOGRÁFICAS		
SEXO		
Hombre	49	50-51
Mujer	51	
EDAD		
60 y más años	50,4	49-50
TIPO DE VIVIENDA - UBICACIÓN		
Casa	87	86-87
Rural dispersa	58	57-58
FUNCIONALES		
Afección del movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	21,7	21-22
ORIGEN DE LA DISCAPACIDAD		
Desconocido	45,9	44-45
SALUD Y EDUCACIÓN		
AFILIACIÓN AL SISTEMA DE SALUD		
Sí	90	89-90
CAUSAS DE LA AUSENCIA DE REHABILITACIÓN		
Falta de dinero	55,6	54-55
SERVICIO DE REHABILITACIÓN ORDENADO		
Medicamentos	27,9	26-27
NIVEL EDUCATIVO		
Básica primaria incompleta	35,3	34-35
ASISTENCIA ESCOLAR		
No asistencia	85,9	84-85
CAUSAS DE NO ASISTENCIA ESCOLAR		
Ya terminó o considera no estar en edad	31,3	26-27
ACTIVIDADES		
ACTIVIDADES DE PARTICIPACIÓN		
Familiares	30,5	29-30
CAUSAS DE NO PARTICIPACIÓN		
La discapacidad	28,5	27-28
ACTITUDES Y BARRERAS		
PROCEDENCIA DE LAS ACTITUDES NEGATIVAS		
No sienten estas actitudes	75	74-75
BARRERAS DEL ENTORNO FÍSICO		
Vivienda	20,9	19-20
REQUERIMIENTO DE AYUDA PERMANENTE		
No	59,9	58-59

Fuente: Elaboración propia.

En este sentido, la discapacidad se conceptualiza explícitamente, empleando términos como: a) “Alteraciones permanentes”, desde los sistemas corporales y el movimiento del cuerpo, que sería una visión anatómico-funcionalista-negativa. b) “Deficiencia”, precisando la condición de salud, como “una alteración o atributo del estado de salud de un individuo, que puede producir dolor, angustia, peligro, interferencia con la vida diaria o contacto con los servicios de salud” (17), equiparando la condición de salud con la deficiencia y la discapacidad, donde se emplean como sinónimos, el envejecimiento y el estrés, y c) “Dificultades permanentes”, como limitaciones

en torno a las funciones de los sistemas corporales y de realización de actividades funcionales, como caminar; esto, se ratifica, en la forma de plantear la “identificación inicial”, centrada en la “observación de las alteraciones o deficiencias en funciones y estructuras corporales” (17), contemplando la limitación en la actividad y la restricción en la participación, terminología fundamentada en la CIF.

En la Tabla 2 se expone el análisis de la ubicación y la relación de las preguntas del RLCPD del DANE respecto a los MR.

Tabla 2. Relación de los MR con el RLCPPD

MR	RLCPD	Justificación	Áreas de acción
<p>PSB</p>	<p>(Las primeras preguntas son de fecha y lugar), seis en total.</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Cuál es el estrato de la vivienda 8. La vivienda cuenta con servicios de: 9. Para la preparación de alimentos, ¿utilizan agua potable? 10. Actualmente vive en: 11. En qué condición posee la vivienda (De la 12 a la 17 es identificación personal) 18. Actualmente vive 22. Número de personas a cargo menores de 12 años 23. Número de personas a cargo mayores de 60 años 27. Por su condición de salud, presenta alteraciones permanentes en: 28. De las anteriores condiciones de salud ¿cuál es la que más le afecta? 29. Hace cuántos años presenta esta condición de salud 30. En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para: 34. Sabe cuál es el origen de su discapacidad 35. Principalmente su discapacidad es consecuencia de: (De la 36 a la 41 hace referencia a estas causas: consumo de psicoactivos, desastres naturales, accidente, violencia y conflicto armado) 42. Dificultades en la prestación de servicios de salud por: 44. En cuál departamento adquirió la discapacidad 45. En cuál municipio adquirió la discapacidad 46. Está afiliado a salud 47. Cuál es el tipo de afiliación 48. A cuál entidad está afiliado 49. Su condición de salud fue oportunamente diagnosticada 51. Ha recibido atención general en salud, en el último año 52. Le ordenaron usar ayudas especiales, prótesis o medicamentos permanentes 53. Utiliza actualmente ayudas especiales, prótesis o medicamentos permanentes 54. Cree que aún necesita ayudas especiales, prótesis o medicamentos permanentes 57. Se está recuperando de su discapacidad 58. Principalmente a qué atribuye su recuperación 59. Qué tipo de recuperación le ordenaron 60. Actualmente está asistiendo al servicio de rehabilitación 61. Quién paga la rehabilitación 62. El establecimiento donde recibe la rehabilitación es: 63. Por qué no recibe servicio de rehabilitación 64. Cuántos años lleva sin recibir servicio de rehabilitación 65. Sabe si el municipio cuenta con servicios de rehabilitación 	<p>Este marco se centra en el individuo y sus necesidades, ubicando las preguntas en torno a características sociodemográficas, condiciones de vivienda y salud, además contiene interrogantes sobre la discapacidad en términos biológicos y corporales, núcleo familiar cercano, acceso a servicios de salud y tratamientos, empleo de ayudas y de procesos de recuperación y rehabilitación.</p> <p>Estas preguntas dan una perspectiva de la condición actual de la persona con discapacidad desde su esfera individual y corporal con la satisfacción o no de necesidades básicas.</p> <p>En este marco se ubican 52 preguntas de un total de 89 que corresponde al 58,42%.</p>	<p>Prevención de la discapacidad, discriminación y exclusión</p>

<p>CCS</p>	<p>19. Cuántas personas conforman este hogar 20. Cuántas de ellas presentan discapacidad 21. Actualmente tiene personas a cargo 24. Recibe algún servicio del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 25. Es beneficiario de programas de: 31. En su hogar o entorno social, ¿quiénes presentan actitudes negativas que le impiden desarrollar su actividad diaria con mayor autonomía? 43. En su familia existen o existieron más personas con discapacidad 50. Usted o su familia han recibido orientación sobre el manejo de la discapacidad 55. Requiere permanentemente ayuda de otra persona 56. Cuál es la persona que más le ayuda para realizar sus actividades 66. Sabe leer y escribir 67. Asiste actualmente a algún establecimiento educativo 68. El establecimiento donde estudia es: 69. Para atender a las personas con discapacidad, el establecimiento cuenta con servicios de apoyo: 70. Los docentes atienden adecuadamente sus necesidades educativas especiales 71. Cuál es la causa principal por la cual no estudia 72. Cuál fue el último año escolar que aprobó 73. Hace cuántos años 74. Repitió algún año escolar, cuántas veces 75. La educación que ha recibido responde a sus necesidades 76. Si le dieran la oportunidad de estudiar o seguir estudiando ¿lo haría? 77. Participa en actividades 78. Participa en alguna organización 79. Señale la razón principal por la cual no participa en ninguna organización 80. Participaría en una organización en defensa de los derechos de la población con discapacidad 81. Durante los últimos 6 meses, ha estado principalmente: 82. Usted tiene contrato de trabajo 83. La actividad económica en la cual trabaja actualmente, se relaciona con: 84. En el trabajo se desempeña como: 85. Su capacidad para el trabajo se ha visto afectada como consecuencia de su discapacidad 86. Cuál es su ingreso mensual promedio 87. Luego de presentar su discapacidad, ¿ha recibido capacitación para el trabajo? 88. Dónde recibió capacitación 89. Necesita capacitación para:</p>	<p>Este marco a su vez, contempla la familia y la sociedad, a partir de la inclusión en el sistema familiar, laboral y académico, indagando por procesos de capacitación, necesidades de apoyo y participación en organizaciones. En este, se ubican 34 preguntas de un total de 89 que corresponde al 38,20%.</p>	<p>Prevención, habilitación, rehabilitación y fomento</p>
<p>EDL</p>	<p>26. De acuerdo con sus costumbres y tradiciones... se considera: 32. En qué lugares de su vivienda o entorno físico, encuentra barreras que le impiden desarrollar sus actividades diarias con mayor autonomía 33. Cuáles medios de comunicación utiliza habitualmente</p>	<p>Este marco considera como fin último la libertad y la autonomía para la realización de las diferentes actividades de la persona con discapacidad, por lo tanto el contexto y el medio físico debe proveer las condiciones para el óptimo desempeño. En este, se ubican 3 preguntas de un total de 89 que corresponde al 3,37%.</p>	<p>Prevención, habilitación, rehabilitación y fomento</p>

Fuente: *Elaboración propia, basada en los Lineamientos para la construcción de política pública de discapacidad para Colombia.*

Según la distribución de las preguntas, el RLCPD se focaliza en detectar características correspondientes principalmente al marco de PSB (58,42%), el cual se centra en la subsistencia, protección y afecto, lo que daría a entender que en Colombia se busca conocer la discapacidad con el fin de cubrir necesidades básicas de las personas y familias con discapacidad. Continuando se encuentran aspectos como la educación, la salud, el trabajo, entre otros, relacionados con el marco de CCS (38,20%), el cual se enfoca en la comunidad e instituciones del Estado; en último lugar, referente a las necesidades de entendimiento, participación, ocio y creación, se encuentra el marco de EDL, el cual permitiría hablar de inclusión, término de actualidad en el abordaje de los procesos de discapacidad, siendo este a su vez el menos indagado por el registro (3,37%).

DISCUSIÓN

Considerando que la CIF, es una clasificación universal que “pone el acento más en la salud y el funcionamiento que en la discapacidad, entendiendo *funcionamiento* como lo referente a las funciones corporales, las actividades y la participación y la *discapacidad* como lo relativo a deficiencias, limitación de actividades o restricción de la participación. Es, pues, una perspectiva corporal, individual y social. Adicionalmente la CIF también considera los *factores contextuales* (ambientales y personales) que interaccionan con estos componentes” (20), que a su vez se considera eje conceptual del RLCPD, razón por la cual no se debe desconocer cómo el modelo transforma lo que se entiende por salud y discapacidad, pasando de ser pensados como excluyentes y diferentes, a iguales en un *continuum* de la vida desde una experiencia y como un proceso “dinámico bidireccional fruto de la interacción entre estado de salud y factores contextuales” (20), lo que se corresponde al paso del modelo biomédico al modelo biopsicosocial. Esta transición implica dejar de concebir a la enfermedad como causante de la deficiencia que

lleva a la discapacidad y minusvalía de manera lineal, conduciendo a pensar, en la responsabilidad social de adecuación, que favorezca la adaptación de las personas con discapacidad (21).

Como ya se mencionó, los MR son instrumentos que determinan las acciones a desarrollar en política pública, desde discapacidad se consideran: a) el área de prevención, enfocada en las deficiencias y limitaciones permanentes y la inclusión de acciones diferenciales que le permitan a las personas con discapacidad reconocer sus necesidades; b) área de habilitación-rehabilitación, centrada en el desarrollo de nuevas capacidades personales o condiciones sociales que faciliten el desempeño; c) área de fomento de la realización humana, concentrada en diversos mecanismos culturales, sociales e institucionales que generen posibilidades de acceso a educación, trabajo y participación en diversas actividades (15). Aspectos que se encuentran directamente relacionados con los marcos y en especial, según el análisis presentado en el de PSB.

Respecto al análisis de las preguntas del RLCPD desde su ubicación en cada uno de los marcos, partiendo del hecho de que este presenta un enfoque de predominancia biomédico, hay que considerar lo expuesto por Fernández et al. en relación a las limitaciones de este modelo que incluyen entre otras: que el diagnóstico no es explícito en identificar qué es capaz de hacer la persona que padece una enfermedad, determinar su pronóstico, necesidades y costos de tratamiento, en contraste el modelo biosocial permite reconocer las diferencias entre el funcionamiento real y el potencial del enfermo y permite identificar los facilitadores y barreras ambientales (20).

Como síntesis del análisis de contenido realizado entre el RLCPD y los marcos, se expone que en el **Marco de la Protección Social Básico**: retoma el área para la acción de prevención, al centrarse en el reconocimiento de necesidades (15) sus preguntas se encuentran orientadas en la localización de

las personas en un tiempo y espacio, haciendo la distinción entre urbano y rural, información que puede llegar a ser pertinente en la orientación de las acciones de los municipios y cuyos datos se dan en aspectos tales como la cobertura de los diferentes servicios y programas. Asimismo, este indaga sobre las características de la vivienda en términos del tipo y acceso a servicios públicos, por otro lado, no enfatiza en características de accesibilidad las cuales permitirían su adecuada intervención, lo anterior, considerando que se mide es la accesibilidad interna pero no la externa de la vivienda. Sumado a estos elementos, realiza la identificación de la persona con discapacidad en parámetros sociodemográficos, constitución familiar, red de apoyo familiar, dependencias familiares, tipificación de deficiencias y limitaciones presentadas por la persona; centrado en el reconocimiento de causas de la discapacidad, mas no en capacidades = habilidades actuales, situación que permitiría trascender a la intervención y acción que se proporciona desde los siguientes marcos.

Respecto a los servicios de salud, este marco, recoge datos de afiliación al sistema, acceso a servicios oportunos, soportes individualizados, proceso de evolución, acceso a la rehabilitación, tipo de servicios requeridos, financiación de la rehabilitación, causales de no asistencia a rehabilitación y conocimiento de la información sobre esta. Lo cual se puede evidenciar con la información que se encuentra a nivel departamental y nacional donde la mayoría son mujeres, ubicada en el área rural, con el 21%, que refieren afecciones del movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas, un 45% que desconocen sobre el origen de la discapacidad y un 55% que no asiste a rehabilitación por falta de dinero.

Marco de la Compensación y Cohesión Social: soportado en el área de habilitación y rehabilitación, con enfoque hacia la gestión de nuevas capacidades tanto personales como sociales (15), las preguntas aquí agrupadas caracterizan la

familia desde su conformación, reconocimiento de personas con discapacidad, personas a cargo, apoyo de instituciones estatales y cobertura de los programas de protección, este punto, indicaría la prevalencia de discapacidad, las redes estatales de apoyo y la cobertura de las mismas. En este marco, se incluyen preguntas en torno a las actitudes negativas frente al desempeño, ubicando de quién provienen, pero no cuáles son, de igual manera, se trata la prevalencia de antecedentes de discapacidad en la familia, acceso a orientaciones en torno a la discapacidad, sin embargo, no retoma la calidad y pertinencia de los mismos.

Asimismo, indaga alrededor de la presencia de apoyo de un cuidador según su independencia, la cobertura del sistema educativo, el nivel de analfabetismo, tipo de institución educativa y apoyos con los que el individuo cuenta, sumado al cubrimiento de necesidades educativas, pero no cuestiona sobre la calidad y pertinencia de la misma; de igual forma, este indaga las causas de no pertenencia al sistema educativo, la participación en diversas actividades y organizaciones, los motivos de no participación, la cobertura laboral, las características de la misma, el tipo de actividad económica, el trabajo realizado, el desempeño laboral, los ingresos, la formación, instituciones y necesidades de capacitación, variables que son de gran importancia al considerar las capacidades de las personas, así como el proceso de orientación de las diversas acciones.

En complemento, los datos refieren que un 35% cuenta con primaria incompleta, con mayor participación en actividades familiares en un 30%, y un 75% que no refiere sentir actitudes negativas.

Marco de Equiparación y Desarrollo Local: contempla el grupo étnico-cultural al que pertenece, tiene preguntas implícitas sobre los hábitos y creencias, las barreras en el hogar que limitan la autonomía y los medios de comunicación empleados, pero no sus características y necesidades de acondicionamiento de los mismos,

con un 20% de personas que refieren barreras sobre todo en el entorno físico de la vivienda y un 59% que no requieren de ayuda permanente. En relación a este, el área que lo contiene es la de fomento de la realización humana, la cual pretende generar posibilidades en educación, trabajo y participación (15).

Finalmente, el RLCPD abarca los tres MR, los que permitirán tomar acciones a favor de las personas con discapacidad, no obstante se requiere complementar la información en lo relacionado a las capacidades y habilidades a potencializar, en la calidad y pertinencia de las acciones desarrolladas en concordancia con las necesidades de las personas en salud, educación, trabajo y participación, lo que requiere de adaptaciones y facilitadores, como lo expone la CIF en relación al reconocimiento de “la situación del individuo respecto a su estado de salud con distintos dominios de salud y condiciones relacionadas con ellas” (22), debido a que la CIF busca integrar los modelos biomédico y social sobre discapacidad.

CONCLUSIONES

En síntesis, el RLCPD presenta una clara tendencia hacia la caracterización de las personas con discapacidad, centrada en las condiciones básicas y por lo tanto en el primer MR, el de PSB (subsistencia, protección y afecto), sin desconocer que indaga, en segunda instancia, sobre la situación y necesidades que involucra la familia y la sociedad en relación al marco de CCS (entendimiento, participación, ocio y creación), y en último lugar, se dirige hacia el marco de EDL, que busca no solo la inclusión laboral y educativa, sino en todas las esferas de la vida y formas de relación y participación del sujeto (amplia libertad para desarrollar su identidad y autonomía).

AGRADECIMIENTOS

Las autoras expresan sus agradecimientos a las entidades que contribuyeron con el desarrollo de la investigación: Gobernación de Boyacá, Departamento Administrativo de Planeación – DANE– y Universidad de Boyacá.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sandoval Cuellar C, Alvarado Rojas Y, Chía Neira S, Silva Ortiz S, Jiménez Sánchez C, García Barrera A. Fisioterapia en el contexto de la Discapacidad en Boyacá. Universidad de Boyacá, Programa de Fisioterapia; 2008.
2. Ministerio de la Protección Social. Situación de la discapacidad en Colombia. [Internet]. [citado 13-03-2013]. Disponible en: <http://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpcontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Bienestar%20Social/Secciones/Programas%20y%20Proyectos/Documentos/2011/precongresoDiscapacidad/presentac%20MPS%20Precongreso.pdf>
3. Secretaria de Salud de Boyacá. Análisis de la situación de salud en Boyacá -ASIS. [Internet]. 2010 [citado 13-03-2013]. Disponible en: <http://www.boyaca.gov.co/?idcategoria=24446>
4. Ministerio de Educación Nacional. Resultados preliminares de la implementación del registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad Departamento Valle del Cauca. [Internet]. 2008 [citado 20-06-2011]. Disponible en: www.valledelcauca.gov.co/salud/descargar.php?id=3038
5. Ministerio de Educación Nacional. Resultados preliminares de la implementación del registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad San Andrés. [Internet]. 2008 [citado 15-08-2011]. Disponible en: www.minproteccionsocial.gov.co/discapacidad/sanandres_2008.ppt
6. Ministerio de Educación Nacional. Resultados preliminares de la implementación del registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad Departamento del Meta. [Internet]. 2008 [citado 25-09-2010]. Disponible en: www.minproteccionsocial.gov.co/discapacidad/.../meta_2008.ppt
7. Ministerio de Educación Nacional. Resultados preliminares de la implementación del registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad Departamento del Huila. [Internet]. 2008 [citado 10-10-2010]. Disponible en: www.huila.gov.co/?option=com_gdoc&task=download...
8. Naciones Unidas. Convención de Derechos de las Personas con discapacidad de las Naciones Unidas. [Internet]. 2006 [citado 10-10-2010]. Disponible en: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
9. Ministerio de la Protección Social y entidades adscritas y vinculadas, Ministerio de Comunicaciones, Ministerio de Transporte, Ministerio del Medio Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial, Ministerio de Educación y entidades adscritas y vinculadas, Ministerio de Cultura-Ministerio de Justicia y del Interior, Consejería Presidencial de Programas Especiales, Consejería Presidencial para la Política Social-Red de Solidaridad Social. DNP-DDS-SS. CONPES Social 80. V “Política Pública Nacional de Discapacidad”. [Internet]. 2004 [citado 22-03-2011]. Disponible en: www.dnp.gov.co/PortalWeb/Portals/0/.../Conpes%20Sociales/080.pdf
10. Congreso de la República. Ley 1346 de 2009. Por medio de la cual se aprueba la “Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad”, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006. Diario Oficial [Internet]. 2009 [citado 25-09-2011];No. 47.427. Disponible en: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2009/ley_1346_2009.html
11. Ministerio de la Protección Social, Dirección General de Salud Pública. Decreto número 3039 de 2007 (10 de agosto de 2007). Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-

2010. [Internet]. 2007 [citado 22-03-2011]. Disponible en: <http://guajiros.udea.edu.co/fnsp/cvsp/politicaspUBLICAS/decreto%203039.pdf>
12. Ministerio de la Protección Social. República de Colombia. Convocatoria entrega de ayudas técnicas para personas con discapacidad. Decreto 1355 de 2008. Por el cual se reglamenta el artículo 19 de la Ley 1151 de 2007. Diario Oficial [Internet]. 2008 [citado 18-05-2011];No. 46.971. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=30010>
 13. Ministerio de Protección Social. República de Colombia. El Congreso de Colombia. Ley 1221 de 2008. Por la cual se establecen normas para promover y regular el Teletrabajo y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial [Internet]. 2008 [citado 22-10-2011];No. 47.052. Disponible en: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2008/ley_1221_2008.html
 14. Asamblea del Departamento de Boyacá. Proyecto de Ordenanza 005 de 2011. Por medio de la cual se adopta la política pública departamental para la inclusión social de las personas con discapacidad en Boyacá. 2011.
 15. Ministerio de Protección Social, Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los refugiados UNHCR ACNUR. Directriz de enfoque diferencial para el goce efectivo de las personas en situación de desplazamiento forzado con discapacidad en Colombia. [Internet]. 2011 [citado 20-11-2012]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Directriz%20Persona%20en%20Desplazamiento%20con%20Discapacidad.pdf>
 16. Ministerio de la Protección Social. Riesgo, prevención y discapacidad en Colombia. Metodología para el mapeo de los riesgos y las posibilidades de realización en discapacidad. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia; 2008.
 17. Departamento Administrativo Nacional de Estadística –DANE–. Ficha Metodológica Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad –RLCPD–. [Internet]. 2010 [citado 08-05-2011]. Disponible en: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/fichas/poblacion/ficha_discapacidad.pdf
 18. Departamento Administrativo Nacional de Estadística –DANE–. Manual de capacitación para la implementación del registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad. 2006.
 19. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud –CIF–. [Internet]. 2001 [citado 20-11-2012]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42419/1/9243545426.pdf>
 20. Fernández López J, Fernández Fidalgo M, Geoffrey R, Stucki G, Cieza A. Funcionamiento y discapacidad: la clasificación internacional del funcionamiento (CIF). Rev. Esp. Salud Pública [Internet]. 2009 [citado 20-02-2013];83(6). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272009000600002&script=sci_arttext
 21. Chaná P, Alburquerque D. La clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) y la práctica neurológica. Rev. chil. neuro-psiquiatr. [Internet]. 2006 [citado 20-02-2013];44(2). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272006000200002
 22. Ayuso Mateos J, Nieto Moreno M, Sánchez Moreno J, Vázquez Barquero J. Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF): aplicabilidad y utilidad en la práctica clínica. Med Clin. [Internet]. 2006 [citado 20-02-2013];126(12). Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/2/2v126n12a13086326pdf001.pdf>

EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ESTUDIANTES DE TUNJA (BOYACÁ, COLOMBIA) - 2012

Lina Fernanda Barrera Sánchez *
Fred Gustavo Manrique-Abril **
Juan Manuel Ospina Díaz***

Recibido en mayo 1 de 2013, aceptado en agosto 14 de 2013

Citar este artículo así:

Barrera LF, Manrique-Abril FG, Ospina JM. Evaluación de la conducta alimentaria en estudiantes de Tunja (Boyacá, Colombia) - 2012. *Hacia promoc. salud.* 2013; 18(2):55-65.

Resumen

Objetivo: Evaluar, mediante la estimación de la prevalencia, la frecuencia de trastornos de la conducta alimentaria en una población de estudiantes, a partir de una muestra seleccionada aleatoriamente en la ciudad de Tunja y simultáneamente, identificar factores posiblemente relacionados. **Materiales y Métodos:** Estudio de corte transversal analítico. A una muestra seleccionada aleatoriamente, de 236 escolares de secundaria, se le realizó medición antropométrica y se le aplicaron los instrumentos Eating Attitudes Test (EAT-26) y autopercepción de la imagen corporal. **Resultados:** Media de edad 14,8 años (SD = 2,12). Prevalencia global de trastornos de la conducta alimentaria 16,5% (IC95% = 11,9-21,9); mayor prevalencia en mujeres que en los varones. Se encontró asociación entre imagen corporal autopercebida atípica e índice de masa corporal normal (OR = 16,8), también entre una imagen corporal deseada atípica e índice de masa corporal anormal (OR = 8,6). **Conclusiones:** Se encontró alta prevalencia global de trastornos de la conducta alimentaria; se perfila la necesidad de diseñar e implementar estrategias de intervención educativas en alimentación y nutrición en los grupos de escolares y adolescentes para consolidar hábitos y estilos de vida saludable.

Palabras clave

Conducta alimentaria, bulimia, anorexia, adolescentes, nutrición (*fuentes: DeCS, BIREME*).

* Enfermera. Magíster en Salud Pública. Escuela de Enfermería, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Tunja, Colombia.

** Enfermero. Ph.D. en Salud Pública. Escuela de Enfermería, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Tunja. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Colombia. Autor para correspondencia: Correo electrónico: fgma75@gmail.com

*** MD. Magíster en Epidemiología. Escuela de Medicina, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Tunja, Colombia.

ASSESSMENT OF EATING BEHAVIORS OF STUDENTS FROM TUNJA (BOYACÁ, COLOMBIA) - 2012

Abstract

Objective: To assess, by estimating the prevalence, the frequency of eating disorder behaviors in a randomly selected sample of students from the city of Tunja and simultaneously, to identify possible related factors. **Materials and Methods:** Analytical cross-sectional study. Anthropometric measurement was carried out to a 236 sample of secondary school students and two instruments were applied: Eating Attitudes Test (EAT-26) and self-perception of body image. **Results:** Mean age 14.8 years (SD = 2.12). Overall prevalence of eating disorders behavior 16.5% (95%CI = 11.9 to 21.9); higher prevalence in women than in men. Causal association between an atypical self-perceived body image and an abnormal Body Mass Index (OR = 16.8) and between an atypical desirable body image and an abnormal Body Mass Index (OR = 8.6) were found. **Conclusions:** High overall prevalence of eating disorder behaviors was found which suggests the need to design and implement educational intervention strategies in food and nutrition in school children and adolescents' groups to consolidate habits and healthy lifestyles.

Key words

Eating behavior, bulimia, anorexia, adolescents, nutrition (*source: DeCS, BIREME*).

AVALIAÇÃO DE ALIMENTAÇÃO COMPORTAMENTOS DESSES ESTUDANTES TUNJA (BOYACÁ, COLOMBIA) - 2012

Resumo

Objetivo: Avaliar, por estimar a prevalência, frequência de transtornos alimentares de comportamento em uma população de estudantes de uma amostra selecionada aleatoriamente na cidade de Tunja e, simultaneamente, identificar os fatores possivelmente relacionados. **Metodologias:** Estudo transversal analítico. Em uma amostra aleatória de 236 alunos do ensino secundário, foi realizado instrumentos de medição antropométricas e aplicados Eating Attitudes Test (EAT-26) e auto-percepção da imagem corporal. **Resultados:** A média de idade 14,8 anos (DP = 2,12). A prevalência de transtornos do comportamento alimentar (ED) 16,5% (IC = 11,9-21,9 95%) maior prevalência em mulheres do que em homens. Houve associação da imagem corporal auto-percepção entre índice de massa corpora atípico e anormal (OR = 16,8), também a partir de uma imagem corporal desejável índice de massa corpora atípico e anormal (OR = 8,6). **Conclusões:** É alta a prevalência global de TCA, ele descreve a necessidade de conceber e implementar estratégias de intervenção educativa em alimentação e nutrição em escolares e adolescentes de grupos para consolidar hábitos e estilos de vida saudáveis.

Palavras chave

Comportamento alimentar, bulimia, anorexia, os adolescentes, nutrição (*fonte: DeCS, BIREME*).

INTRODUCCIÓN

Los llamados comúnmente trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son de hecho trastornos comportamentales que ocurren en relación con las prácticas de alimentación y que se conocen también como desórdenes o trastornos del comer, de la ingesta, alimenticios, de la conducta alimentaria (1), entre otros. Otras nominaciones para estos trastornos pueden ser: síndrome del Gourmet, trastorno nocturno de alimentación, pica, síndrome del comedor compulsivo, síndrome de Prader-Willi. Los más significativos por la afectación clínica que conllevan son la anorexia y la bulimia nerviosas, conocidos en el ámbito médico como trastornos alimentarios no específicos (TANE). A estos dos últimos se suma, por su relación con la actividad física, la patología que se denomina vigorexia (obsesión en torno al culto del desarrollo muscular) (2).

En un estudio realizado en Cundinamarca (Colombia), en el que se indagaba sobre trastornos de la conducta alimentaria en jóvenes escolarizados, se encontró una prevalencia de 15,04% de casos probables de TCA, la mayoría en mujeres ($p < 0,01$). El 38,3% de estos sujetos aceptó entrevista psiquiátrica, con lo que se logró estructurar diagnóstico clínico de TCA en aproximadamente la mitad de los entrevistados, sin diferencias por estrato socioeconómico ni grupos de edad; adicionalmente, los autores encontraron comorbilidad con trastornos depresivos y ansiosos, así como conductas suicidas más frecuentes en adolescentes con diagnóstico clínico de TCA que en aquellos sin diagnóstico psiquiátrico y con otros trastornos ($p = 0,019$), permitiéndoles afirmar que los TCA ocurren desde edades tempranas, existiendo una alta tasa de comorbilidad con trastornos afectivos y conductas suicidas (3).

En Cali, se han llevado a cabo varios estudios en adolescentes que muestran 39,7% de estudiantes

de medicina con alta probabilidad de desarrollar TCA, con franca mayoría de las mujeres en relación 2:1. Como factores asociados en las mujeres se encontraron el querer disminuir más de 10% del peso corporal (OR = 24,65; IC95% = 1,92-316,91) y la interacción entre este factor y el porcentaje deseado de disminución de peso (OR = 0,81; IC95% = 0,66-0,98) (4). En 2008, en otro estudio realizado en la misma ciudad, se reportó en un grupo de escolares con edad promedio de 13 años, altas prevalencias de prácticas atípicas encaminadas a reducir de peso como provocar el vómito (7,1%); dentro de las conductas identificadas en sus familiares, 86,9% reportaron uso de laxantes para adelgazar, mientras en amigos y pares el 15,7% percibieron inducción al vómito y empleo de pastillas para adelgazar, respectivamente; la prevalencia de riesgo para los trastornos de la conducta alimentaria fue 3,5%, siendo estadísticamente significativa en las mayores de 15 años y en adolescentes de grados superiores a noveno (5).

Respecto a la etiología, se ha encontrado que la anorexia es una enfermedad psicossomática que se apoya en tres pilares básicos: dos psicológicos, que son una fobia a la obesidad y una deificación de la delgadez y uno somático, que es una patología de los mecanismos que regulan la ingesta, y que resultan alterados a partir de una desnutrición prolongada. Como consecuencia, la mente de la enferma y su medio social y familiar, se alteran gravemente, lo que complica el cuadro de manera que la afectada termina encerrada en una cárcel de la que sale, a veces, solo con la muerte (6).

En el presente estudio se propuso evaluar, mediante la estimación de la prevalencia, la frecuencia de ocurrencia de TCA en una población de estudiantes, a partir de una muestra seleccionada aleatoriamente en la ciudad de Tunja y simultáneamente, identificar factores posiblemente relacionados.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se diseñó un protocolo de tipo observacional, de corte transversal analítico.

Población y muestra

Para el efecto se definió como población a los estudiantes de ambos sexos matriculados en los colegios públicos de la ciudad de Tunja, a nivel de secundaria y media, los cuales ascienden a 18379, según el reporte “Tunja 2012: estado de avance de los objetivos de desarrollo del milenio”. Se desarrolló un muestreo de tipo secuencial aleatorio por conveniencia previa estimación del tamaño de muestra, a partir de una prevalencia reportada de 1,2% (7), con significancia del 95% y asumiendo diferencias hasta de 1,4% respecto de este reporte. Con una muestra estimada de 230 sujetos, se incluyeron 236 estudiantes. El Índice de Masa Corporal (IMC) se estimó a partir de la ecuación:

$$IMC = \left[\frac{\text{peso Kg} / \text{talla cm}}{\text{talla cm}} \right] * 10000$$

Previo consentimiento informado a cada uno de los estudiantes o tutores, se aplicó el test EAT-26, diseñado por Garner et al. en 1982. Mediante correspondencia cursada con Garner se obtuvo autorización para el empleo de este instrumento (8, 9). El objetivo del test es identificar síntomas y preocupaciones características de los trastornos alimentarios en muestras no clínicas. Algunos investigadores describen al EAT como una medición general de síntomas de anorexia (AN) y bulimia (BN), mientras que otros, lo clasifican como un instrumento diseñado para evaluar un conjunto de actitudes y conductas asociadas con AN (10). El EAT fue elaborado por Garner y Garfinkel en el año 1979, el instrumento inicial contenía 40 reactivos (EAT-40), agrupados en

siete factores: conductas bulímicas, imagen corporal con tendencia a la delgadez, uso o abuso de laxantes, presencia de vómitos, restricción alimentaria, comer a escondidas y presión social percibida al aumentar de peso (8). Posteriormente, diseñaron una versión corta con 26 ítems (EAT-26), en el que se suprimieron 14 reactivos, ya que se consideró que eran redundantes y no aumentaban la capacidad predictiva del instrumento (9). Este último fue el instrumento utilizado en este estudio. Las 26 preguntas se agrupan en tres dimensiones extraídas a partir del análisis factorial, resumidas así: Factor o Dimensión Dieta (D. Preguntas 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24, 25), refleja un rechazo patológico a las comidas de alto valor calórico y preocupación marcada por el aspecto físico; Factor o Dimensión Bulimia o preocupación por los alimentos (B. Preguntas 3, 4, 9, 18, 21 y 26), se refiere a episodios de ingesta compulsiva de alimentos seguida de vómitos u otros mecanismos para evitar la ganancia de peso; y Escala de Control Oral (CO. Preguntas 2, 5, 8, 13, 15, 19 y 20), que refleja el grado de autocontrol en función del reconocimiento de los alimentos que, impulsados por la presión social, se promueven con fines de consumo (11).

Adicionalmente cada escolar señaló, sobre un formato diseñado por Stunkard y Stellard en 1990, una silueta representando la imagen corporal con la cual se identificaba en relación con la percepción de su propio cuerpo, entre una serie de nueve imágenes (12), que van siendo progresivamente más robustas; cada silueta se correlaciona con un valor preestablecido de índice de masa corporal; en este estudio se pidió a los participantes que señalaran tres imágenes: la que desearían tener, la que perciben tener y la que les parece normal en el sexo opuesto. Posteriormente, se señaló la imagen real acorde con el Índice de Masa Corporal.

El análisis se adelantó utilizando el paquete estadístico Epi Info 2002. Para cada variable se reportaron medidas de tendencia central y dispersión, es decir medias y desviación

estándar para las continuas y porcentaje con el correspondiente intervalo de confianza del 95% para las variables discretas. Cuando fue necesario realizar comparación de grupos se utilizaron como pruebas de hipótesis la t de Student y Chi cuadrado, respectivamente.

El estudio se consideró investigación sin riesgo acorde con los lineamientos de la Resolución 8034 de 1993 del Ministerio de Salud. No obstante, a todos los participantes se les garantizó la preservación de la confidencialidad además del

principio de beneficencia, mediante la cadena de custodia de la información.

RESULTADOS

Caracterización de la muestra. 57,6% (n = 136) pertenecía al género femenino (IC95% = 51%-64%); la media registrada de edad fue de 14,85 años (Rango = 11-19; SD = 2,12 años); no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la media de edad por género (p = 0,09).

Tabla 1. IMC promedio según edad. Estudiantes de Tunja. 2012.

EDAD	FEMENINO			MASCULINO			P
	Frec	Media	DE	Frec	Media	DE	
11	1	20,5	-	3	16,56	2,51	0,003
12	18	17,09	2,53	19	17,36	2,02	0,72
13	15	19,89	2,13	21	18,3	2,19	0,46
14	14	19,76	2,4	17	19,41	1,75	0,65
15	20	21,72	2,54	11	19,62	2,98	0,07
16	33	21,61	2,95	6	21,35	3,058	0,84
17	19	21,82	3,08	8	21,85	1,69	0,97
18	11	21,46	1,9	10	20,74	4,54	0,65
19	5	22,24	2,69	5	23,78	1,96	0,33
Total	136	20,68	3,02	100	19,39	3,02	0,0014

Frec: frecuencia absoluta. Media: promedio aritmético. DE: desviación estándar

Fuente: Instrumento aplicado.

La prevalencia de bajo peso según IMC fue del 6,8%, (IC95% = 3,9-10,8), mayor en los hombres. La prevalencia de sobrepeso fue de 9,3% (IC95% = 5,9-13,8), con mayor ocurrencia en las mujeres

(11,8% vs 6% en los hombres). Los resultados del diagnóstico del estado nutricional por edad y género se muestran en la Tabla 2.

Tabla 2. Diagnóstico del estado nutricional según IMC, por género y edad. Estudiantes de Tunja. 2012.

EDAD	FEMENINO				MASCULINO			
	bajo	normal	sobrepeso	obesidad	bajo	normal	sobrepeso	obesidad
11	0	1	0	0	1	2	0	0
12	4	13	1	0	2	17	0	0
13	0	13	2	0	2	17	2	0
14	0	12	2	0	0	17	0	0
15	0	15	5	0	1	9	1	0
16	2	27	4	0	0	5	1	0
17	1	16	2	0	0	8	0	0
18	0	11	0	0	3	5	2	0
19	0	5	0	0	0	5	0	0
Total	7	113	16	0	9	85	6	0

Fuente: Instrumento aplicado.

La puntuación media en la escala EAT-26 fue de 10,23 (SD = 9,54), sin diferencias estadísticamente significativas por género ($p = 0,23$). Se registraron valores iguales o superiores a 21 en 39 (16,5%) sujetos (19,1% en mujeres y 11% en hombres).

El 53% de los estudiantes poseen una imagen corporal que coincide con la percibida y la deseada, y se ubica en las imágenes 3, 4 y 5, las cuales coinciden con índices de masa corporal normal. La imagen corporal del 42,37% de los encuestados correspondería a Índices de Masa Corporal por debajo de la normalidad, el 4,65% poseen una imagen corporal de tipo sobrepeso u obesidad y el 47,8% desearían verse aún más delgados de lo que realmente son, al tiempo que la mitad de los que están en sobrepeso desearía verse más delgado.

La diferencia entre la estructura corporal real y la percibida se muestra en la Tabla 3. Los valores

negativos identifican a niños que tienen IMC real menor que el que perciben, o sea, que se ven a sí mismos más robustos de lo que realmente son. Por otra parte, los valores positivos se relacionan con quienes se perciben con un IMC mayor que el real, es decir, se ven a sí mismos más delgados de lo que están. Los que se identifican con la categoría 3 (-1 a 2) son aquellos en los que la percepción y la realidad son más cercanas. Lo anterior en consideración a que la discriminación se estima con base en diferencias reales-percibidas mayores a dos unidades, dado que es difícil establecer diferencias absolutas entre dos imágenes consecutivas. La misma categorización se aplicó a la diferencia entre la silueta real y la deseada. Los valores negativos corresponden a personas que quisieran ser más robustas de lo que realmente son, mientras que los valores positivos corresponden a quienes desearían verse más delgados de lo que realmente están (11).

Tabla 3. Categorización de las diferencias entre los IMC reales y percibidos, y reales y deseados

CAT	RANGO	DIFERENCIA REAL - PERCIBIDA					DIFERENCIA REAL - DESEADA				
		FEM	MAS	TOTAL	P	%	FEM	MAS	TOTAL	P	%
1	Menor de -4	1	0	1	0,61	0,42%	0	0	0	1	0,0%
2	-4 a -2	10	15	25	0,09	10,59%	13	24	37	0,004	15,6%
3	-1 a 2	123	84	207	0,19	87,71%	106	71	177	0,28	75,0%
4	2 a 4	2	1	3	0,78	1,27%	16	5	21	0,11	9,0%
5	Mayor de 4	0	0	0	1	0,0%	1	0	1	0,61	0,4%
TOTAL		136	100	236		100%	136	100	236		100%

Fuente: Elaboración propia.

Se encuentra que 11% de los estudiantes se perciben más robustos de lo que realmente están, mientras que 1,3% se perciben más delgados. Por otra parte, 15,6% desearían ser más robustos y 9,4% ser más delgados. La mayoría se percibe y desea tener una imagen acorde con su estructura corporal real (87,7% y 75%, respectivamente). Del total analizado se encuentra que 12 estudiantes (5,1%), de manera simultánea perciben y desean una imagen corporal diferente de la real, 75% (n = 9) son varones.

85,6% manifiestan que la imagen ideal en el sexo opuesto coincide con las categorías 2 y 3; es decir,

imágenes con un IMC normal, y de contextura corporal más delgada que robusta.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el riesgo de IMC alterado por género (p = 0,41), ni por presentar puntaje mayor a 20 en la escala EAT-26 (p = 0,49), tampoco por tener una imagen atípica del sexo opuesto (p = 0,45). Se encontró asociación estadísticamente significativa entre una imagen corporal deseada atípica (diferente de las categorías 2 y 3) y alteración en el IMC (p < 0,0001); también entre una imagen percibida atípica (diferente de 2 y 3) y alteración en el IMC (p = 0,0072). La evaluación se muestra en la Tabla 4.

Tabla 4. Variables asociadas con alteración en el IMC. Escolares de Tunja. 2012.

EXPOSICIÓN	CRIT.	IMC ALTERADO		OR	IC95%	p (Chi2*)
		SÍ	NO			
Género femenino	SÍ	23	113	1,15	0,56-2,34	0,41
	NO	15	85			
Puntaje EAT-26 > 20	SÍ	5	35	0,71	0,22-2,07	0,49
	NO	33	163			
Imagen atípica sexo opuesto	SÍ	3	31	0,46	0,13-1,59	0,45
	NO	35	167			
Imagen deseada atípica	SÍ	12	10	8,67	3,4-22,0	< 0,0001
	NO	26	188			
Imagen percibida atípica	SÍ	3	1	16,8	1,7-167,0	0,0072
	NO	356	197			

* Prueba exacta de Fisher.

Fuente: Elaboración propia.

DISCUSIÓN

Se encuentra que los trastornos de la conducta alimentaria se vienen incrementando gradualmente en los sectores urbanos y de provincia del departamento de Boyacá, impulsados por cambios importantes en la percepción de una imagen corporal extremadamente delgada, estereotipo de las personas exitosas, promocionada por los medios masivos de comunicación, a la vez que por modificaciones en los hábitos y comportamientos alimenticios de los jóvenes y adolescentes, que incorporan a la dieta alimentos procesados, con elevada carga energética y bebidas excesivamente endulzadas, mientras que se abandona gradualmente el consumo de alimentos que contienen fibra. La preocupación por la ganancia de peso, conducente a una imagen corporal ampliamente estigmatizada en el medio estudiantil, sumado al estrés del medio académico, constituye uno de los pilares centrales en el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria como la anorexia nerviosa y la bulimia.

El problema de la malnutrición ha activado las alarmas en el sector salud merced al hallazgo secuencial y repetitivo de indicadores nutricionales como el IMC, que muestran valores promedio por encima de los estándares de normalidad en algunos sectores populares del departamento de Boyacá; tal es el caso de los cultivadores de papa (13). Desde los ámbitos de la atención primaria y del sector educación se postula insistentemente sobre la necesidad de orientar las intervenciones de Fomento y prevención en los niños y adolescentes escolares, quienes siendo los futuros consumidores deberían apropiarse desde temprana edad hábitos y comportamientos alimentarios, nutricionales y de actividad física adecuados al logro de un estilo de vida saludable (14). Es importante considerar que las sociedades consumistas promueven más el consumo de alimentos procesados que el de lácteos, frutas y vegetales frescos ocasionando la adquisición de hábitos de alimentación y nutrición completamente inadecuados (15).

La prevalencia de TCA en la muestra de adolescentes analizados, es mayor que la encontrada recientemente en Bogotá, hecho que de alguna manera debe constituir un llamado de atención para la acción en razón a las similitudes de los grupos analizados en ambas ciudades (16), y de que la estimación de Tunja es más del doble de la de Bogotá, con similar composición por sexo y promedio de edad. También es importante anotar que la prevalencia de TCA en la ciudad de Tunja, en población escolar muestra un aumento significativo cuando se la compara con la encontrada en estudios realizados en años anteriores (17).

La adolescencia es una etapa crucial en la vida, que implica cambios bruscos en la perspectiva física, cultural, emotiva y psicológica. Desde la media adolescencia, los jóvenes experimentan la necesidad de evaluar y comparar su propio cuerpo con el de los demás; de esa comparación pueden derivar sentimientos de insatisfacción que finalmente pueden traducirse en percepciones alteradas, que a su vez también pueden conducir a desórdenes en el comportamiento alimentario (18).

La insatisfacción con la propia imagen corporal se traduce en trastornos de la conducta alimentaria en dos sentidos: por un lado, la inclinación a disminuir y controlar de manera rigurosa la ingesta de alimentos, es decir la anorexia nerviosa y la bulimia; en el otro extremo se ubicaría una marcada predisposición al incremento de pensamientos negativos que lleva a algunas personas a comer de manera desordenada y excesiva para aliviar la tensión emocional y la ansiedad producto de las frustraciones (19). No obstante, estos comportamientos se evidencian con mayor intensidad en las mujeres que en los hombres (20).

La coincidencia de los varones y las niñas, de preferencia por las siluetas estandarizadas como

normales (categorías 2 y 3) en alto porcentaje, habla del grado de satisfacción de estos adolescentes con su propio cuerpo, hallazgo que demuestra además una inclinación predictiva hacia las siluetas delgadas, con lo que podrían corroborarse los planteamientos de investigadores en el sentido de que la imagen corporal es una construcción de género que puede diferir de manera relativa entre hombres y mujeres, puesto que se aprecia una tendencia en los varones a preferir cuerpos más robustos (21), en contraste con la inclinación de las chicas hacia siluetas más esbeltas. En la literatura se describen factores que podrían estar asociados con los trastornos de la conducta alimentaria entre los que destacan: tendencia a la rigidez comportamental, antecedentes de abuso sexual o físico, baja autoestima, presión de los pares, insatisfacción con la imagen corporal, trabajar o inclinarse por el modelaje o ballet y por deportes como atletismo y la gimnasia. En el ámbito familiar pueden influir hechos como antecedentes paternos de desórdenes alimentarios, dietas, ejercicios excesivos, alcoholismo o trastornos afectivos (16).

En el análisis de los factores determinantes de los trastornos de la conducta alimentaria y de estilos de alimentación y nutrición inadecuados juegan papel importante los medios de comunicación, ya que ellos pueden modificar significativamente y en cortos períodos de tiempo los hábitos alimenticios de niños y adolescentes (22); ya se ha demostrado que la mayoría de alimentos y bebidas

que promociona la televisión, por ejemplo, tienen nulo o escaso valor nutritivo y están orientados a satisfacer necesidades emocionales y de reconocimiento social más que las nutritivas.

CONCLUSIONES

Se encuentra una alta prevalencia global de Trastornos de la Conducta Alimentaria en la muestra analizada, que afecta en mayor grado a las mujeres. El factor de insatisfacción con la imagen corporal puede ser un elemento determinante, que podría inclinar a los adolescentes hacia conductas alimentarias y nutricionales inadecuadas. Los instrumentos EAT-26 e imagen autopercebida de la figura corporal se perfilan como herramientas útiles en la aproximación diagnóstica a los TCA. Es recomendable que las autoridades sanitarias aborden la estrategia de educación sobre alimentación y nutrición en los grupos de escolares y adolescentes con el propósito de incidir a mediano plazo sobre la prevalencia de los TCA.

AGRADECIMIENTOS

Los autores hacen manifiesta su gratitud a los estudiantes de último año de Medicina que se comprometieron en los procesos de captura y sistematización de la información.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Prisco A, Araujo T, Almeida M, Santos K. Prevalência de transtornos alimentares em trabalhadores urbanos de município do Nordeste do Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2013;18(4):1109-18.
2. Behar R, Molinari D. Dismorfia muscular, imagen corporal y conductas alimentarias en dos poblaciones masculinas. *Rev méd Chile*. 2010;138(11):1386-94.
3. Piñeros Ortiz S, Molano Caro J, López de Mesa C. Factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria en jóvenes escolarizados en Cundinamarca (Colombia). *Revista colombiana de psiquiatría*. 2010;39(2):313-28.
4. Fandiño A, Giraldo S, Martínez C, Aux C, Espinosa R. Factores asociados con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios en Cali, Colombia. *Colomb Med*. 2007;38(4):344-51.
5. Rodríguez J, Mina F. Prevalencia de factores de riesgo asociados a trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes de una institución educativa en Cali, Colombia 2005. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2008;59(3):180-9.
6. Krępuła K, Bidzińska-Speichert B, Lenarcik A, Tworowska-Bardzińska U. Psychiatric disorders related to polycystic ovary syndrome. *Endokrynologia Polska*. 2012;62(6):488-91.
7. Torres de Galvis Y, Montoya I. II Estudio de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas. Colombia 1997. Bogotá: Ministerio de Salud; 1998.
8. Garner D, Garfinkel P. The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological medicine*. 1979;9(2):273-9.
9. Garner D, Olmsted M, Bohr Y, Garfinkel P. The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological medicine*. 1982;12(4):871-8.
10. Chang Y, Lin W, Wong Y. Survey on eating disorder-related thoughts, behaviors, and their relationship with food intake and nutritional status in female high school students in Taiwan. *J Am Coll Nutr*. 2011;30(1):39-48.
11. Dos Santos Alvarenga M, Francischi R, Fontes F, Baeza Scagliusi F, Tucunduva Philippi S. Adaptation and validation of the Spanish version of the Disordered Eating Attitude Scale (DEAS). *Perspect Nutr Humana*. 2010;12(1):11-23.
12. Marrodán Serrano M, Montero-Roblas V, Mesa M, Pacheco del Cerro J, González Montero de Espinosa M, Bejarano I, et al. Realidad, percepción y atractivo de la imagen corporal: condicionantes biológicos y socioculturales. *Zainak Cuadernos de Antropología-Etnografía*. 2008;30:15-28.
13. Ospina J, Manrique-Abril F, Ariza N. Salud, ambiente y trabajo en poblaciones vulnerables: los cultivadores de papa en el centro de Boyacá. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2008;26(2):143-52.
14. Del Campo M, Vara Messler M, Navarro A. Educación alimentaria-nutricional (EAN) en la enseñanza primaria municipal de Córdoba: Una experiencia en investigación-acción participativa (IAP). Año 2008. *Diaeta*. 2010;28(132):15-22.
15. Heim S, Stang J, Ireland M. A garden pilot project enhances fruit and vegetable consumption among children. *J Am Diet Assoc*. 2009;109(7):1220-6.
16. León Castellanos Y. Frecuencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes en la Ciudad de Bogotá aplicando la escala de tamizaje: the childrens versión of the eating attitudes test (cheat). [Tesis]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2012.
17. Manrique Abril FG, Barrera Sánchez LF, Ospina Díaz JM. Prevalencia de la bulimia y anorexia en adolescentes de Tunja y algunos factores de riesgo probablemente asociados (Prevalence of

- bulimia and anorexia in tunja adolescents, and some potentially associated risk factors). *Av enferm.* 2006;24(2):38-46.
18. Khan A, Khalid S, Khan H, Jabeen M. Impact of today's media on university student's body image in Pakistan: a conservative, developing country's perspective. *BMC Public Health* [Internet]. 2012 [citado 15-05-2013];24(11):379. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21609460>
 19. Quick V, Wall M, Larson N, Haines J, Neumark D, et al. Personal, behavioral and socio-environmental predictors of overweight incidence in young adults: 10-yr longitudinal findings. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* [Internet]. 2013 [citado 16-05-2013];10(37). Disponible en: <http://www.ijbnpa.org/content/10/1/37>
 20. Swami V, Frederick D, Aavik V, Alkalai L, Allik j, Anderson D. The attractive female body weight and female body dissatisfaction in 26 countries across 10 world regions: results of the international body project. *Personality & Social Psychology Bulletin.* 2010;36(3):309-25.
 21. Dumith S, Menezes A, Moraes R, Petresco S, Mohnsan I, Da Silva R, et al. Insatisfação corporal em adolescentes: um estudo de base populacional. *Ciênc saúde coletiva.* 2012;17(9):2499-505.
 22. Landaeta M, Patiño E, Galicia N. Campaña de educación nutricional contra la malnutrición por medios de comunicación masivos en Venezuela. *An Venez Nutr.* 2010;23(1):26-33.

CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE GESTANTES Y CUIDADORES SOBRE LACTANCIA MATERNA EN CINCO MUNICIPIOS CALDENSES. COLOMBIA.

María Victoria Benjumea R.*

Nelsy Cecilia Falla M.**

Liliana Jurado V.***

Recibido en mayo 27 de 2013, aceptado en junio 24 de 2013

Citar este artículo así:

Benjumea MV, Falla NC, Jurado L. Conocimientos y prácticas de gestantes y cuidadores sobre lactancia materna en cinco municipios caldenses. Colombia. Hacia promoc. salud. 2013; 18(2):66-78.

Resumen

Objetivo: Identificar conocimientos y prácticas de gestantes y cuidadores de menores de dos años sobre lactancia materna, residentes en cinco municipios caldenses con las mayores tasas de mortalidad materna y prevalencia de bajo peso al nacer en 2011. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo transversal con abordaje cualitativo y cuantitativo en 31 gestantes, 90 madres lactantes y 14 cuidadores de menores de dos años que asistían a instituciones y programas en los distintos niveles de atención en salud de Marulanda, Risaralda, Pácora, Manizales y Palestina. Las variables fueron: municipio de residencia, estrato socioeconómico, edad de madres o cuidadores, nivel de escolaridad de madres o cuidadores, ocupación de cuidadores, parentesco de cuidadores con el usuario FAMI, estado civil y conocimientos y prácticas sobre lactancia materna. **Resultados:** Los participantes concordaron en el valor y beneficios de la lactancia materna tanto para el bebé como para la madre. Las mayores distorsiones entre conocimientos y prácticas se encontraron en el tiempo adecuado para amamantar exclusivamente al bebé, en las técnicas de amamantamiento, en el proceso de destete y en los alimentos que según ellos ayudan a bajar la leche. Plantearon también que se debe amamantar durante seis meses sin incluir otros alimentos, aunque en la práctica no se cumple por diversas razones. **Conclusiones:** Los hallazgos de este estudio respaldan todavía más el papel clave que juegan el personal de salud y las instituciones de atención del parto para promover la lactancia materna exclusiva mediante la educación sobre técnicas exitosas de amamantamiento.

Palabras clave

Lactancia materna; investigación cualitativa; conocimientos, actitudes y práctica en salud; competencia clínica; destete (*fuentes: DeCS, BIREME*).

* Nutricionista Dietista. Ph.D en Salud Pública. Instituto de Investigaciones en Salud. Universidad de Caldas. Autora para correspondencia. Correo electrónico: maria.benjumea@ucaldas.edu.co

** Enfermera. Especialista en Promoción de la Salud. Instituto de Investigaciones en Salud. Universidad de Caldas.

*** Enfermera. Especialista en Gestión de Proyectos de Desarrollo. Departamento Materno Infantil. Universidad de Caldas.

KNOWLEDGE AND PRACTICES OF PREGNANT WOMEN AND CAREGIVERS ABOUT BREASTFEEDING IN FIVE MUNICIPALITIES FROM CALDAS. COLOMBIA.

Abstract

Objective: To identify knowledge and practices about breastfeeding on pregnant women and under two years old children's caregivers, resident in five municipalities of the Department of Caldas with the highest rates of maternal mortality and prevalence of low birth weight in 2010. **Methods:** Cross-sectional study with qualitative and quantitative approach in 31 pregnant women, 90 lactating women and 14 under 2 years old children's caregivers attending institutions and programs at various levels of health care in Marulanda, Risaralda, Pácora, Manizales and Palestina. The variables were: municipality of residence, socioeconomic status, mothers or caregivers' age, mothers or caregivers' educational level, caregivers' occupation, caregivers' kinship with the FAMI users, marital status and knowledge and practices on breastfeeding. **Results:** Participants agreed on the value and benefits of breastfeeding for both the baby and the mother. The biggest distortions between knowledge and practices were found in adequate time to exclusively breastfeed the baby, in the breastfeeding techniques, in the weaning process and in foods that according to them help milk to come in. Also they suggested that breastfeeding must be performed during six months without including other food though, in reality, this does not happen because of several reasons. **Conclusions:** The findings of this study even yet support the key role played by health personnel and delivery care institutions to promote exclusive breastfeeding through education about successful breastfeeding techniques.

Key words

Breast feeding; qualitative research; health knowledge, attitudes and practices; clinical competence; weaning (*source: DeCS, BIREME*).

CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DE GRÁVIDAS E LACTANTES DE CUIDADORES EM CINCO MUNICÍPIOS CALDAS. COLOMBIA.

Resumo

Objetivo: Identificar o conhecimento e as práticas das mulheres grávidas e cuidadores de crianças menores de dois anos de amamentação Caldas residentes em cinco municípios com as maiores taxas de mortalidade materna e prevalência de baixo peso ao nascer em 2011. **Métodos:** Estudo transversal, com abordagem qualitativa e quantitativa em 31 grávidas, 90 mulheres em lactação e 14 cuidadores de crianças menores de 2 anos que frequentam instituições e programas em vários níveis de cuidados de saúde Marulanda, Risaralda, Pácora, Manizales e Palestina. As variáveis foram: município de residência, status socioeconômico, idade das mães ou cuidadores, o nível de escolaridade das mães ou cuidadores, cuidadores ocupação, os cuidadores de parentesco com o usuário FAMI, estado civil e os conhecimentos e práticas sobre aleitamento materno. **Resultados:** Os participantes concordaram com o valor e os benefícios do aleitamento materno para o bebê e a mãe. As principais distorções entre conhecimentos e práticas foram encontradas em um tempo adequado para amamentar exclusivamente o bebê, nas técnicas de amamentação, no processo de desmame e como eles ajudam a reduzir o leite. Também para ser levantada durante seis meses sem alimentação incluir outros alimentos, embora na prática não atingida por diversas razões. **Conclusões:** Os resultados deste estudo reforçam ainda mais o papel fundamental desempenhado pelos profissionais de saúde e instituições de prestação de cuidados de promover o aleitamento materno exclusivo por meio do ensino de técnicas de amamentação de sucesso.

Palavras chave

Aleitamento materno; pesquisa qualitativa; conhecimentos, atitudes e prática em saúde; competência clínica; desmame (*fonte: DeCS, BIREME*).

“Yo tengo la idea de que las recién paridas están como iluminadas por dentro y los niños se duermen horas y horas sobre ellas, oyendo ese arroyo de leche tibia que les va llenando los pechos para que ellos mamen, [...] hasta que retiren la cabeza: ‘otro poquito más, niño...’ y se les llene la cara y el pecho de gotas blancas”
(Yerma, Federico García Lorca).

INTRODUCCIÓN

La alta prevalencia de la subnutrición infantil es uno de los factores que más contribuye a la persistencia del hambre. A nivel mundial, el mayor aporte al puntaje del Índice Global de Hambre –IGH– se debe al bajo peso infantil. Aunque se trata solamente de uno de los tres elementos que componen el IGH, la proporción de niños menores de cinco años con bajo peso representa casi la mitad del puntaje total a nivel mundial. La subnutrición infantil no está distribuida de manera uniforme en el planeta, se concentra en unos cuantos países y regiones (1). La evidencia reciente muestra que la ventana de oportunidad para la mejora de la nutrición infantil comprende el período que va desde nueve meses antes de nacer hasta los 24 meses de edad (1). Se trata del período en que, para su sano desarrollo, los infantes tienen una mayor necesidad de contar con cantidades adecuadas de comida sana y saludable, con servicios de salud preventivos y curativos, y con prácticas de atención apropiadas para la edad; y es también el período en que las intervenciones tienen mayores probabilidades de prevenir la subnutrición. Después de los dos años de edad, los efectos de la subnutrición son en su mayoría irreversibles (1).

Los efectos negativos de la desnutrición crónica son, en gran medida, irreversibles. Atender este problema es condición indispensable para asegurar el derecho a la supervivencia en el marco de los derechos de los niños y a su desarrollo, así como para garantizar el desarrollo de un país (2). Un estudio realizado en 2003 encontró que los menores de Zimbabwe que presentaban baja talla en edad preescolar, iniciaron la escuela siete meses

más tarde que otros menores que no presentaban baja talla en su edad preescolar, y además que las niñas y niños de baja talla perdieron en promedio 0,7 grados de escolaridad (2). Estos retrasos y pérdidas en escolaridad se traducen en una disminución del 12% en sus ingresos a lo largo de la vida.

En Caldas, la prevalencia de desnutrición crónica (13,5%) supera a la de Colombia (13,2%), a la de la subregión de Caldas, Quindío y Risaralda (11,4%) y a la de la región Central (10,7%) (3), lo que muestra que el deterioro de las condiciones socioeconómicas puede estar limitando el desarrollo del potencial del crecimiento de la población menor de cinco años que habita en el departamento.

La leche materna constituye el mejor alimento que puede darse en forma exclusiva a un niño hasta los seis meses de edad y con otros alimentos hasta los dos años. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) han considerado por décadas a la lactancia materna (LM) como fundamental en la alimentación humana y la han promovido mediante diversas iniciativas globales. La lactancia materna ofrece beneficios sociales, como la reducción de las tasas de mortalidad y morbilidad infantil, la contribución a una población infantil sana y favorece la no violencia (4). No obstante lo publicado y a pesar de todas estas ventajas, la duración de la lactancia materna exclusiva ha disminuido en Colombia y en el departamento de Caldas (3).

En Colombia, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar –ICBF– ha invertido enormes cantidades de recursos de diversa índole en programas de educación nutricional; no obstante, las estadísticas que presenta la ENSIN 2010 (3) sobre el tiempo de duración de la lactancia materna exclusiva y la complementación alimentaria, entre otras, llevan a preguntarse ¿qué pasa? ¿Por qué si la educación nutricional ha formado parte de las

intervenciones de las distintas instituciones para buscar la disminución de la subnutrición, ésta todavía no reporta los resultados que se esperan en los Objetivos de Desarrollo del Milenio y en las prácticas de los hogares colombianos en lactancia materna? ¿Será que las estrategias usadas no son las adecuadas? ¿O los contenidos definidos por el personal de salud para los programas educativos no tienen el fundamento antropológico que permita su adopción para cambios que protejan la salud infantil? (5, 6).

Todo lo descrito motivó al ICBF en Caldas y al Instituto de Investigaciones en Salud de la Universidad de Caldas a identificar los conocimientos y prácticas de gestantes y cuidadores de niños menores de dos años sobre la lactancia materna, residentes en cinco municipios caldenses con las mayores tasas de mortalidad materna y prevalencia de bajo peso al nacer en 2011.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio: descriptivo transversal con abordaje cualitativo y cuantitativo.

Muestra y muestreo: los cinco municipios elegidos de Caldas (Colombia), fueron: Marulanda, Risaralda, Pácora, Manizales y Palestina (con el corregimiento de Arauca), los cuales se seleccionaron de acuerdo con el interés del ICBF/Regional Caldas, el nivel de complejidad de atención en salud, la proporción del bajo peso al nacer, la razón de mortalidad materna (promedio de los años 2004 a 2009) y las medianas de lactancia materna exclusiva en el departamento de Caldas (7). Al llegar a cada municipio se tuvo que replantear la muestra pues no coincidía la información suministrada por el ICBF con lo encontrado. La mayor divergencia se encontró en el dato de las gestantes debido a que se esperaban 88, se reprogramaron 60 y solo asistieron a los grupos focales 31. El total estudiado fue de 170 personas:

31 gestantes (51,7%) y 90 madres lactantes y 14 cuidadores de niños y niñas menores de dos años (81,3%) que asistían a los hogares FAMI, al control prenatal y al programa de crecimiento y desarrollo en los distintos niveles de atención en salud de cada municipio seleccionado.

Las **variables** estudiadas fueron: municipio de residencia, estrato socioeconómico (según la clasificación del SISBEN), edad de las madres o cuidadores, nivel de escolaridad de las madres o cuidadores, ocupación de los cuidadores, parentesco de los cuidadores con el usuario de FAMI, estado civil y conocimientos y prácticas sobre lactancia materna de los cuidadores y de las gestantes.

Técnicas y procedimientos

En cada municipio se seleccionaron los hogares FAMI para la realización de los grupos focales a partir de la información suministrada por el ICBF/Regional Caldas. Con cada grupo usuario de los programas FAMI y de los programas de control prenatal y de crecimiento y desarrollo (gestantes, madres lactantes y cuidadores de menores de dos años), convocado mediante funcionarios del ICBF, se trabajó de manera independiente después de consentir su participación en el estudio; a cada participante de los grupos focales se le aplicó una encuesta semiestructurada para su caracterización, previo a la realización del grupo focal. También se entrevistaron agentes educativos del ICBF vinculados con los hogares FAMI. Para la evaluación de cada uno de los temas con los grupos focales se diseñó y probó previamente una guía de preguntas en concordancia con los objetivos del estudio. Cada sesión de grupo focal realizada en los sitios definidos por el ICBF en cada municipio, fue dirigida por un investigador con la presencia de un observador encargado de grabar la sesión. Todas las sesiones fueron registradas con fotografías para ilustrar posteriormente el informe de cada municipio. Al finalizar cada grupo focal, se transcribieron las grabaciones, se analizaron

las notas y observaciones registradas por el observador de cada grupo focal y validaron para su posterior codificación, categorización inductiva ordenando los textos según patrón de respuestas. Finalmente se llevó a cabo el análisis con el software Atlas Ti v 6.0, a partir de las categorías definidas para este estudio: beneficios que tiene la LM para las madres y los bebés, momento en que se debe amamantar o poner al pecho materno por primera vez y razones, dificultades que conlleva la LM para las madres y los bebés, lo que menos le gusta de la LM, qué influye más en la decisión de amamantar, hasta qué edad se le debe dar al niño LM exclusiva, razones para LM exclusiva hasta los seis meses, a quién le han pedido o pedirían consejos sobre cómo amamantar, cómo creen que debe realizarse el destete y razones para éste.

Análisis de los datos y software

El análisis de los datos cuantitativos se realizó mediante promedio, desviación estándar, mínimo y máximo. Las variables cualitativas se describieron con sus correspondientes frecuencias absolutas y relativas. Para ello se utilizó el software SPSS v 15.0 en español. El procesamiento de la información obtenida en los grupos focales se realizó con el software Atlas Ti v 6.0 con licencia de la Universidad de Caldas.

RESULTADOS

Se realizaron 26 grupos focales con 135 participantes y 23 entrevistas a profundidad con agentes educativos residentes en los municipios de Manizales, Pácora, Palestina (y su corregimiento Arauca), Marulanda y Risaralda. La distribución de los participantes en los grupos focales de acuerdo con el sitio de residencia se encontró en menor proporción en el municipio de Marulanda, coherente con el tamaño de la población. El estrato socioeconómico de los participantes muestra que la mitad de ellos pertenecía al estrato 3. En todas las variables descritas de las gestantes y los cuidadores

se observó un comportamiento heterogéneo: edad $26,2 \pm 10,3$, total de hijos $1,61 \pm 1,4$, edad en meses del hijo menor $12,4 \pm 11,6$, tiempo de vinculación al hogar FAMI $10,8 \pm 9,9$, y edad gestacional $25,2 \pm 10,4$.

La escolaridad en más de la mitad de los cuidadores y gestantes que participaron en los grupos focales fue baja en más de la mitad de ellos ($n = 135$, 51,9%). Casi 40,0% de los agentes educativos FAMI, tenía un nivel de formación superior al de secundaria (técnico, tecnológico y universitario) y solo 43,5% había terminado la secundaria. Con respecto a la ocupación de la población estudiada se encontró que 81,5% era ama de casa y solo 13,3% tenía empleo remunerado. La mayoría de los participantes en los grupos focales (90,4%) correspondió a las madres de los niños usuarios de los hogares FAMI; más de la quinta parte de ellas estaba embarazada (23,0%, $n=31$). La asistencia al programa de Crecimiento y Desarrollo se reportó en 88,0% ($n=73$) de las madres de menores de cinco años, quienes en su mayoría consideraron importante el programa para conocer el desarrollo y las pautas de alimentación de su hijo; al programa de Control Prenatal se reportó una asistencia de 90,3% ($n=28$) de las gestantes participantes en los grupos focales considerándolo importante “*para saber cómo va el bebé*”. Solo 23,7% ($n=32$) de los participantes tenía un hogar conformado por padre y madre.

Más de la mitad de los agentes educativos (60,8%) tenía pareja estable (casada o en unión libre). Entre las motivaciones para desempeñarse como agente educativo, seis de ellos manifestaron su amor por los niños (26,1%); otros seis refirieron el gusto por el trabajo con la comunidad (26,1%); los once restantes plantearon la necesidad de trabajar (47,8%). La satisfacción con su trabajo referida por ellos fue notoria (muy bien 69,5% y bien 30,3%). Las razones principales fueron: “*satisfacción por ayudar a la comunidad*” (47,8%); “*por crecimiento personal*” (17,4%); y “*porque las usuarias están satisfechas y agradecidas*”

(34,8%). Las entidades que han capacitado a este talento humano han sido en mayor proporción el ICBF (21,0%) y COOASOBIEN (11,0%); le siguen ASSBASALUD, el SENA, los Bomberos y la Defensa Civil, entre otras.

¿Cuáles son los beneficios que tiene la LM para las madres y los bebés?

Los calificativos y ventajas más comunes referidos por las madres y cuidadores fueron: lo económico, el afectivo, la comodidad, la disponibilidad permanente, evita enfermedades para bebés y madres, protege contra el cáncer de seno y ayuda a tener mejor figura.

“...es de mucho alimento para el bebé sobre todo las primeras horas, los primeros días igual hasta los 6 meses se les debe dar su leche materna pero igual es muy importante la primera leche que le baja a uno porque tiene muchas vitaminas para el bebé”, “viene caliente y no se tiene que preparar”, “se conoce más al hijo de uno”, “tienen una relación afectiva”, “es una ganancia de tiempo”, “integración con el hijo”, “recuperación más fácil del parto, ayuda a sanar más ligero”, “evita la depresión”, “cuando los pegan muy rápido entonces hacen que la placenta salga mucho más rápido, que se recupere mucho mejor”, “realmente es un momento que no lo cambia uno por nada”.

¿En qué momento se debe amamantar o poner al pecho materno por primera vez? y ¿Por qué?

“se debe lactar desde el momento en que nace”... “cómo los va a pegar uno ahí mismo que nazcan, si cogen al bebé y se lo llevan”... “a no ser de que a uno le hagan cesárea y no pueda, porque siempre lo llevan para incubadora mientras que uno se despierta de la cesárea, porque allá no se lo pegan a uno”,... “dicen que a la hora”. “Desde que se lo entregan a uno, porque hay muchas veces que cuando se lo llevan a uno, ya no le baja, entonces más que todo les dan teterito, pero yo le pido a Dios que cuando yo lo tenga me baje ligero porque el tetero no es como que muy bueno”.

“Pues inmediatamente cuando se lo llevan a uno a la camilla, para mí sí, porque cuando ellos

nacen son de una con el instinto de que ya uno les pone el pecho y ellos saben que tienen que succionar; entonces, yo digo que mientras más ligero los ponga, más ligero se hace presión o se succiona para que les baje más leche; pues, yo digo que inmediatamente se lo ponen a uno ahí”. Las razones expuestas son: “para que el niño vaya mirando, o para que vaya sintiendo el calorcito de la mamá”... “sí, o sea, para que ellos vayan asimilando”... “más que todo es para que ellos vayan conociendo bien quien es la mamá”. “porque nacen con mucha hambre... sí, porque igual un trabajo de parto siempre es muy largo y además si se cansa uno, ellos también deben de salir desesperaditos, y sí, mire que ellos son como con esa ansiedad de que deme algo, deme algo” ... “sí, yo digo que para que sientan el calor de la madre, porque ya saber que estaban bien calienticos en el vientre de uno y salir, entonces para que sientan el calor de uno.... para que se sientan seguros de que ya están con la mamá”...

¿Cuáles son las dificultades que conlleva la LM para las madres y los bebés?

Están representadas en la inexperiencia de la madre que le genera inseguridad, en la falta de apoyo para lograr una LM exitosa y para evitar repercusiones como la mastitis y el agrietamiento de los pezones. ... *“pues eso va también como en prepararse psicológicamente, porque hay mucha gente que, por ejemplo, mi mamá a mi hermanito no lo pudo alimentar porque supuestamente ella no se preparó psicológicamente para alimentarlo, entonces no le salía alimento; que uno se prepare, que si lo va a alimentar”... “que cuando uno los va a alimentar a uno le da de pronto miedo, de primera vez cogerlos, alimentarlos, o sea, eso va en uno también que ponga cuidado cómo los va a alimentar y todo, pero pues igual a uno la primer vez le debe dar.... como susto”. .. “yo la pegaba y la pegaba y ella lloraba de hambre y pues yo le intentaba y le intentaba y nada; como más o menos a los 15 días me tocó que darle leche de tarro”... “resulta que cuando fui a alimentar la niña yo tenía el pezón invertido”,... “La mastitis*

que le da a uno, esos senos se vuelven muy duros cuando uno no le da la leche a los bebés”... “y si nos dejamos perder eso, ahí nos hace daño a nosotras”, “se enferma uno del seno, para mí yo creo que dificultades hay muchas, en primer lugar, porque a pesar de que es algo afectivo es demasiado esclavizante, por una parte; por otra como ellos se apegan tanto a la leche materna, en cualquier parte quieren que uno los esté alimentando; ya uno no puede salir tranquila porque cómo va a dejar la pucheca pues”..... “yo conozco a una persona que alimentó a un niño hasta los 2 años, y ella sentada en la calle se tenía que poner camiseta ancha, y ella era en cualquier parte y el muchachito se le metía por debajo..... aterrador”; “para mí fue muy duro porque cuando yo empecé a alimentar a mi me dio ese, como dicen antiguamente “mal de la tierra” y a mí los pezones se me partieron totalmente como si se me fueran a caer”.... “pues yo lo seguía pegando pero ya no era lo mismo, porque claro, él le sentía la sangre y ya no le sabía lo mismo, y el otro si fue que se me peló pero de ese si no lo podía alimentar porque me salía era materia“..... “pezones agrietados, o que si pegaba mal al niño se le podía venir con el pezón, entonces es uno como psicológicamente, preparado... cómo será sin pezón, pues debe ser duro”. “..yo con mi niña , prácticamente si fue un mes fue mucho, porque no me bajó alimento... como las mamás que le dan a uno remedios, de pronto la cáscara de plátano maduro con leche y muchas cositas para uno estimular el alimento y yo no, igual me tomaba todo eso, incluso me compré un extractor que porque eso servía, y lo único que hizo mi niña, fue volverme los pezones muy dañados y muy rajados, muy agrietados; porque ella del desespere de que rico lechita y nada; no me bajaba nada, entonces, yo no sé por qué fue eso si incluso mi alimentación fue buena porque las mamás lo cuidan a uno muy bien, ¿cierto?, me daba chocolate, me dieron dizque ojo con leche porque era bueno, pero no, y Pony Malta con leche y nada...”.

Lo que menos le gusta de la LM

Las consecuencias por las malas técnicas de amamantamiento generan inseguridad y miedo en las madres y se convierten en el enemigo principal de la LM. ... Le sigue el pudor de las madres para alimentarlos en cualquier sitio como lo que menos les gusta de la LM.

” pues a mí, eso me dolió mucho, me echaba mucha sangre, al ver que yo ni me podía poner la ropa interior; pues, por decir, los brasieres o un top, porque duele demasiado, de verdad que sí!!”.... “pues por más dolor que usted tenga, a mí me hicieron cesárea, y yo tenía un dolor horrible y me decían mamá hágale que el bebé tiene hambre, y eso que él no lloró ahí mismo, como hay unos que lloran ahí mismo como a pedir y uno los pega pero a mí no me salió”....” “porque le duelen a uno mucho los senos, porque a veces como que el pezoncito se nos pela”.... “que es incómodo cuando uno empieza a lactar siempre que se le tarjan los pezones, que duele mucho los primeros días, son muchas molestias”... “porque se le rajan a uno mucho los pezones de ellos mantener ahí todo el día pegados”... “porque a mí, mi hijo no se despegaba, yo no lo despegaba porque yo le tengo el pavor a esa mastitis, dicen que eso duele mucho”..... “me dolía mucho, los primeros días me tenía que poner un chupo de un tetero, me salía sangre, me peló, me rajó el pezón”... “al año me toco ir donde el médico, porque me rajó el pezón y me salía sangre, que no aguantaba ni el agua ni el jabón”. ... “como vivimos en una ciudad de mucho tabú, entonces, por ejemplo, uno esta psicológicamente preparado que en cualquier parte se saca el seno y pone al bebé a comer, uno a veces dice: ¡ah no pa` sentarme aquí! ¡Pelarme el seno! ¡Como que ah!...

¿Qué influye más en la decisión de amamantar?

La influencia de la experiencia de las abuelas y de las amigas y, el dolor por la mala técnica, es notoria en la decisión de amamantar y en la suspensión de la lactancia materna exclusiva.

“me parece que sólo el hecho de tenerla aquí, al lado mío y amamantarla, y que ella me mire y yo la

miro; eso va creando como una cosa muy bonita, eso es inexplicable, eso es una felicidad muy grande, yo no tengo cómo explicarles eso; es como cuando nace el bebé; la única persona que sabe, qué es lo que se siente, es la que tiene un hijo”.... “pues a ellos alimentándolos para que les dé más fuerza y nosotras, pues nos sentimos bien al darles pecho, al darles la leche”“tal vez para uno que ha sido muy loco en la vida, como aplacarse un poquito, coger experiencia...” “...por la noche como dice ella, es más fácil sacar la pucheca que levantarse, sacar agua caliente, leche, batir, no eso es más complicado”

¿Hasta qué edad se le debe dar al niño LM exclusiva?

Hasta los 6 meses, hasta los 2 años, hasta los 18 meses, hasta los 5 años “me lo dijo una nutricionista en Pácora”, hasta los 5 meses..., “a uno en el hospital le dicen que hasta los 6 meses, pero en el carné de crecimiento y desarrollo dice que hasta los 4” “así le tenga que dar otra cosa más o de pronto otra lechita, pero sígale bregando hasta los 6 meses”.

Razones para LM exclusiva hasta los 6 meses

...“porque es el alimento más especial en esa época del niño”... “...después de los 6 meses se puede mezclar ya más”... “es que yo creo que hasta los 6 meses porque sale como más espesita, yo no sé que será, pero mire que después de los 6 meses o 1 año, ya es una cosita como muy aguada, ya de pronto las mamás se lo dan a los niños, pero es como por un capricho, porque ya los niños están como dicen entetaditos, pero yo creo que hasta los 6 meses, porque ya a los 6 meses es que los niños empiezan a desarrollar esa etapa de gatear y los dientecitos, entonces es como más nutritivo”...

¿A quién le han pedido o pedirían consejos sobre cómo amamantar?

En la mayoría de los casos mencionaron a la mamá, seguido de su propio deseo de amamantar. “Pues sí, mi mamá desde un principio me había dicho que era muy bueno alimentarlos y ella me

explica bien todo, como hay que alimentarlos, y el doctor también me explico antes de salir del hospital cuando lo tuve”.

¿Cómo creen que debe realizarse el destete? Y razones para éste

...“antes de cada comida que uno les da, irle mermando” ... “una amiga se echaba ají o betún negro en el seno”, “echándole ajo al seno, a la niña le sabía maluco”, “untándose cosas: maggi, vaporub, esmalte, sal de frutas”... “poner un vaso de leche materna al sol y así se le seca el seno a la mamá y no le vuelve a salir más leche”, “se les puede enseñar en un vasito o negociar la alimentada por una fruta o algo así”... “en el día no le doy pero en la noche sí”, “uno le empieza a dar cositas antes de los 2 años, con tetero o en vasitos que tengan chupito y así poco a poco le puede ir uno quitando”, “enseñarles horarios, ponerles tiempo”, ..”yo creo que ellos se destetan solitos, eso es un proceso, paso a paso uno se la va quitando”, .. “el destete se debe hacer por medio del tetero”... “ellos empiezan a saborear las comiditas de sal, quedan más llenitos y es más alimento que una compota” “mi mamá dice que el tetero no es bueno darlo para que no se enseñen, pero ya el tetero es para que no estén pendientes del seno de uno”... “en el hospital le dicen que para destetar a los niños no deben darle ni chupos ni tetero, deben darle con cuchara”... “unos niños le toman asco a la pucheca, otros al ver el tetero, otras comidas, frutas y verduras ya no sienten ganas de seguir tomando la leche”... “dejarlos que lloren”.

Las razones más comunes para el destete fueron:

“porque ya es la edad de finalización”, “porque no le sale más leche o porque se le seque”, “porque le de alguna enfermedad al bebé y tenga que suspender la leche [...] por problemas de salud de la madre [...] por el consumo de medicamentos”, “por el trabajo”, “por vanidad”, “es mejor darle LM solo hasta el año y ya después de tarro”, “porque le dio mastitis”, “porque se lo sacan a uno en la calle, en cualquier parte lo van desvistiendo a uno por tomar”... “¿será

que no le maltratan a uno el seno?, pues, digo yo, porque yo nunca he tenido esa experiencia; pero pienso que le hace daño a la mamá porque cómo la adelgaza, la acaba; un niño de siete años pegado de uno, ¡no! [...]”.

DISCUSIÓN

Los hallazgos de este estudio son coherentes con los publicados por diferentes investigadores sobre el tema en diversos contextos (8, 9), y respaldan todavía más el papel clave que juegan el personal de salud y las instituciones de atención del parto para promover la lactancia materna (LM) exclusiva durante los seis primeros meses de vida (6, 10). La práctica del amamantamiento ha declinado en Colombia y en Caldas (3, 7) así como en muchos otros países (10-13). Una de las causas de la disminución de la lactancia materna exclusiva es que en algunos países las instituciones de salud han desarrollado rutinas y prácticas que son perjudiciales para su instauración y mantenimiento (14-16). Las situaciones creadas por estas prácticas no concuerdan con los objetivos definidos en el Plan Decenal de Salud de Colombia para mejorar la salud materno infantil (6) y con las metas de Desarrollo del Milenio (17).

Schellhorn y Valdés en su texto reeditado en 2010 aseveran que:

Cada cultura y época, de acuerdo a sus conocimientos, creencias y valores, desarrolla maneras propias de enfrentar la crianza y la lactancia. Si bien la mayoría de los pueblos ha respetado y estimulado la lactancia aprovechando sus ventajas, en muchas ocasiones, épocas y lugares la lactancia se ha visto entorpecida por diversas circunstancias. -El calostro ha sido un blanco preferente de creencias erradas, siendo muchas veces considerado poco útil, inservible o incluso dañino, provocando que en muchos lugares sea desechado. El propio Aristóteles concluye que no debe

ser consumido por el recién nacido. Hoy, aún se escucha decir que es una leche delgada y que no satisface al niño. -Las madres también han sido culturalmente afectadas por ideas que han contribuido al abandono del amamantamiento. Para Hipócrates la leche era una modificación de la sangre menstrual del útero, que llega allí mediante conexiones internas, idea que subsistió hasta la era moderna [...] Las drogas y medicamentos para el dolor, el manejo activo del parto, la separación del niño en las primeras horas después del nacimiento, y horarios rígidos de lactancia, etc., son un ejemplo de estas prácticas [...] Son innumerables los mitos, costumbres y rituales que, tanto negativa como positivamente, han afectado la lactancia. Pertenecen a las culturas, y en general reflejan la posición social o valoración cultural de la mujer, y la importancia asignada al desarrollo del vínculo (18).

En el Manual de Lactancia Materna publicado por la Asociación Española de Pediatría se esboza que en el inicio del siglo XX se le cambia a la especie humana su forma de alimentarse al nacer, y se introduce una leche de otra especie sin poder imaginar las consecuencias que traería para la salud infantil como desnutrición, enfermedades infecciosas y anemia, entre otras enfermedades (19). En la actualidad es muy difícil corregir el error y ya existen varias generaciones que no amamantaron a sus hijos y que tampoco lo promueven en sus hijas, perdiéndose la transmisión de conocimientos y la cultura del amamantamiento (19).

Si todo en la lactancia fuera solo instinto, no se presentarían los problemas que se han descrito en este estudio y en la mayoría de los que se han dedicado a indagar por las causas del destete precoz. La influencia cultural del amamantamiento es muy importante; la técnica o arte femenino de amamantar transmitido de madres y abuelas a hijas y a nietas, conforma el acervo cultural de la raza humana en este tema (19, 20).

De acuerdo con los planteamientos de la Asociación Española de Pediatría (19), en la pérdida de la cultura del amamantamiento intervienen tres componentes: los avances de la química y de la ingeniería de alimentos que llevaron a modificar la composición de la leche de vaca hasta la producción de los denominados sucedáneos de la leche materna con menores tasas de mortalidad que las que producía la leche de vaca sin modificar (21); la incorporación de la mujer al trabajo asalariado sumado a los intereses económicos e industriales de los productores de sucedáneos de la leche materna; y la asistencia hospitalaria del parto y la actitud del personal de salud y de la llamada “maternidad científica” (22, 23) que no garantizan el inicio del amamantamiento, aunque sea deseado por las madres inmediatamente después del parto tal como lo expresaron las madres participantes en este estudio.

La baja escolaridad de la población estudiada, la actual situación del sistema de salud colombiano que apenas empezó el proceso de recuperación de la atención primaria en salud como estrategia fundamental para lograr mejores resultados en morbilidad y mortalidad de la población vulnerable y en los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la notable influencia familiar descrita y publicada (24), podrían complementar la explicación de la baja duración de la lactancia materna exclusiva en la región (25).

Durante los años 90 se llevó a cabo una profunda discusión sobre los cambios e innovaciones necesarios en la educación y en los servicios de salud, para contribuir de manera efectiva con el logro de la meta de salud para todos en el año 2000 sin haber logrado el incremento en la duración de la LM exclusiva (3). Con relación al manejo de la lactancia materna, se aseveró que el personal de enfermería podía ejercer una función fundamental en promoverla y en educar a los proveedores de servicios de salud en su instauración y mantenimiento (26-28), pues ejerce un rol clave en la interacción entre el individuo y el sistema

de salud y, por tanto, está llamado a asumir un papel de liderazgo en la adopción y mantenimiento de prácticas óptimas de lactancia materna en la comunidad y en el hospital (9, 28). Se ha planteado también que dado que está directamente involucrado en la atención de la mujer durante las diferentes etapas del ciclo gestacional, en especial, cuando la información sobre la lactancia natural y el apoyo adecuado, puede influenciar la decisión de iniciar y continuar el amamantamiento (29).

El papel de los médicos también es muy importante en la promoción de la LM exclusiva y exitosa (30, 31). Según Martínez B (31):

[...] la mayoría de las madres actuales provienen de la cultura del biberón, ya que la caída de la lactancia materna llegó a su punto más bajo a finales de los años sesenta; estas mujeres desconocen prácticamente todo sobre la lactancia natural y desconfían de su propia capacidad para lactar, además de no contar con el apoyo de ningún familiar o amigo que les ayude a superar las dificultades iniciales. En la mayoría de las ocasiones, en su entorno familiar y social la única solución que les van a ofrecer para todos sus problemas es el “milagroso biberón de ayuda” que les va a conducir al fracaso en su decisión de amamantar. Los pediatras y el personal de enfermería debemos estar preparados para suplir esta carencia familiar y cultural ayudando a las mujeres a resolver los problemas iniciales de la lactancia y transmitiéndoles seguridad y confianza en cuanto a su capacidad para dar de mamar a su hijo. La promoción de la lactancia materna desde el ámbito de la Atención Primaria se debe realizar: a) Prenatalmente: Clases de preparación al parto (matrona), visita prenatal (pediatra); y b) Posnatalmente (personal de enfermería y pediatra) [en todos los casos vinculando al padre en el proceso para lograr su apoyo] (31)

Los nutricionistas tienen también un papel clave en la asesoría de la familia que amamanta, en especial, en la prevención del destete precoz, en su momento y técnica adecuados y en la ablactación (32). En estos aspectos se encuentra mucha controversia, desinformación y desorientación entre las madres que han fracasado en la lactancia materna (33) o en aquellas como en algunas de este estudio, que recurren a métodos poco ortodoxos para el destete como los descritos aquí (34), que le exigen a este personal de la salud formarse y actualizarse periódicamente en las técnicas adecuadas para el destete respetuoso (30, 35).

Para terminar, como todo estudio cualitativo, éste presenta limitaciones en la inferencia de sus resultados, sin embargo la concordancia de los hallazgos con los de otros estudios similares sustentan la importancia de la educación a las madres y cuidadores en el tema, y confirman la necesidad de profundizar en el fenómeno para buscar el incremento del tiempo de lactancia materna exclusiva en nuestra población mediante la participación de talento humano en salud actualizado.

CONCLUSIONES

Los participantes concordaron en el valor y en los beneficios de la lactancia materna tanto para el bebé

como para la madre. Las mayores distorsiones entre conocimientos y prácticas se encontraron en el tiempo adecuado para amamantar exclusivamente al bebé, en las técnicas de amamantamiento, en el proceso de destete y en los alimentos que según ellos ayudan a bajar la leche. Plantearon también que se debe amamantar durante seis meses sin incluir otros alimentos, aunque en la práctica no se cumple por diversas razones: contradicciones entre el personal de salud y el material publicado y divulgado por el Ministerio de Salud, la influencia de la familia de la mujer lactante, y en muy pocos casos, por vanidad.

AGRADECIMIENTOS

Los investigadores expresan su agradecimiento a la Vicerrectoría de Investigaciones y Postgrados de la Universidad de Caldas y al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Regional Caldas por la cofinanciación de este estudio. De igual manera agradecemos a las gestantes, a las madres lactantes y a los cuidadores de niños y niñas menores de dos años del ICBF que voluntariamente participaron en el estudio y que con sus aportes permitieron culminarlo. Finalmente, expresamos sinceros agradecimientos a las funcionarias del ICBF que motivaron y apoyaron este estudio, en especial, a la doctora Clara Inés Cardona T.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. IFPRI. Índice Global del Hambre 2010. Capítulo 01. El Concepto del Índice Global del Hambre. Washington: IFPRI; 2010. p.1-53.
2. Martínez R, Fernández A. El costo del hambre: el impacto social y económico de la desnutrición infantil en Centroamérica y República Dominicana. Santiago de Chile: CEPAL/PMA - Naciones Unidas; 2007. p.199.
3. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Ministerio de la Protección Social, Profamilia, Instituto Nacional de Salud. Encuesta de la Situación Nutricional en Colombia 2010. ENSIN 2010. Bogotá: Da Vinci Editores; 2011. p.509.
4. Gamboa EM, López N, Prada GE, Gallo KY. Conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con lactancia materna en mujeres en edad fértil en una población vulnerable. *Revista Chilena de Nutrición*. 2008;35(1):1-17.
5. Horton S, Alderman H, Rivera JA. Copenhagen Consensus 2008 Challenge Paper. Hunger and Malnutrition. Copenhagen Consensus Center [Internet]. 2008 [citado 28 May 2013] Disponible en: <http://www.givewell.org/files/DWDA%202009/Interventions/Horton,%20Alderman,%20and%20Rivera.%202008.%20Copenhagen%20Consensus%202008%20Challenge%20Paper%20-%20Hunger%20and%20malnutrition.pdf>
6. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Plan Decenal Lactancia Materna 2010-2020 [Internet]. [citado 28 Abr 2013]. Disponible en: <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/Bienestar/Beneficiarios/Nutricion-SeguridadAlimentaria/LactanciaMaterna/PlanDecenaldeLactanciaMaterna2010-2020Nov17de2010.pdf>
7. Benjumea MV, Matijasevic AM, Ramos S, González D. Lactancia materna exclusiva y parcial en el departamento de Caldas - 2010. *Rev Hacia la Promoción de la Salud*. 2011;16(1):39-55.
8. Gobierno de La Rioja. Guía de lactancia materna para profesionales de la salud. La Rioja: Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja [Internet]. [citado 19 Sep 2013]. Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/8-guia_prof_la_rioja.pdf
9. Rodríguez-García R, Schaefer LA, Yunes J, editores. Educación en lactancia para los profesionales de salud. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1990. p.230.
10. Gámez-Requena JJ, Márquez-Feu T, Gómez-Gómez FJ, Sánchez-García E. Efecto de una campaña de promoción de la lactancia materna en la provincia de Málaga en mujeres cuyos partos finalizaron con cesárea. *Aten Primaria*. 2004;33(9):503-6.
11. World Health Organization. Global Data Bank on Breastfeeding [Internet] [citado 13 May 2013]. Disponible en: https://apps.who.int/nut/db_bfd.htm
12. Organización Mundial de la Salud. Modalidades de la lactancia natural en la actualidad. Informe sobre el estudio en colaboración de la OMS acerca de la lactancia natural. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1981 [Internet] [citado 28 May 2013]. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243560670.pdf>
13. Hernández-Aguilar MT. Epidemiología de la lactancia materna. Prevalencia y tendencia de la lactancia materna en el mundo y en España. En: Lactancia materna: Guía para profesionales. Monografías de la AEP No. 5. 2004;5:31-42 [Internet]. [citado 28 May 2013]. Disponible en: http://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/CNLM_guia_de_lactancia_materna_AEP.pdf
14. Barriuso L, de Miguel M, Sánchez M. Lactancia materna: factor de salud. Recuerdo histórico. *An. Sist. Sanit. Navar*. 2007;30(3):383-391.
15. Kramer MS, Barr RG, Dagenias S, Yang H, Jones P, Ciofani L, et al. Pacifier use, Early Weaning, and Cry/Fuss behavior. A randomised controlled trial. *JAMA*. 2001;286:322-326.
16. Sacristán AM, Lozano JE, Gil M, Vega AT. Situación actual y factores que condicionan la lactancia materna en Castilla y León. *Rev Pediatr Aten Primaria* [Internet]. 2011 [citado 19 Sep

- 2013];13(49):33-46. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322011000100004&lng=es, <http://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322011000100004>.
17. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Objetivos del Milenio. Las metas en Colombia. ¿Cómo va Colombia frente a los Objetivos de Desarrollo del Milenio? [Internet]. [citado 28 May 2013]. Disponible en: <http://www.pnud.org.co/sitio.shtml?apc=a-c02010-63114-&m=a&e=B#.UaVkiKA998E>
 18. Schellhorn C, Valdés V, editoras. Lactancia materna. Contenidos Técnicos. Tercera Edición. 2010 [Internet]. [citado 28 Abr 2013]. Disponible en: <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/822bfc84b3242b25e04001011e017693.pdf>
 19. Asociación Española de Pediatría. Manual de Lactancia Materna. De la teoría a la práctica. Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A.; 2009. p.474.
 20. Aguilar MI, Fernández M. Lactancia materna exclusiva. Rev Fac Med UNAM [Internet]. 2007 [citado 19 Sep 2013];50(4):174-178. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2007/un074g.pdf>
 21. Lawrence RA, Lawrence RM, editores. La lactancia materna. Una guía para la profesión médica. Sexta edición. Madrid: Elsevier España, S.A.; 2007. p.1067.
 22. Yalom M. Historia del pecho. Buenos Aires: Tusquets Editores; 1997. p.385.
 23. Ball HL. Breastfeeding, bed-sharing, and infant sleep. Birth. 2003;30(3):181-188.
 24. Castilla MV. La ausencia del amamantamiento en la construcción de la buena maternidad. Rev de estudios de género, La ventana. 2005;22:188-218.
 25. Kramer MS, Kakuma R. The Optimal duration of exclusive breastfeeding. A Systematic Review. Switzerland: World Health Organization; 2002. p.47.
 26. Morales-Gil IM. Empleo de la metodología enfermera en la promoción de la lactancia materna. En: Mesa Redonda: Nuevos abordajes para la promoción y apoyo a la lactancia materna. IV Congreso Español de Lactancia Materna. Puerto de la Cruz, Tenerife, 26 al 28 de octubre de 2006.
 27. Jovani-Roda L, Gutiérrez-Culsant P, Aguilar-Martín C, Navarro-Caballé R, Mayor-Pegueroles I, Jornet-Torrent Y. Influencia del personal sanitario de asistencia primaria en la prevalencia de la lactancia materna. An Pediatr. 2002;57:534-539.
 28. García-Casanova MC, García-Casanova S, Pi-Juan M, Ruiz-Mariscal E, Parellada-Esquius N. Lactancia materna: ¿puede el personal sanitario influir positivamente en su duración? Atención Primaria. 2005;35(6):295-300.
 29. Palomares MJ, Labordena C, Sanantonio F, Agramunt G, Nácher A, Palau G. Opiniones y conocimientos básicos sobre lactancia materna en el personal sanitario. Revista Ped At Prim. 2001;3(11):393-402.
 30. Rodríguez-García J, Acosta-Ramírez N. Factores asociados a la lactancia materna exclusiva en población pobre de áreas urbanas de Colombia. Rev. Salud Pública. 2008;10(1):71-84.
 31. Martínez B. Fomento de la lactancia materna en Atención Primaria. Bol Pediatr. 1997;37:153-159
 32. Payne J, Radcliffe B, Blank E, Churchill E, Hassan N, Cox E, et al. Breastfeeding: the neglected guideline for future dietitian-nutritionists? Nutrition & Dietetics. 2007;64(2):93-98.
 33. Organización Mundial de la Salud. Mastitis, causas y manejo [Internet]. Traducido por Lasarte JJ. Zaragoza: Organización Mundial de la Salud; 2000. p.43. [citado 28 May 2013]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_FCH_CAH_00.13_spa.pdf
 34. Cooke M, Sheehan A, Schmied V. A description of the relationship between breastfeeding experiences, breastfeeding satisfaction, and weaning in the first 3 months after birth. J Hum Lact. 2003;19(2):145-156.
 35. Hernández C. Principales causas y consecuencias del abandono de la lactancia materna [Internet]. Monografía. Xalapa, Veracruz; 2007. p.33. [citado 28 May 2013]. Disponible en: <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/31945/1/hernandezriveracitlali.pdf>

LA COMUNICACIÓN INTERNA Y LA PROMOCIÓN DE LA SALUD. ESTUDIO DE CASO EN MADRID SALUD.

*Edilson Bustamante Ospina**

Recibido en junio 4 de 2013, aceptado en agosto 1 de 2013

Citar este artículo así:

Bustamante E. La comunicación interna y la promoción de la salud. Estudio de caso en Madrid Salud. *Hacia promoc. salud.* 2013; 18(2):79-95.

Resumen

Objetivo: Describir la incidencia de la comunicación interna en las labores de promoción de la salud. **Materiales y Métodos:** Investigación descriptiva y exploratoria que utilizó el estudio caso, a través de una triangulación de técnicas (entrevistas en profundidad, análisis de contenido y encuesta) para la recolección y análisis de la información entre febrero y agosto de 2012 en Madrid Salud y seis de sus centros. Se aplicaron entrevistas a ocho funcionarios con cargos directivos altos e intermedios, se realizó el análisis de contenido de los últimos informes de la organización, y se aplicaron 87 encuestas a empleados de seis centros pertenecientes a Madrid Salud. **Resultados:** Se valora positivamente la comunicación interna como factor que potencia el desarrollo de las acciones en promoción de la salud, a través del trabajo desde seis variables: Identificación, Información, Instrucción, Integración, Imagen e Investigación. **Conclusiones:** Una estrategia de comunicación interna que busque potenciar las labores de promoción de la salud debe contemplar: buscar la Identificación de los empleados con la filosofía de promoción de la salud, suministrar Información útil y oportuna sobre la organización y sobre promoción de la salud, apoyar la Instrucción de los empleados especialmente en el desarrollo de habilidades de comunicación y trabajo en equipo, propiciar la Integración de los empleados a los procesos de promoción de la salud, trabajar por la creación de una buena Imagen de los empleados sobre la organización, y fomentar la Investigación de los procesos comunicativos internos para potenciar la estrategia y sus funciones.

Palabras clave

Comunicación, comunicación en salud, promoción de la salud, instituciones de salud, potenciación (*fuentes: DeCS, BIREME*).

* Comunicador Social Periodista, Ph.D. en Publicidad y Relaciones Públicas y Experto en Comunicación Social y Salud. Universidad de Antioquia. Colombia. Correo electrónico: edilsonbustamante@gmail.com

INTERNAL COMMUNICATION AND HEALTH PROMOTION. CASE STUDY IN MADRID SALUD.

Abstract

Objective: To describe the incidence of internal communication in the work of health promotion. **Materials and Methods:** A descriptive and exploratory research used the case study through triangulation techniques (interviews, content analysis and survey) for the collection and analysis of information between February and August 2012 in Madrid Salud in six of its centers. Interviews were administered to 8 civil servants in senior and middle positions in the business and content analysis of recent reports of the organization was carried out; 87 surveys were applied to employees of six Health Centers belonging to Madrid Salud. **Results:** Internal communication is positively assessed as a factor that enhances the development of actions in health promotion through work from six variables: Identification, Information, Instruction, Integration, Image and Research. **Conclusions:** An internal communication strategy that seeks to enhance the work of health promotion must include: the search for Identification of employees managing the philosophy that health promotion involves; provision of useful and timely Information on the organization and on health promotion; Instructional support for staff especially in the development of communication skills and teamwork; promotion of the integration of the employees to health promotion processes; working for the creation of a positive image of the organization and employees; and encouragement of research of internal communication processes to improve the strategy and its functions.

Key words

Communication, communication in health, health promotion, health facilities, potentiation (*source: DeCS, BIREME*).

A COMUNICAÇÃO INTERNA E A PROMOÇÃO DA SAÚDE. ESTUDO DE CASO EM MADRID SALUD.

Resumo

Objetivo: Descrever a incidência da comunicação interna no trabalho de Promoção da Saúde. **Materiais e Métodos:** Investigação descritiva e exploratória que usou o estudo caso, através duma triangulação de técnicas (entrevistas em profundidade, análise de conteúdo e enquête) para a colheita e análise da informação entre fevereiro e agosto de 2012 em Madrid Salud e seis dos seus centros. Aplicaram-se entrevistas a 8 funcionários com cargos diretivos altos e intermediários, realizou-se a análise de conteúdo dos últimos relatórios da organização, e aplicaram-se 87 enquetes a empregados de seis centros que fazem parte de Madrid Salud. **Resultados:** Valoriza-se positivamente a comunicação interna como fator que potencia o desenvolvimento das ações em Promoção da Saúde, através do trabalho de seis variáveis: Identificação, Informação, Instrução, Integração, Imagem e Investigação. **Conclusões:** Uma estratégia de comunicação interna que tente potenciar o trabalho de Promoção da Saúde deve levar em conta: buscar a Identificação dos empregados com a filosofia de Promoção da Saúde, prover Informação útil e oportuna sobre a organização e sobre Promoção da Saúde, apoiar a Instrução dos empregados especialmente no desenvolvimento de habilidades de comunicação e trabalho em equipe, propiciar a Integração dos empregados aos processos de Promoção da Saúde, trabalhar pela criação duma boa Imagem dos empregados sobre a organização e fomentar a Investigação dos processos comunicativos internos para potenciar a estratégia e as suas funções.

Palavras chave

Comunicação, comunicação em saúde, promoção da saúde, instituições de saúde, potenciação (*fonte: DeCS, BIREME*).

INTRODUCCIÓN

En la actualidad y a pesar de ser una disciplina reciente, la Comunicación en Salud cuenta con numerosos estudios sobre diferentes temas que le atañen. De ahí se destacan los estudios sobre comunicación de riesgo (1), educación-entretenimiento (2), movilización social y comunitaria (3), comunicación participativa (4), periodismo cívico (5), entre otros.

Y si bien hay unas áreas de la comunicación y salud, como las mencionadas anteriormente, sobre las que más se ha estudiado, también existen otras que empiezan a emerger y sobre las que aún queda mucho camino por recorrer –procesos por investigar–. Ese es el caso de la comunicación interna dentro de los escenarios de salud, que a pesar de que se intuye dentro de la bibliografía más actual como un campo de la comunicación en salud, son pocos los estudios al respecto y en su mayoría se quedan en los asuntos puntuales de indagar por la comunicación interna como fenómeno de comunicación y no se traslada a otros escenarios para medir por ejemplo su impacto en las labores que desempeña el equipo de trabajo estudiado, en este caso labores de salud.

Ya los estudios clásicos desde las teorías administrativas y organizacionales, han revelado el importante papel de la comunicación interna en el cumplimiento de los objetivos de una organización. Desde esta perspectiva, autores como Barranco han puesto en evidencia cómo la comunicación interna influye en la eficacia, la eficiencia y la calidad de la gestión de una organización (6).

En el campo de la salud, solo en los últimos años las organizaciones sanitarias se han interesado por incluir planes de comunicación interna dentro de sus planes estratégicos, partiendo de que los buenos cauces de comunicación interprofesional, el establecimiento de criterios homogéneos y objetivos claros influyen directamente en la calidad ofrecida por las organizaciones sanitarias (7).

Y es ahí donde las organizaciones de salud cuentan con un aliado fundamental que es la comunicación interna, hasta el momento poco explorado y puesto al servicio de los resultados organizacionales, que al lado de otros procesos y estrategias de la organización, se convierten en bases fundamentales para lograr la máxima conexión entre los objetivos de la organización (de promocionar la salud) y sus empleados. Así, los públicos internos (empleados) del sector salud se deberían constituir en uno de los públicos principales para las organizaciones de salud, pues son ellos quienes necesariamente tienen un contacto directo con los usuarios externos, contacto en que transmiten sus motivaciones, convicciones y sus expectativas en cuanto a la realidad organizacional; buscando un cambio de discurso sobre la salud por parte de quienes trabajan en los escenarios del Sistema Nacional de Salud y haciéndolo extensivo a la ciudadanía. De lo que se trata es de potenciar los productos o servicios de la organización (en este caso productos y servicios de salud) a través del trabajo con los públicos internos, pues como ha quedado demostrado constituyen la base para alcanzar los objetivos de la misma. Se trata de un trabajo intenso desde dentro (con los públicos internos: empleados) hacia fuera (públicos externos: pacientes-personas-clientes).

Los objetivos de promoción de salud siguen siendo una tarea por cumplir, y la comunicación interna en los escenarios de salud puede ayudar en el cumplimiento de estos. Por eso, esta investigación tuvo por objetivo describir la incidencia de la comunicación interna en las labores de promoción de la salud, en Centros de Madrid Salud.

Madrid Salud es el organismo Autónomo del Ayuntamiento de Madrid (España), que tiene bajo su responsabilidad las tareas de Salud Pública y en especial las de promoción de la salud. Cuenta con una red de 16 Centros de Salud (CMS) y ocho Centros Monográficos especializados, repartidos por la ciudad y dotados por una plantilla multidisciplinar formada por profesionales de la medicina, especialista en ginecología,

psiquiatría, pediatría, psicología, o enfermería, además de trabajadores sociales, auxiliares sanitarios y administrativos (8). Los 16 Centros de Madrid Salud (CMS) son centros municipales especializados en la promoción de la salud y en la prevención de las enfermedades.

Desde el campo teórico y después de hacer una revisión exhaustiva de los objetivos, formulados por diversos autores, a los que debe responder la comunicación interna, todos coinciden en que su objetivo final debe ser el de contribuir al logro de los resultados de la organización.

Teniendo en cuenta este objetivo final y basados en el modelo de las “cinco íes” de Andrade (9), que recoge en gran medida los planteamientos de otros autores, el objetivo general de un programa de comunicación interna en los escenarios de salud (donde se busque promocionar la salud) debería ser:

Respalda el logro de los objetivos institucionales de promoción de la salud, investigando constantemente los procesos de comunicación; fortaleciendo la identificación de los colaboradores con la empresa y su misión; proporcionándoles información relevante, suficiente y oportuna; formándolos en las competencias que requieren para llevar a cabo su trabajo; reforzando su integración; y generando en ellos una imagen favorable de la organización y de sus productos y servicios.

A este objetivo se ha agregado solo el componente de la formación de competencias, que para muchos autores que han investigado la comunicación interna es importante, y para el escenario que se plantea es muy necesario.

Según este objetivo, las funciones de la comunicación interna serían seis. El modelo de las “cinco íes” de Andrade (9) incluye: Identificación, Información, Integración, Imagen e Investigación.

A esta clasificación se agrega una función más: la Instrucción o formación. Quedaría así entonces el modelo de las “seis íes”. Sobre estas seis variables de comunicación interna se centró la investigación.

MATERIALES Y MÉTODOS

Esta investigación tuvo un enfoque cualitativo; para la parte cualitativa se utilizó la metodología del Estudio de Caso, a través de dos técnicas: entrevistas en profundidad y análisis de contenido; y la parte cuantitativa, se trabajó a partir de un análisis descriptivo de corte transversal donde se obtuvo información primaria a partir de encuestas.

Se realizaron entrevistas a las personas clave de los equipos de trabajo: al Jefe de Comunicaciones de Madrid Salud, al Jefe del Servicio de Promoción de la Salud de Madrid Salud y a los responsables de los seis centros evaluados (tres Centros de Madrid Salud: Puente de Vallecas, Villaverde y Usera; y tres Centros Monográficos: Centro de Madrid Salud Joven, Centro de Salud Bucodental y Centro de Prevención del Deterioro Cognitivo). Las entrevistas tenían como objetivo indagar por los aspectos de promoción de la salud y de comunicación interna en Madrid Salud, y evaluar las percepciones en cuanto al estado de cada una de las seis variables independientes (Identificación, Información, Instrucción, Integración, Imagen e Investigación).

En cuanto al análisis de contenido, se llevó a cabo un análisis de los últimos informes de las áreas de Madrid Salud comprometidas en esta investigación: la Unidad de Comunicaciones, y el Servicio de Prevención, Promoción de la Salud y Salud Ambiental (al que están adscritos los Centro de Madrid Salud y los Centros Monográficos). El objetivo de este análisis fue contrastar y completar la información suministrada en las entrevistas en profundidad y encontrar nuevos datos que aportaran al cumplimiento de los objetivos.

Finalmente, se aplicó un cuestionario al público interno de los seis centros de estudio definidos en la muestra, buscando la mayor participación posible de los empleados en cada centro. De los 109 empleados de los seis centros evaluados se contó con la participación de 87 de ellos, es decir el 80%. El cuestionario fue diseñado a partir de escalas e instrumentos validados para cada una de las variables independientes, tales como: la escala de medición de la identificación organizacional (10), el cuestionario de medición de Clima de Comunicación (11) traducido al español por Hernández (12), y la escala de Marqués (13). En este instrumento no se tuvieron en cuenta las escalas para medir la variable de Investigación, ya que es un asunto que escapa a la realidad de los empleados, destinatarios del cuestionario; para esta variable solo se contó con el análisis de contenido y las entrevistas en profundidad. La encuesta estuvo conformada por 82 ítems: seis preguntas de información sociodemográfica, siete preguntas para medir Identificación, 10 preguntas para medir Información, 17 preguntas para medir Instrucción, 13 preguntas para medir Integración, 13 preguntas para medir Imagen, y 16 preguntas para medir las expectativas sobre las seis variables en relación con el trabajo de promoción de la salud y comunicación interna. El procesamiento estadístico de los datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS 18 y se utilizó el Excel para la construcción de gráficos y tablas.

RESULTADOS

Entrevistas en profundidad

En cuanto a la relación entre la comunicación interna y la promoción de la salud en Madrid Salud y los aspectos de la comunicación interna que potencian el trabajo de promoción de la salud, todos los entrevistados perciben una relación directa entre ambos terrenos, llamando la atención que la mayoría de los entrevistados se refieren al tema desde la mejora de la comunicación interna

y en cómo esta apoyaría sus labores en promoción de la salud. Las respuestas de los entrevistados sobre esta relación se basan en su totalidad en alguna o algunas de las seis íes que propone esta investigación, al señalarlas como los aspectos esenciales de la comunicación interna para su trabajo en promoción de la salud. Así, las variables de Identificación, Información, Integración e Imagen fueron a las que más se hizo referencia en las respuestas de los entrevistados a esta pregunta, lo que denota que son percibidas como importantes dentro del trabajo de comunicación interna. Sobre la variable Instrucción o formación solo se encontró referencia en una de las respuestas de los entrevistados a la pregunta de relación entre comunicación interna y promoción de la salud, lo que manifiesta que a simple vista no se le considera como una de las funciones esenciales de la comunicación interna; sin embargo, es bueno aclarar que esta variable fue mencionada por varios entrevistados durante el desarrollo de esta fase del trabajo de campo, lo que hace que no se pueda descartar del todo. Finalmente, en cuanto a la variable Investigación, ninguna de las respuestas de los entrevistados a esta pregunta dio apuntes sobre la importancia de esta en el trabajo de comunicación interna, sin embargo fue tenida en cuenta en el desarrollo de la entrevista por el Jefe de Comunicaciones. Esta ausencia puede explicarse por el hecho de que en la mayoría de los casos es una variable que no afecta directamente la percepción de los empleados, pero que para quien tiene a cargo la comunicación interna (en este caso el Jefe de Comunicaciones) resulta de gran valor en las posibilidades que ofrece de potenciar las otras cinco variables y el desarrollo de la comunicación interna en sí, lo que la mantiene como una variable que debe ser tenida en cuenta.

Análisis de contenido

El Informe de Madrid Salud de 2011, contiene información sobre la organización y sus procesos. Así, para el caso específico de la promoción de la salud se hallaron datos significativos que

permitieron contrastar la información suministrada en las entrevistas en profundidad. Para el caso de comunicación interna y sus variables de estudio –propuestas en esta investigación–, los datos son escasos.

En cuanto a la relación entre comunicación interna y promoción de la salud y los aspectos de la comunicación interna que potencian el trabajo de promoción de la salud, no se halló ninguna referencia en el informe. Esto puede deberse a que al no considerar la comunicación interna como un área estratégica dentro de la organización, no permita un desarrollo que la haga visible, y por tanto, que no existan elementos desde las diferentes unidades que integran a Madrid Salud (incluida la Unidad de Comunicaciones) para considerar las aportaciones de la comunicación interna en el trabajo que realizan en promoción de la salud.

Encuestas

Aspectos generales

Se indagó por el conocimiento de los empleados sobre el objetivo de su organización. Al respecto, se encontró que el 93,1% de los empleados refirieron la promoción de la salud como una de las funciones principales de su organización. La prevención de la enfermedad ocupó el segundo lugar, considerada como una función esencial de la organización por el 90,7% de los empleados.

En este mismo sentido, se indagó por las funciones que los empleados consideraban eran el objetivo de su labor. Coherente con el resultado anterior, se obtuvo que la promoción de la salud ocupó el primer lugar con un porcentaje del 93,1%, la prevención de la enfermedad mantuvo el segundo lugar con un 86,1%, en tercer lugar estuvo la rehabilitación con el 12,6% y finalmente, la curación fue considerada como el objetivo de su labor por el 10,3% de los encuestados. Finalmente, se pidió a los encuestados calificar el trabajo de comunicación interna de su

organización. El 40,2% de los empleados calificó dicho trabajo como bueno, el 36,8% consideró que era regular, un 12,6% dijo que era malo, el 8% clasificó este trabajo como excelente y el 2,3% restante afirmó que la labor de comunicación interna era deficiente.

Análisis de las seis íes

Identificación: Para evaluar la Identificación se formularon cinco enunciados. El encuestado tenía cinco opciones de respuesta que permitieron dar una calificación de 1 a 5 a cada uno de los ítems. La calificación más alta fue para la categoría que evaluaba el deseo de continuar siendo miembro de la empresa (4,57), en contraste con el ítem “El éxito de esta empresa es mi éxito” con una calificación de 3,85. La identificación de los empleados con la tarea de promocionar la salud de la organización se posicionó en el segundo lugar (4,49), seguida por las categorías “Me siento miembro de mi organización” y “Me siento orgulloso de trabajar para esta empresa” con calificaciones de 4,09 y 4,06, respectivamente.

Con el propósito de optimizar el análisis de las variables trazadoras del estudio, se obtuvo una calificación general para la categoría de Identificación con base en los ítems abordados anteriormente.

Al realizar el análisis por sexo, no se encontraron diferencias importantes en las puntuaciones de la Identificación; al considerar la edad en grupos decenales, se observó una tendencia de disminución en el puntaje, a medida que aumentó la edad; con respecto a la escolaridad, el puntaje más bajo fue para las personas con FP grado superior, mientras que el puntaje más alto se observó en las personas con postgrado; finalmente, al analizar por centros, se observó que las dos puntuaciones más altas correspondieron a los Centros de Madrid Salud 2 y 3 (Tabla 1).

Tabla 1. Puntajes obtenidos para la categoría de Identificación, según variables trazadoras. Madrid Salud, 2012.

Identificación		
Variable trazadora	Categoría	puntaje
Sexo	Hombre	4,21
	Mujer	4,22
Edad en años	29-39	4,27
	40-49	4,24
	50-59	4,19
	60 y más	3,93
Escolaridad	FP grado medio	4,47
	FP grado superior	3,96
	Diplomatura	4,11
	Licenciatura	4,05
	Postgrado	4,54
	Máster	4,47
	Doctorado	4,07
Centro	Centro Monográfico 1	4,15
	Centro Monográfico 2	3,73
	Centro Monográfico 3	4,29
	Centro de Madrid Salud 1	4,22
	Centro de Madrid Salud 2	4,45
	Centro de Madrid Salud 3	4,40

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del estudio.

Información: La categoría de Información se analizó a partir de nueve enunciados principales (Tabla 2).

Tabla 2. Puntajes obtenidos para la batería de variables correspondientes a la categoría de Información. Madrid Salud, 2012.

Ítems de información evaluados	Puntaje
Los objetivos de esta organización son conocidos por todos los empleados.	3,55
La información que recibimos por los medios de comunicación de la empresa es de gran interés.	3,05
La mayoría de la información que me interesa la obtengo de mis compañeros de trabajo.	3,69
A través de los canales internos recibo información acerca de los logros y dificultades de la organización.	3,15
A través de los canales internos recibo información acerca de los servicios que presta la organización.	3,52
A través de los canales internos recibo información acerca del impacto social, posicionamiento y satisfacción de los usuarios.	3,02
A través de los canales internos recibo información acerca de la misión, visión y valores de la organización.	3,15
A través de los canales internos recibo información acerca de la planeación, dirección y control de la organización.	2,95
A través de los canales internos recibo información acerca de la promoción de la salud.	3,74

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del estudio.

Al considerar el puntaje general de Información para cada una de las variables trazadoras, no se encontraron diferencias importantes de la calificación según sexo; con respecto a la edad, se observó que el puntaje más bajo correspondió a las personas más jóvenes, el puntaje aumenta para el grupo de 40 a 49 años y a partir de allí la calificación disminuye a medida que aumenta la edad; según el nivel de escolaridad, se observó que la calificación más alta se obtuvo en las personas con postgrado, mientras que las

personas con máster presentaron el puntaje más bajo en esta categoría; finalmente, al analizar por centros, se observó que las puntuaciones más altas correspondieron a los Centros de Madrid Salud 2 y 3 mientras que el puntaje más bajo fue para el Centro Monográfico 2.

Instrucción-Formación: Esta categoría estuvo conformada por ocho ítems relacionados en la Tabla 3.

Tabla 3. Puntajes obtenidos para la batería de variables correspondientes a la categoría de Instrucción. Madrid Salud, 2012.

Ítems de instrucción evaluados	Puntaje
Recibo ofertas de capacitación por parte de la empresa en bases teóricas de la promoción de la salud.	3,45
Recibo ofertas de capacitación por parte de la empresa en preparación y realización de intervenciones en promoción de la salud.	3,40
Recibo ofertas de capacitación por parte de la empresa en desarrollo de habilidades de comunicación para el trabajo de promoción de la salud.	3,34
Recibo ofertas de capacitación por parte de la empresa en trabajo en equipo.	3,41
Calificación a la oferta de formación en bases teóricas de promoción de la salud.	3,44
Calificación a la oferta de formación en trabajo en equipo.	3,43
Calificación a la oferta de formación en preparación y realización de intervenciones de promoción de la salud.	3,39
Calificación a la oferta de formación en habilidades de comunicación.	3,36

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del estudio.

Al igual que en las otras categorías de análisis, cuando se consideró el puntaje global de la categoría, se observó que el sexo no presentó diferencias importantes en los puntajes de la Instrucción; por su parte, al considerar la edad se observó que las puntuaciones más bajas correspondieron al primer y al último grupo etáreo; el nivel de escolaridad mostró unas puntuaciones muy similares, siendo las personas con licenciatura

las que registraron el puntaje más bajo; finalmente, el Centro Monográfico 2 presentó la puntuación más baja mientras que los Centros de Madrid Salud 2 y 3 registraron las calificaciones más altas en esta categoría.

Integración: Para evaluar la Integración se consideraron 13 ítems relacionados en la Tabla 4.

Tabla 4. Puntajes obtenidos para la batería de variables correspondientes a la categoría de Integración. Madrid Salud, 2012.

Ítems de integración evaluados	Puntaje
Yo le doy información a otros compañeros cuando lo necesitan.	4,4
Yo le pido información a otros compañeros cuando lo necesitan.	4,5
Yo le pido consejo a otros compañeros cuando lo necesito.	4,5
Hablo con alguna persona de otros servicios o departamentos sobre temas de trabajo que puedan mejorar el funcionamiento de mi trabajo.	3,8
Acudo a otras personas para que me ayuden en mis tareas cuando tengo excesiva carga de trabajo.	3,7
Otras personas acuden a mí para que les ayude en sus tareas cuando tienen excesivas cargas de trabajo.	3,9
Existen personas en mi trabajo que siempre me están animando.	3,8
Formo parte y estoy integrado en los procesos de promoción de la salud que desarrolla mi organización.	3,9
Cuando los directivos de la empresa nos informan algo, creo que lo que dicen es verdad.	3,2
En esta empresa tengo amplias oportunidades de opinar y dar mis sugerencias.	3,3
En esta empresa tengo amplias oportunidades de participar en las decisiones que se toman.	2,7
Mis compañeros de trabajo están abiertos a las sugerencias que yo hago.	3,9
Creo que cuando mis compañeros de trabajo me dicen algo, ellos me dicen la verdad.	4,1

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del estudio.

Al considerar el puntaje general de Integración para cada una de las variables trazadoras, no se encontraron diferencias de la calificación según sexo; con respecto a la edad, se observaron puntajes muy similares, siendo los grupos de personas entre los 40 y 49 años, y los mayores de 60 años, quienes presentaron las calificaciones más altas en esta categoría; según el nivel de escolaridad, se observó

que la calificación más alta para la categoría de Integración, se presentó en el grupo personas con máster, mientras que las personas con licenciatura presentaron el puntaje más bajo; finalmente, al analizar por centros, se observó que las puntuaciones más altas correspondieron a los Centros de Madrid Salud 2 y 3 mientras que el puntaje más bajo fue para el Centro Monográfico 2.

Imagen: El análisis de la Imagen se realizó mediante 13 ítems. Los tres puntajes más altos correspondieron a las categorías “Conozco la misión, visión y valores de mi organización”, “Percepción sobre los servicios que presta mi organización” y “Percepción sobre trabajo de promoción de la salud en mi organización” con una calificación de 4,0, respectivamente. En contraste con esto, se encontraron las categorías “Me gusta la forma de ver las cosas dentro de la organización” y “Me gusta la forma de hacer las cosas dentro de la organización” que presentaron las calificaciones más bajas en este dominio, 3,3 y 3,1, respectivamente.

El análisis del puntaje global de la Imagen no presentó diferencias según sexo; con excepción del primer grupo etéreo, la puntuación de la Imagen disminuyó a medida que la edad se incrementó; el nivel de escolaridad presentó puntajes muy similares para esta categoría, siendo las personas de FP grado medio las que presentaron la calificación más alta; finalmente, se mantiene la tendencia de las calificaciones más altas para los Centros de Madrid Salud 2 y 3 mientras que el puntaje más bajo en esta ocasión fue para el Centro de Madrid Salud 1.

Investigación: Esta categoría no se abordó directamente desde la encuesta debido a que es difícil de evaluar en los empleados, pues tal y como está contemplada en el modelo de las seis íes, es un asunto que corresponde directamente al equipo de comunicación y por lo tanto fue evaluada con las otras técnicas de la metodología.

Ahora bien, según las variables trazadoras jornada laboral y antigüedad, no hubo diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de cada una de las variables evaluadas. El único dato que llama la atención es que la variable Imagen presentó un valor mayor en las personas que llevan menos tiempo laborando en la organización (de 1 a 5 años).

Puntuaciones globales: Finalmente, se consideraron todas las puntuaciones globales de cada categoría con el fin de identificar, basados en las íes del modelo propuesto, las categorías más fuertes y más débiles dentro de los centros evaluados, encontrándose que la Identificación obtuvo la calificación más alta (4,2), en contraste con la Información que fue la categoría más débil dentro de las instituciones. La Integración, Imagen e Instrucción obtuvieron calificaciones de 3,8, 3,6 y 3,4, respectivamente.

Aspectos de la comunicación interna que potencian el trabajo de promoción de la salud

Se indagó por la opinión de los encuestados sobre el impacto que tendría, para la organización, la mejora de la comunicación interna. Los altos puntajes encontrados (4,4-4,5) demuestran que los empleados consideran que mejorar los procesos de comunicación interna potenciaría el desempeño de la organización tanto en el tema de promoción de la salud como a nivel general de la institución. Dentro de los aspectos que mejorarían, sobresalió la imagen que sobre la organización tienen los empleados, la integración de los empleados a la organización, la gestión de la organización, los procesos de innovación, entre otros.

Para terminar, se indagó a los empleados por los aspectos que consideraban importantes para el trabajo de promoción de la salud dentro de su organización y que estaban directamente relacionados con la comunicación interna (las seis íes). La calificación más alta fue para la categoría “La integración de los empleados a los proyectos de promoción de la salud y el trabajo en equipo” (4,6), seguido por las categorías “La información sobre el acontecer de la organización y sobre promoción de la salud”, “La identificación de los empleados con la organización y con la promoción de la salud” y “La formación en promoción de la salud y en habilidades de comunicación” con una calificación de 4,5, respectivamente.

DISCUSIÓN

En cuanto a la evaluación de la variable **Identificación**, se destaca la alta valoración de la misma por parte de los encuestados. Tanto en las preguntas referidas a la Identificación con la organización como en las que se preguntaba por la Identificación con la promoción de la salud, los encuestados las valoraron muy positivamente, lo que hace pensar que esta (la Identificación) es muy fuerte dentro de la organización y que los empleados están orgullosos de trabajar para su institución y comprometidos con la promoción de la salud (esta última obtuvo el puntaje más alto de las preguntas de la variable). Esta valoración va en sintonía con el trabajo de promoción de la salud, pues está demostrado que un empleado con una alta Identificación cumple mejor sus labores (10, 11, 14), pues la identidad individual deriva en una identidad social (12, 13, 15) y el autoconcepto individual contiene los mismos atributos de la identidad organizacional que él percibe (16, 17).

La **Información** obtuvo en general una puntuación media. Dentro de esta puntuación se destaca que los mejores puntajes fueron para las preguntas referidas, en primer lugar, a la transmisión de Información entre compañeros, lo que refleja una buena comunicación horizontal (18), y en segundo lugar, para las preguntas de recepción de Información sobre promoción de la salud, lo que también demuestra un accionar positivo en este sentido. En contraste, las puntuaciones medias más bajas fueron para las preguntas de recepción de Información sobre la organización y sobre el interés general que despierta la Información recibida, lo que indica que hace falta un mayor esfuerzo en esta área. Y aunque algunos estudios evidencian la prevalencia de la comunicación informal en las organizaciones (19, 20), en la mayoría de los casos esta se ha asociado con el fracaso en la gestión de la comunicación (21). Por eso actualmente se propone la combinación de canales formales e informales (22, 23) favoreciendo la transmisión de Información ordenada y regular (16, 24), e

implicando a la línea ejecutiva en los procesos de comunicación e Información con y hacia sus empleados (25, 26).

En cuanto a **Instrucción-Formación** la calificación también fue media, correspondiéndose la calificación media otorgada a la recepción de ofertas de capacitación, con la calificación media a la oferta de capacitación como tal. En este mismo sentido, la calificación fue media tanto para la Formación en bases teóricas y preparación de intervenciones en promoción de la salud, como para la Formación en habilidades de comunicación y trabajo en equipo. En el caso Español, un trabajo adelantado hace varios años afirmaba la necesidad de tener en cuenta que la Formación es un requisito básico para la consecución de cualquier objetivo, por lo que la capacitación profesional se convierte en un condicionante para lograr un sistema sanitario, y también educativo, orientado a la prevención y la promoción de la salud (27, 28). Sin embargo, algunas investigaciones sobre las necesidades de Formación de agentes sociales en promoción de salud en España han revelado el escaso conocimiento sobre el campo teórico de la misma y el hecho de no identificarla, especialmente los médicos, con sus tareas y funciones (29-31). Asimismo, es relevante la Formación en comunicación y trabajo en equipo para promotores de salud (32, 33).

Integración recibió en general una calificación media alta pero con diferencias en cada uno de los niveles evaluados. Así, para las preguntas de clima de comunicación y trabajo en equipo recibieron mejor puntaje (media alta) aquellas que indagaban por la relación (de información y consejo) entre compañeros del mismo centro, lo que ratifica la buena comunicación horizontal; sin embargo, esta calificación fue menor al indagar por la relación con los compañeros de otros centros, lo que indica que hace falta una mayor Integración en este sentido; mucho menor fue la calificación (media baja) para la relación con los directivos, la credibilidad en ellos y para las posibilidades de

opinar y participar dentro de la organización, lo que demuestra la necesidad de un mejoramiento de la comunicación vertical y de los mecanismos de participación. Las investigaciones han demostrado que el clima de comunicación impacta en el compromiso organizacional (34, 35), influye en el desempeño de los equipos (4, 36), influye en la productividad (37, 38), y predice la identificación de los empleados con su organización (13, 39, 40).

Con respecto a la última variable evaluada en las encuestas, la **Imagen**, se encontraron percepciones diferentes en la evaluación de sus distintos elementos. Así, recibieron una puntuación alta la percepción sobre los servicios que se presta y la percepción sobre el trabajo en promoción de la salud, lo que ratifica la identificación de los empleados en este sentido con la organización. Por su parte, la cultura corporativa (valores, misión, visión) y el impacto social recibieron una calificación media alta, lo que indica que son elementos importantes con los que los empleados se sienten identificados dentro de la organización pero que podrían potenciarse. La percepción general sobre la Imagen de la organización concuerda con la percepción que se tiene sobre la Imagen de cara a la opinión pública, donde los empleados le otorgaron a ambas una calificación media, lo que implica por un lado que están relacionadas (Imagen interna y externa), pero a la vez que es necesario un trabajo para mejorarlas. Hay que recordar que la comunicación interna es el vehículo para canalizar la cultura (41), porque es a través de esta que se crea, se difunde y/o se renueva la cultura corporativa (42). La cultura es construida y transmitida, y sin comunicación no puede haber cultura (43).

Finalmente, los encuestados otorgaron muy altas calificaciones a las variables del modelo propuesto en esta investigación. En primer lugar, identificaron las variables del modelo, que se evaluaron, como funciones de la comunicación interna, así a la pregunta sobre la mejora de la comunicación interna en la organización, los empleados las

relacionaron con la mejora en la Identificación, la Información, la Imagen, la Instrucción y la Integración (otorgándole puntuaciones por encima de 4,4); en este mismo sentido, los empleados relacionaron la mejora de la comunicación interna con variables como la mejora de la gestión, la imagen pública y la calidad de los servicios prestados, que están más relacionados con el impacto externo, lo que indica que reconocen que la comunicación interna es fundamental para el trabajo externo de la organización.

En cuanto a las variables de la comunicación interna que impactan las labores de promoción de la salud (las seis íes del modelo), los encuestados valoraron muy bien cada una de las variables (Identificación, Información, Instrucción, Imagen, Integración e Investigación), otorgándoles puntuaciones por encima de 4,3, lo que lleva a deducir que son consideradas por ellos como muy importantes para su trabajo de promoción de la salud.

CONCLUSIONES

- Dentro del subcampo de estudio de la comunicación en salud, la comunicación interna entra a formar parte como un área novedosa que puede realizar grandes aportes, desde la concepción de que la salud cuenta con instituciones que trabajan por ella y donde la comunicación interna se convierte en una estrategia clave para alcanzar sus objetivos. Así, la comunicación interna en escenarios de salud entra a relacionarse con áreas más desarrolladas de la comunicación en salud como la relación médico-paciente, el periodismo sanitario o la comunicación de crisis, todas con un fin último de apoyar desde la comunicación el mejoramiento de la salud de los individuos y las comunidades.
- La comunicación interna es clave en la formación de una nueva cultura en las

instituciones de salud y en su forma de ver y hacer las cosas, pues solo así es posible reorientar los servicios tradicionales de estas (enfocados más al asistencialismo y la curación) hacia el trabajo de promoción de la salud que invita la Carta de Ottawa. El trabajo hacia este cambio de paradigma debe iniciarse con las personas y profesionales que trabajan en las instituciones de salud, quienes están llamados a ser los principales voceros de este, y para lo cual los procesos de comunicación interna resultan fundamentales; el propósito no es otro que potenciar el nuevo paradigma en la organización para lograr un mayor y mejor impacto en las acciones de promoción de la salud hacia el exterior (con los ciudadanos y las comunidades).

- En cuanto a la pregunta de cómo pueden potenciarse las acciones de promoción de la salud desde la comunicación interna, se concluye que todas las instituciones de salud deben de tener como principal objetivo la promoción de la salud, y por tanto cualquier estrategia de comunicación interna en estas debe llevar por esencia también este objetivo (pues queda claro que las labores de promoción de la salud se pueden potenciar desde el trabajo con los públicos internos en una estrategia que lleve por esencia la promoción de la salud).

- En cuanto a qué elementos de la comunicación interna pueden potenciar el trabajo de promoción de la salud, se concluye que la estrategia de comunicación interna en este sentido debe contemplar básicamente seis funciones (elementos): buscar la **Identificación** de los empleados con la organización y con la filosofía de promoción de la salud; suministrar **Información** útil y oportuna sobre la organización y sobre promoción de la salud;

apoyar la **Instrucción-Formación** de los empleados en cuanto a promoción de la salud y especialmente en el desarrollo de habilidades de comunicación y trabajo en equipo; propiciar la **Integración** de los empleados y en especial su participación en los procesos de promoción de la salud que lleve a cabo la organización; trabajar por la creación de una buena **Imagen** de los empleados sobre la organización que esté en consonancia con la imagen proyectada de cara a la opinión pública; y fomentar la **Investigación** de los procesos comunicativos internos para potenciar la estrategia y sus funciones.

- Se halla una relación directa y positiva entre una estrategia de comunicación interna basada en promoción de la salud y la labor de promoción de la salud que realizan los empleados en una organización, en asuntos como que se sienten más informados, capacitados, motivados e identificados, integrados y participantes del quehacer en promoción de la salud que realiza la organización para la que trabajan.

AGRADECIMIENTOS

Este artículo es resultado de la investigación “Comunicación interna y promoción de la salud”, para optar al título de Doctor en Publicidad y Relaciones Públicas de la Universidad Autónoma de Barcelona. Agradezco los aportes de mi directora de tesis, Dra. Norminanda Montoya Vilar, y de la Gerente en Sistemas de Información en Salud, Kelly Johana Santiago. Asimismo, a Madrid Salud por haberme dado el espacio para desarrollar el trabajo de campo, y al Programa Enlaza Mundos del municipio de Medellín por la cofinanciación de los estudios de doctorado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Obregón R, Arroyave J, Barrios M. Periodismo y comunicación para la gestión de riesgo en la subregión andina: discursos periodísticos y perspectivas para un enfoque prospectivo y preventivo. *Revista Folios*. 2010;30:105-135.
2. Singhal A, Rogers E. A theoretical Agenda for Entertainment–Education. *Communication Theory*. 2002;12(2):117-135.
3. Obregón R, Waisbord S. The complexity of Social Mobilization in Health Communication: Top-Down and Bottom-Up Experiences in Polio Eradication. *Journal of Health Communication*. 2010;15(1):25-47.
4. Gumucio A. Cuando el doctor no sabe: comentarios críticos sobre promoción de la salud, comunicación, participación. *Revista Culturas Contemporáneas*. 2010;16(31):67-93.
5. Alfaro R. La salud un asunto público: experiencias universitarias de periodismo cívico. Perú: Consorcio de Universidades Lima; 2005.
6. Barranco FJ. La comunicación interna en la empresa. En: Barranco FJ, editor. *Planificación estratégica de recursos humanos: del marketing interno a la planificación*. Madrid: Pirámide; 1993.
7. Villares JE, Ruiz A, López MP, Sáinz R. La satisfacción profesional en el equipo de atención primaria: oportunidades de mejora. *Cuadernos de Gestión*. 2000;6:60-67.
8. Madrid Salud. Servicios de promoción de la salud [Internet]. [citado 10 Sept 2012]. Disponible en: http://www.madridsalud.es/centros/centros_ms_CMS.php
9. Andrade H. *Comunicación organizacional interna: proceso, disciplina y técnica*. España: Netbiblo; 2005.
10. Quijano S, Navarro J, Cornejo J. Un modelo integrado de compromiso e identificación con la organización: análisis del cuestionario ASH-ICI. *Revista de Psicología Social Aplicada*. 2000;10(2):27-61.
11. Smidts A, Pruyn A, Riel C. The impact of employee Communications and perceived external prestige on organization identification. *Academy of Management Journal*. 2001;29(5):1051-1062.
12. Hernández D. La relación entre el sistema formal de comunicación interna, el clima de comunicación y la identificación de los empleados en las organizaciones. [Tesis doctoral]. España: Universidad de Barcelona; 2008.
13. Marqués M. Influencia de las redes sociales en el rendimiento de las organizaciones: un estudio del sector sanitario. [Tesis doctoral]. España: Universidad de León; 2009.
14. Bustamante E. La promoción de la salud desde la comunicación interna. *Revista de Comunicación y Salud*. 2012;2(2):79-90.
15. Costa Sánchez C. *La comunicación en el hospital: la gestión de la comunicación en el ámbito sanitario*. Sevilla: Comunicación Social, ediciones y publicaciones; 2011.
16. Gali JM. Comunicación interna. *Farmacia Profesional*. 2008;22(2):26-27.
17. Rama Maceiras P, Parente S, Kranke P. Job satisfaction, stress and burnout in anaesthesia: relevant topics for anaesthesiologists and healthcare managers. *European Journal of Anaesthesiology*. 2012;29(7):311-319.
18. March JC, Prieto MA. Un equipo con emoción. En: *Escuela Andaluza de Salud Pública. Equipos con emoción*. Sevilla: Novartis; 2012. p. 11-44.
19. Tajfel H, Turner J. An integrative theory on intergroup conflict. In: Austin W, Worchel S, editors. *The social Psychology of intergroup relations*. Monterey: Brooks/Cole; 1979.

20. Medina P. La comunicación interpersonal como fuente de motivación del personal hospitalario: El caso Europeo. En: Cuesta U, Gaspar S, Ugarte A, coordinadores. Comunicación y Salud, estrategias y experiencias en prevención, promoción y educación para la salud. Madrid: Fragua; 2012. p. 91-106.
21. Berceruelo B. Comunicación interna en la empresa: claves y desafíos. España: Wolters Kluwer; 2011.
22. Dutton J, Dukerich J, Harquail C. Organizational images and member identification. *Administrative Science Quarterly*. 1994;39(2):239-263.
23. Bruno D, Zapezochny V, Jait A, Tuffo L, Casullo C, Deguer C. Mapeo nacional de capacidades en comunicación y salud pública en Argentina. *Revista de Comunicación y Salud*. 2011;1(2):5-18.
24. Armendáriz E. Las relaciones públicas y su evaluación. Madrid: Fragua; 2010.
25. Pastor G. La comunicación interna: ¿una asignatura pendiente en nuestras administraciones públicas? *Capital Humano*. 2002;15(153):74-78.
26. Barengo N, Tuomilehto J, Nissinen A, Puska P. Estrategias de comunicación en la mejora de los factores de riesgo cardiovascular y enfermedades cardiovasculares en el proyecto Karelia del Norte. *Revista de Comunicación y Salud*. 2011;1(1):42-51.
27. Arribas A. Comunicación en la empresa: la importancia de la información interna en la empresa [Internet]. [citado 10 Sept 2012]. Disponible en: <http://www.ull.es/publicaciones/latina/aa2000tma/127amaia.html>
28. Ugarte A. Si la sostenibilidad es la pregunta, ¿puede ser la comunicación una de las respuestas? *Revista de Comunicación y Salud*. 2011;1(2):1-3.
29. March JC, Prieto MA, Pérez O, Minué S, Danet A. La comunicación interna en centros de Atención Primaria en España. *Revista de Comunicación y Salud*. 2011;1(1):18-30.
30. Cabañas C. Los mandos intermedios son una pieza clave en el proceso de comunicación. *Capital Humano*. 2004;17(174):36-42.
31. García J, Rodas I. Auditoría administrativa y de comunicación organizacional: el caso del Programa de Telemedicina en México. *Revista Comunicación y Salud*. 2011;1(2):19-31.
32. Limón M. Necesidades e intervenciones en promoción y educación para la salud. En: Perea R, directora. Promoción y educación para la salud, tendencias innovadoras. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 2009. p. 63-105.
33. Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Formación en promoción y educación para la salud. Informe del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2003.
34. Casasbuenas L, Hernández D, Gómez J. Un módulo de enseñanza en comunicación para la salud. *Revista Folios*. 2010;1(23):31-44.
35. Molina F, coordinador. La docencia en la práctica clínica. Barcelona: Ed. EDIDE; 1998.
36. Choque R. Las nuevas competencias TIC en el personal de los servicios de salud. *Revista de Comunicación y Salud*. 2011; 1(2):47-60.
37. Díaz H, Uranga W. Comunicación para la salud en clave cultural y comunitaria. *Revista de Comunicación y Salud*. 2011;1(1):113-124.
38. Baron R. The role of affect in the entrepreneurial process. *Academy of Management Review*. 2008;33(2):328-340.
39. Guzley RM. Organizational climate and communication climate: predictors of commitment to the organization. *Management Communication Quarterly*. 1992;5(4):379-402.

40. Manthey M. Foundations of interprofessional communication and collaboration. *Creative Nursing*. 2012;18(2):64-67.
41. Choi JN, Kim MU. The organizational application of groupthink and its limitations in organization. *Journal of Applied Psychology*. 1999;84(2):297-306.
42. Clampitt PG, Downs CW. Communication satisfaction: a review of the literature. Unpublished paper, University of Kansas; 1987.
43. Bridges D, Davidson R, Odegard P, Maki I, Tomkowiak J. Interprofessional collaboration: three best practice models of interprofessional education. *Medical Education* [Internet]. [citado 10 Sept 2012]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3081249/>

EDUCACIÓN PARA LA SALUD: UNA EXPERIENCIA CON POBLACIÓN INDÍGENA DEL DEPARTAMENTO DE CHOCÓ

*Blanca Patricia Mantilla Uribe**

*María del Pilar Oviedo Cáceres***

*Andrea Hernández Quirama****

*Nieves Zoraida Flórez García*****

Recibido en junio 18 de 2013, aceptado en agosto 8 de 2013

Citar este artículo así:

Mantilla BP, Oviedo MP, Hernández A, Flórez NZ. Educación para la salud: una experiencia con población indígena del departamento de Chocó. *Hacia promoc. salud.* 2013; 18(2):96-109.

Resumen

Objetivo: Desarrollar acciones de base comunitaria con la población indígena del departamento de Chocó, entre el periodo comprendido entre diciembre de 2010 y abril de 2013, utilizando la educación para la salud con enfoque diferencial como un medio de transformación de sus realidades, contribuyendo así al mejoramiento de sus condiciones de salud y nutrición. **Metodología:** Se realizó un proceso de educación para la salud, en el marco de la Investigación-Acción-Participación, que buscó aportar elementos para la modificación de algunas condiciones de salud y nutrición de las niñas y niños del departamento de Chocó; las fases desarrolladas fueron: diagnóstico-exploración, realización de acciones y programación-acción. Se trabajó en todo el proceso con 185 personas representantes de autoridades étnico-territoriales, líderes indígenas en salud, hombres, mujeres, niñas y niños indígenas. **Resultados:** Producto del proceso realizado durante tres años, mediante un trabajo participativo y consensuado, se abordaron algunas temáticas de salud y nutrición a través de la promoción de acciones clave para trabajar de manera comunitaria y familiar con las comunidades indígenas, con metodologías adaptadas a sus realidades y materiales educativos con enfoque diferencial e incluyente. **Conclusiones:** De acuerdo a los resultados se permite identificar la Investigación-Acción Participativa como una estrategia metodológica que posibilita transformaciones de las realidades de las comunidades indígenas en relación con su situación de salud y nutrición.

Palabras clave

Educación para la salud comunitaria, salud de los pueblos indígenas, participaciones en salud (*fuentes: DeCS, BIREME*).

* Enfermera. Mg. en Pedagogía. Instituto PROINAPSA. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, Colombia.

** Optómetra. Mg. en Salud Pública. Mg. en Educación para la Salud. Instituto PROINAPSA. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, Colombia. Autor para correspondencia: Correo electrónico: poviedoc@hotmail.com

*** Trabajadora Social. Ph.D. en Investigaciones Feministas y Género. Instituto PROINAPSA. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, Colombia.

**** Enfermera. Especialista en Gerencia de Empresas. Instituto PROINAPSA. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, Colombia.

HEALTH EDUCATION: AN EXPERIENCE WITH INDIGENOUS POPULATION FROM THE DEPARTMENT OF CHOCO

Abstract

Objective: To develop community-based actions with the indigenous population from the department of Chocó between December 2010 and April 2013, using health education focused on a differential approach thus contributing to the improvement of their health and nutrition. **Methodology:** A health education process was carried out within the Participation-Action-Research framework, which sought to provide elements for the modification of some health and nutrition conditions of children from the Department of Chocó. The phases developed were: Diagnosis-exploration, performing actions and action programming. The complete process involved 185 people representing the ethnic-territorial authorities, indigenous leaders in health, men, women, indigenous children. **Results:** Product of the process carried out during three years, through a participatory and consensual work, some issues on health and nutrition through the promotion of key actions to work in a communally and familiar way with indigenous communities were addressed, using methodologies adapted to their realities and educational materials with differential and inclusive approaches. **Conclusions:** According to the results it is possible to identify Participatory Action-Research as a methodological strategy that enables transformations of the realities of indigenous communities in relation with their health and nutrition status.

Key words

Community health education, indigenous communities, health of indigenous communities, participation in health (*source: DeCS, BIREME*).

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: UMA EXPERIÊNCIA COM INDÍGENAS DO ESTADO DE CHOCÓ

Resumo

Objetivo: desenvolver ações comunitárias com a população indígena do departamento de Chocó, no período entre dezembro de 2010 e abril de 2013, utilizando-se a educação em saúde com abordagem diferenciada como um meio de transformar suas realidades, contribuindo para a melhoria de sua saúde e nutrição. **Metodologia:** Trata-se de um processo de educação em saúde como parte da Pesquisa-Ação-Participação, que procurou fornecer elementos para a modificação de algumas condições de saúde e nutrição do departamento de Chocó crianças, as fases desenvolvidas foram: diagnóstico-exploração, realizando ações e programação de ação. Eles trabalharam durante todo o processo, com 185 pessoas, representando as autoridades étnico-territoriais, lideranças indígenas de saúde, homens, mulheres, crianças indígenas. **Resultados:** produto do processo realizado durante três anos, por meio de um processo participativo e consensual, dirigiu algumas questões de saúde e nutrição, através da promoção de ações-chave para trabalhar como uma comunidade e da família com as comunidades indígenas, com metodologias adaptadas à sua realidades e materiais educativos com diferencial e abordagem inclusiva. **Conclusões:** De acordo com os resultados para identificar Pesquisa-Ação Participativa como uma estratégia que permite a transformação das realidades das comunidades indígenas em relação à sua saúde e estado nutricional.

Palavras chave

Educação em saúde, população indígena, participação comunitária (*fonte: DeCS, BIREME*).

INTRODUCCIÓN

El departamento de Chocó está situado en el occidente de Colombia, la población estimada para el año 2010 era de 476.173 habitantes (1), según datos del Censo de 2005, el 74% de su población se reconoce como afrocolombiana (2) y un 11% corresponde a cinco pueblos indígenas: Embera, Embera Katío, Embera Chamí, Tules o Cunas y Waunaán (3) que se agrupan en 119 resguardos (4).

Las comunidades indígenas han reportado que el 99,9% de los hogares está en inseguridad alimentaria y 94,9% se encuentra en inseguridad alimentaria severa (5). Los indicadores de pobreza y calidad de vida reportados son inferiores a los promedios nacionales, el 79% presenta al menos una necesidad básica insatisfecha (NBI), mientras que a nivel nacional este indicador se reduce al 27,6% (2). En 2005 el 78,5% y el 48,7% se encontraba por debajo de la línea de pobreza e indigencia, respectivamente, frente a un total nacional de 49,2% y 14,7% (6). Otros datos revelan que un 63% de los hogares no tiene acceso a inodoro con conexión a alcantarillado; el 30% carece de abastecimiento de agua, el 41% cocina con carbón, leña o desechos; el 60% no tiene servicio de recolección de basuras y el 46% de hogares vive en hacinamiento (7). El acceso a acueducto es del 21,1%, alcantarillado es del 15,5%, y recolección de basuras del 27,2% (2). En cuanto al índice de calidad de vida (ICV) este es de 58 puntos frente al nacional de 79 (8), el promedio de hijos de las mujeres indígenas es de 6,5 hijos (9).

En relación a la situación de salud, el Ministerio de la Protección Social en los “Indicadores Básicos de la Situación de Salud en Colombia para el 2007”, muestra que la tasa de mortalidad infantil para el Chocó era de 32,8. La tasa de mortalidad por enfermedad diarreica en niños y niñas menores de 5 años de edad es casi el doble de la tasa calculada para el país: Chocó 24,2 y Colombia 13,4 (10). En 2005 la tasa de mortalidad materna en este mismo

departamento fue de 250,9 por 100.000 nacidos vivos, frente a un promedio nacional de 73,1 (11).

Teniendo en cuenta el panorama anterior, se hace necesario implementar acciones de base comunitaria que propendan por el mejoramiento de la calidad de vida de este grupo poblacional, utilizando las acciones de educación para la salud con enfoque diferencial como un medio de transformación de sus realidades; dicho enfoque permite fortalecer la identidad indígena, alienta a las personas a que se involucren con la comunidad, al integrar conceptos y temas desde su cosmovisión, mitos, rituales, diversidades y costumbres haciendo que el conocimiento local se involucre, dando así pasos hacia estrategias sostenibles y aplicables al entorno y a sus realidades (12).

Es así como el presente estudio pretende abordar una manera de trabajo con las comunidades indígenas para mejorar sus condiciones de salud y nutrición.

METODOLOGÍA

Se realizó un proceso en el marco de la Investigación-Acción-Participación, teniendo en cuenta los modelos propuestos por Goyette y Lessard-Hérbert, Susman y Evered (13) y Bosco Pinto (14); que buscó aportar elementos para la transformación de las condiciones de salud y nutrición de las niñas y niños del departamento de Chocó, el cual se llevó a cabo desde diciembre de 2010 a abril de 2013, en diferentes fases que fueron desarrolladas sin interrupciones en el tiempo, tal y como se describen continuación:

1) Diagnóstico-exploración

Para determinar los conocimientos y las prácticas de las comunidades indígenas en relación con la seguridad alimentaria y nutricional, se realizaron diversos momentos de conversación, llamados “Encuentros de saberes”, divididos en seis grupos

diferentes con hombres y mujeres líderes en salud (jaibanás, tongueros, yerbateros, docentes, parteras) y familias de Chocó así:

- Tres grupos distribuidos así: 10 representantes de autoridades étnico-territoriales, 30 hombres y 45 mujeres líderes de las comunidades indígenas (Embera Katío, Dóbida, Chamí y Waunaán).
- Encuentro con familias indígenas distribuidas en tres grupos así: 20 hombres y 20 mujeres, 60 niñas y niños.

Los encuentros se realizaron en el periodo comprendido entre diciembre de 2010 y mayo de 2011, utilizando diversas técnicas de recolección de la información adaptadas a las características propias de las comunidades indígenas, lo que fomentó su participación activa, entre las que se destacan: presentación de imágenes (fotografías reales y animadas), historias (asociadas a la dinámica y realidad de las comunidades), ejercicios vivenciales, mapas comunitarios, lluvia de ideas, juegos, narración oral (historias, mitos, leyendas y juegos de la región), para trabajar los temas y finalmente se promovía la conversación a través de la pregunta orientadora: ¿Qué están haciendo?

2) Realización de acciones

Los encuentros de saberes se constituyeron en un insumo para identificar las estrategias de educación pertinentes para realizar el trabajo con las comunidades indígenas, es así como a partir de lo que las comunidades propusieron para trabajar las temáticas de salud y nutrición, se realizó la adaptación de la metodología niño a niño (15, 16) logrando establecer una ruta para la construcción de un proceso educativo a través de tres pasos:

- Conocer el tema: comprender la situación que se quiere trabajar.
- Qué hacer: propuestas para trabajar la situación y superar el problema.
- Seguimos cuidando: invitación a realizar

actividades, revisar cómo vamos y mejorar.

De igual manera, se elaboraron participativamente materiales educativos de apoyo para trabajar con sus respectivas comunidades los temas abordados.

La realización de acciones se llevó a cabo en el periodo comprendido entre junio de 2011 y enero de 2012, utilizando como técnica los talleres participativos, con un grupo de 20 líderes indígenas en salud, quienes habían participado en la fase inicial.

Finalmente se elaboraron unos modelos de la cartilla y de los materiales educativos, que posteriormente en sesiones grupales de trabajo se presentaron a la comunidad para su validación, utilizando actividades grupales en las que se recogieron las percepciones relacionadas con los mismos. Esta fase se realizó con el mismo grupo poblacional durante el periodo de enero a septiembre de 2012, utilizando como técnica de recolección de información los grupos focales.

3) Programación-acción

Una vez realizados los ajustes propuestos, se generó la versión final de la cartilla “Seres de cuidado” y un morral con 21 piezas educativas que fueron utilizados por el grupo de líderes indígenas para el trabajo con sus respectivas comunidades. La acción se implementó durante los meses de octubre de 2012 a abril de 2013.

Las personas participantes fueron contactadas a través de convocatoria directa realizada por los líderes en salud, se les explicó los objetivos del proceso y los resultados esperados. A cada grupo se le solicitó de manera verbal el consentimiento informado para participar, grabar los encuentros, talleres y grupos focales, tomar fotografías, entre otros, respetando las normas de investigación en sujetos humanos estipuladas por la Declaración de Helsinki II y la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia por la cual

se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Una vez obtenida toda la información se realizó la transcripción y análisis de la misma.

RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados de acuerdo a los tres momentos propuestos desde la metodología. Se integran los pasos 1 y 2 con el propósito de facilitar la visibilización del proceso llevado a cabo.

Diagnóstico-exploración y realización de acciones

En los encuentros de saberes se abordaron las siguientes temáticas relacionadas con la salud y la seguridad alimentaria y nutricional: cuidados durante la gestación y el parto, lactancia materna, alimentación complementaria, vacunación, cuidado de niñas y niños, espacios de juego, manipulación de alimentos, lavado de manos, agua segura, manejo de excretas, vectores y plagas y accidentes en el hogar. Posteriormente las comunidades realizaron sus aportes y sugerencias de acuerdo a los pasos propuestos en la metodología adaptada niño a niño.

Cuidados durante la gestación y el parto. La partería es una práctica tradicional de las comunidades indígenas y es transmitida de generación en generación. Son las parteras quienes realizan seguimiento y control a las gestantes, quienes no asisten a controles prenatales desde la “medicina occidental”, debido a barreras geográficas y económicas para acceder a los centros de salud. Asimismo refieren barreras culturales –en su mayoría los controles son realizados por médicos hombres quienes utilizan métodos invasivos que las hacen sentir violentadas– y no reciben ninguna explicación a la entrega de medicamentos y realización de procedimientos.

Las mujeres le tienen miedo al control prenatal, porque los doctores les mandan quitar la ropa interior para revisarlas, examinarlas, aun las vacunas también incomodan, el cuerpo es sagrado, ella es descubierta arriba, pero donde está la paruma ese cuerpo ni siquiera el marido lo conoce. (mujer Embera Katío)

Solo se asiste a los centros de salud en caso de que la gestante presente complicaciones durante el parto; “cuando revisé la placenta y me di cuenta que no salió toda, por dentro quedó un pedacito y por eso la remití al hospital” (partera Embera Katío).

Para la situación identificada las comunidades propusieron:

- Conocer el tema: abordar el conocimiento de los cambios físicos y emocionales presentados durante el embarazo.
- Qué hacer: mejorar las redes de apoyo para los cuidados a la gestante y realizar controles prenatales ya sea por profesionales del sistema de salud o de la medicina tradicional, parteras.
- Seguimos cuidando: realizar un plan de actividades con el grupo para ejecutar acciones tendientes a mejorar las condiciones de salud de las gestantes.

Para apoyar el trabajo de esta propuesta en las comunidades, se planteó la elaboración de un material educativo consistente en un rotafolio llamado “Porque te quiero te apoyo”, el cual se diseñó con el fin de permitir a las comunidades conocer cómo y quiénes pueden apoyar a las madres gestantes y lactantes.

Lactancia materna exclusiva los seis primeros meses. Niñas y niños son amamantados, pero no de manera exclusiva; reciben otro tipo de alimentos, como caldos, sopas y agua azucarada, incluso desde las primeras horas de nacidos. “Desde pequeños los niños reciben de todo lo que uno les da, cuando el niño hace mala cara a algún alimento

que se le da a probar entonces uno no les da más de ese alimento” (mujer Embera Chamí).

También comentan: “A los niños se le da plátano en polvo bien molidito en colada y chicha que no es amarga, es dulce” (mujer Embera Dóbida). En ocasiones la lactancia empieza hasta una semana después del nacimiento: “si a la mamá, no le baja la leche se le da la colada de cualquier tipo de banano, porque si no da la leche con qué se va a sostener” (hombre Waunaán); en este sentido tienen la creencia de que “el calostro no se debe dar, porque esa leche es mala y hay que exprimirla y botarla, porque es amarilla” (mujer Embera Dóbida). La práctica del amamantamiento es realizada a libre demanda y hasta pasados los dos años de edad. No se realiza extracción de la leche materna porque no tienen dónde almacenarla.

Para el tema plantean:

- Conocer el tema: identificar la importancia de iniciar la lactancia materna inmediatamente después del parto, incluyendo el calostro.
- Qué hacer: motivar la lactancia materna como una práctica de la gestante y su familia.
- Seguirnos cuidando: crear redes de apoyo familiar, comunitario y de personal de salud.

Para trabajar la lactancia materna como una fuente de alimento y afecto se propuso la elaboración de un rompecabezas denominado “La otra cara”.

Alimentación complementaria. Las familias dan alimentos diferentes a la leche materna antes de los seis meses de edad: “el niño recibe comida completa a los cuatro meses o antes, a partir de esta edad se le da lo que tengan en la casa, le dan huevos y chicha, o si una cosa no les gusta no se le da, algunas veces no les gusta porque lo vomitan” (mujer Embera Katío); acostumbran a dar otras comidas cinco días después del nacimiento de los bebés.

Para trabajar el tema sugieren:

- Conocer el tema: identificar los alimentos requeridos de acuerdo a la edad.
- Qué hacer: se propuso una guía de alimentación de acuerdo a la disponibilidad de la zona y se enfatizó en la participación de la familia en la alimentación con afecto.
- Seguirnos cuidando: motivar la alimentación complementaria y revisar las mejores formas de ofrecer alimentación de acuerdo a la edad y disponibilidad.

Para identificar qué alimento es el adecuado de acuerdo a la edad de niñas y niños, se creó un material didáctico, un cubo denominado “Cada alimento en su momento”.

Vacunación. Las niñas y los niños son vacunados cuando llegan las brigadas, pero estas no son periódicas, se encuentran niñas y niños que no han recibido ninguna vacuna debido a la falta de dinero para el desplazamiento a los centros de salud:

[...] se vacunan solo cuando las vacunas llegan a la comunidad porque no hay plata para llevarlos a hospitales, entonces cuando van a la comunidad ellas quieren ponerle tres o cuatro, pero yo solo les dejo colocar dos, porque se han muerto niños por ponerle tres vacunas. (mujer Katío)

Para el tema refieren:

- Conocer el tema: comprender el mecanismo de acción de las vacunas en el cuerpo y cómo estas son una forma de defenderse ante las enfermedades inmunoprevenibles.
- Qué hacer: permitir la vacunación, establecer comunicación con los equipos de salud, para programar jornadas de vacunación y conservar en buen estado el carné.
- Seguirnos cuidando: organizar jornadas de vacunación según necesite la comunidad, evaluar cómo resultaron y programar la siguiente jornada.

Para el tema se propuso un material llamado “Vacunas inolvidables”, el cual les permite saber que las vacunas son un recuerdo que se aplica en el cuerpo de una persona para que cuando llegue el microorganismo, lo reconozca y sepa cómo defenderse.

Cuidados y tratamiento a niñas y niños, en especial, durante las enfermedades. Brindan cuidados con base en conocimientos y prácticas tradicionales: “existen tres clases de enfermedades: la enfermedad occidental, la enfermedad de los indígenas y luego enfermedad natural. Antes de llevar al médico occidental cuando se enferma un niño llevamos a Jaibaná y Yerbatero y si no, a medico occidental” (hombre Embera Chamí). No suelen asistir a servicios de salud debido a diferentes tipos de barreras tales como: geográficas debido a las largas distancias, económicas dadas por la falta de dinero para desplazarse, institucionales relacionadas con la mala calidad de la atención y, en algunas ocasiones, el maltrato por parte de quienes les atienden. Existen, además, otras barreras que dificultan el acceso a los servicios de salud: la mayoría de la población indígena no habla español y en los centros de salud no hay intérpretes; en varias ocasiones, tampoco cuentan con la documentación necesaria (el carné de salud y el registro civil). Las principales enfermedades y problemas que afectan la salud de niñas y niños son: diarrea, gripas, paludismo, tuberculosis y desnutrición.

Para abordarlo proponen:

- Conocer el tema: identificar la manera de atender a niñas y niños durante la enfermedad, considerando el afecto como forma de proteger y cuidar.
- Qué hacer: organizar a la familia y comunidad para crear redes de apoyo para el cuidado de niñas y niños durante la enfermedad, que permita identificar señales de alarma y manejo de la enfermedad.

- Seguimos cuidando: motivar el cuidado y expresar el afecto a niñas y niños permanentemente.

Para este tema se planteó un material que fomente el afecto y cuidado a niñas y niños: “El manto del afecto”.

Espacios de juego y aprendizaje con niñas y niños. Los juegos están relacionados con imitar las actividades de madre y padre: “nosotros con el niño usamos el canasto, hacemos muñequitos con paruma y se envuelven y cuelgan en la espalda, niño y niña así juegan, con canasto se llena y carga y van jugando” (hombre Embera Katío); también comentan: “las mamás juegan siempre con ellos enseñando cómo cargar palitos, cortar leña, cargar canastos, cargar plátanos, cocinar, arreglar la cocina” (hombre Embera Dóbida); también repiten los comportamientos de los animales y sus juguetes son extraídos de la naturaleza.

Sugieren:

- Conocer el tema: identificar el juego como una vía mediante la cual niñas y niños exploran el mundo, lo conocen y aprenden de él.
- Qué hacer: fomentar el juego en las familias con los recursos con los que se cuente, como una forma de expresar afecto y rescatar los juegos ancestrales y la tradición oral.
- Seguimos cuidando: establecer espacios permanentes de juego en la familia y la comunidad.

Para promover el juego en las familias se diseñó el material “A que te cazo ratón”.

Manipulación, conservación y consumo de los alimentos. La conservación de los alimentos se realiza en baldes, ollas, paquetes, canastos, botellas, cajones y en el piso: “la papa, la yuca, el plátano se guardan en un canasto o se dejan en un rincón al lado del fogón en el piso, el arroz y la panela en baldes” (mujer Embera Dóbida); por

otra parte, salan el pescado y ahúman la carne, no utilizan mesas. Habitualmente no se lavan las manos antes de preparar los alimentos. Cocinan todos los días arroz y plátano para el desayuno, almuerzo y comida, las pocas frutas que consumen las toman directamente de los árboles, no ingieren verduras, usan plantas aromáticas. Ocasionalmente consumen pescado y carne de monte, cuando logran adquirirlos, “desde que empezó la violencia todo el alimento se ha acabado, en la comunidad ya no se consigue carne de monte” (indígena), dado que han escaseado por la situación de orden público, la minería y la maquinaria que ha entrado a la zona, la producción de alimentos se ha disminuido considerablemente.

Para trabajar este tema propusieron:

- Conocer el tema: identificar las prácticas adecuadas para la manipulación, conservación y consumo de los alimentos.
- Qué hacer: promover la cosecha de alimentos para el autoconsumo, las huertas caseras, intercambiar productos y semillas, recuperar formas tradicionales de producción y siembra, adecuar los espacios en la vivienda para conservar adecuadamente los alimentos.
- Seguimos cuidando: motivar a las familias y comunidades para mantener las huertas como una fuente de alimentos.

Para trabajar este tema se creó el rotafolio “Comida segura”, el cual les permite identificar que la seguridad a la hora de comer tiene que ver con la cantidad, la frescura, la limpieza y el valor nutricional del alimento.

Lavado de manos. No es una práctica común lavarse las manos, además refieren dificultades económicas para adquirir el jabón; “no todas las veces se lavan las manos, los que tienen utilizan jabón, la gente hace chichí y popó se limpia y ya, por eso hacen popó en el río” (mujer Embera Dóbida).

Para abordarlo sugieren:

- Conocer el tema: reconocer todas las actividades que realizamos cotidianamente con las manos y por tanto estas se pueden convertir en un medio para adquirir enfermedades.
- Qué hacer: identificar la manera de realizar un correcto lavado de manos, los momentos clave para hacerlo y las alternativas para elaborar lavamanos en las viviendas.
- Seguimos cuidando: incentivar a las personas integrantes de las familias a convertir el lavado de manos en una rutina.

El material propuesto “Manojo de guantes”, se orienta a fortalecer la práctica del lavado de manos como una forma de protección de enfermedades.

Agua segura para consumo y aseo personal. Las fuentes de agua son la lluvia, los ríos, las quebradas y los nacimientos: “tomamos el agua de lluvia, la almacenamos en tanques y esa es la que tomamos” (mujer Waunaán). Entre los principales motivos que impiden tener agua apta para consumo se encuentran: la contaminación excesiva de las fuentes de agua producida por excretas, basuras, cadáveres de animales y de personas, producto del conflicto armado; desechos generados por la instalación de los campamentos del Ejército y grupos armados ilegales en los nacimientos de los ríos y por la explotación minera: “como hay tanta violencia y como matan tanta gente en el campo por allá, entonces dizque al llover como se queda ese coso pudriéndose por ahí, entonces esa agua no es buena” (indígena). Desconocen, además, métodos como la cloración y el hervido, no almacenan el agua de manera adecuada y, cuando se les ha hecho entrega de filtros, no han recibido la capacitación correspondiente para su correcto uso y mantenimiento: “el filtro tiene una arenita que no se consigue, entonces quedamos en la misma” (líder indígena).

En cuanto a la temática aluden:

- Conocer el tema: indagar sobre las fuentes, el almacenamiento y tratamiento de agua y las enfermedades que se pueden presentar por el consumo de agua contaminada.
- Qué hacer: implementar medidas de tratamiento, conservación y protección de las fuentes de agua.
- Seguimos cuidando: incentivar como prácticas cotidianas en la familia y comunidad la conservación de las fuentes hídricas y el tratamiento y conservación del agua.

Se sugirió el material “Acercamientos” que permite reflexionar y conversar referente a la importancia del agua segura.

Excretas, aguas residuales y residuos sólidos. En cuanto a la disposición de basuras la mayoría las arrojan al río y una minoría las quema, entierra o elabora abono. Hacen sus necesidades fisiológicas en el río y arrojan las aguas residuales detrás de la vivienda: “la necesidad fisiológica es en el río, claro que crece el río, listo limpiará, pero cuando no crece, se consume esa agua, entonces no es segura el agua que consumimos” (hombre Embera).

Al respecto indican:

- Conocer el tema: visibilizar los elementos alrededor de la vivienda que pueden convertirse en factores de riesgo para la salud.
- Qué hacer: organizar a las familias y comunidad para el adecuado manejo de las basuras, malezas, excretas y aguas residuales; se motiva la elaboración de abono, reciclaje y letrinas.
- Seguimos cuidando: realizar constantemente jornadas de limpieza y continuar con la práctica de reciclar y abonar.

Con el material educativo “Tablero magnético” se propició la conversación para poner en práctica los temas abordados, identificando la importancia

de hacer de la vivienda y la comunidad un lugar agradable.

Vectores y plagas. En las viviendas se encuentran cucarachas, moscas y ratones. Reconocen que son plagas, que contaminan los alimentos y que causan enfermedades; en algunos casos, las ratas han lastimado a niñas y niños. Identifican focos de infección como el río contaminado, las basuras, los plásticos, los excrementos y los cadáveres de animales y personas que bajan por el río, también dicen que padecen o han padecido leishmaniasis y paludismo: “el zancudo crece en pozos, a mí me dio dos veces, con dolor de cabeza y mucha fiebre, casi me muero y mi hijo también” (mujer Embera).

Para trabajarlo sugieren:

- Conocer el tema: reconocer que el desaseo en el hogar y la comunidad es un factor que promueve la aparición de vectores que transmiten enfermedades.
- Qué hacer: mantener la vivienda limpia, controlar los criaderos de vectores y recuperar las formas tradicionales de control de plagas.
- Seguimos cuidando: organizar grupos en las comunidades encargados de controlar los vectores.

Con el material “Todo se pega” se busca conversar sobre todo lo que transportan y transmiten los vectores.

Accidentes en el hogar y su entorno. Los accidentes más frecuentes entre las niñas y los niños son: fracturas, laceraciones, quemaduras, cortadas, picaduras y mordeduras de animales, accidentes de tránsito, ahogamiento e intoxicaciones. Por otra parte, dado que la cocina y el fogón se encuentran en el piso, también se constituyen en un riesgo para quemaduras, como se describe a continuación:

[...] los niños se caen del tambo al suelo y se rompen los huesos, se queman con tizón, chicha

o manteca caliente, cuando la mamá se descuida se caen a la olla caliente, también cogen escorpión, arañas porque los niños no saben. (hombre Embera Dóbida)

Sobre el tema proponen:

- Conocer el tema: reconocer los elementos que se encuentran en la vivienda y el entorno que pueden generar accidentes en el hogar.
- Qué hacer: implementar y organizar acciones preventivas en el hogar y en las comunidades.
- Seguirnos cuidando: se sugiere elaborar propuestas de prevención en las comunidades de acuerdo a las experiencias propias.

Para este tema se construyeron dos materiales, “Toca-toca” y “Cuidar el fuego”, para identificar los cuidados que se deben tener en la vivienda y su entorno.

En un segundo momento, posterior a la construcción de las propuestas dadas por las comunidades, se realizó un proceso de entrega y validación de la cartilla y los materiales educativos. Es así como, a través de las respuestas de los grupos focales se logró identificar la apropiación, aceptación y sugerencias de líderes indígenas en salud y con base en estas se realizaron ajustes para su edición final.

Programación-acción

Una vez los líderes indígenas en salud participaron en los talleres, se desplazaron a sus comunidades donde iniciaron la implementación de la estrategia “Seres de cuidado” a través del proceso educativo, utilizando para ello la cartilla y sus materiales.

Los líderes realizaron un primer ejercicio de presentación del trabajo con sus comunidades, donde se establecieron acuerdos sobre las prácticas clave a intervenir según sus realidades, haciendo énfasis en la necesidad del trabajo colectivo para

lograr modificar favorablemente las condiciones y además apropiarse de las propuestas. En este sentido, como mecanismo de control comunitario, se encontró que en algunas comunidades los gobernadores establecieron los temas y acciones propuestas de obligatorio cumplimiento en sus reglamentos internos. “El cabildo y la comunidad decidieron conformar un equipo de producción, salud, educación, recreación y deportes y cultura, con el fin de que anime a las comunidades, para no perder lo que se consiguió” (Unión Waunaán).

En la implementación del proceso educativo se llevó a cabo un seguimiento para determinar la evolución de los temas tratados; es así como se identificaron cambios positivos desde los testimonios dados por las personas participantes, donde expresan las modificaciones implementadas en sus comunidades, en relación con los comportamientos promovidos, entre estos se mencionan algunos como: “Ellos van a jugar o a andar por ahí y cada vez que llegan a la casa piden comida y toca decirles que se laven las manos antes de comer” (mujer, Unión Waimia). “Las basuras las echamos en la compostera de abono. Estamos haciendo esa práctica. Creo que estamos mejorando y mejoramos mucho, porque yo veo que un niño no está como antes, sino que cambió” (hombre Tarena Central).

En general, se evidencia que las prácticas clave más trabajadas son: agua segura principalmente para las niñas y los niños a través del hervido del agua y la utilización del filtro, vivienda libre de riesgos, limpieza en el entorno y vacunación.

Nos han dado capacitación de salud, enseñaron a las mujeres que al preparar los alimentos y antes de comer, se deben lavar bien las manos y enseñar a los niños para que se eviten enfermedades. Hay que mantener bien la casa, lavar bien la ropa y mantener limpio el piso. Usar agua hervida para que no dé diarrea. (mujer Comunidad “El 18”)

DISCUSIÓN

Al indagar los elementos abordados en el presente estudio, se identifica poca literatura en el área específica con población indígena; sin embargo, en cuanto al consumo de alimentos se hallan situaciones similares por parte de las comunidades indígenas otomíes en México, que presentan condiciones económicas difíciles en cuanto a acceso y productividad de la tierra (17). Referente a la dieta, se encuentran similitudes en Perú donde en vez de plátano y arroz como en Chocó, la dieta se basa en yuca y plátanos y escasos alimentos de origen animal (18).

Los pueblos indígenas han modificado sus tradiciones por problemas ambientales disminuyendo la caza, pesca y recolección de alimentos al igual que lo reportado en Perú (19). La compleja situación social y política en las que se encuentran inmersas las comunidades indígenas, son mencionadas también en México (20), las cuales afectan directamente la dieta diaria.

Los estudios sobre el estado nutricional de indígenas emberas y tules (21, 22) demuestran un sinnúmero de factores que afectan la seguridad alimentaria de las comunidades, tales como los hábitos alimentarios, carencia de tierras fértiles, dificultades con la caza y pesca, elementos concordantes con lo encontrado en las comunidades del departamento de Chocó que participaron en este estudio.

Por otra parte, se han realizado diversos estudios y trabajos para conocer las realidades de las comunidades indígenas en los temas de salud (23-28), en sus prácticas, cosmovisión, tratamiento de enfermedades, entre otras. La situación encontrada en relación con las barreras de acceso a los servicios de salud (distancias, escasez de transporte), culturales (diferencia

de lenguas), económicas (precios de consultas, medicamentos, desplazamientos, entre otros) de las poblaciones indígenas del departamento de Chocó, han sido reportadas en otros escenarios, como México y Guatemala (29, 30), en donde se encontraron dificultades percibidas por la comunidad indígena para el uso de los servicios de salud por el desconocimiento de las características diferenciales, que los grupos étnicos tienen en el proceso salud, enfermedad y atención.

Es así como, las condiciones de inequidad identificadas en el presente estudio ponen sobre la mesa la importancia de reorientar las políticas y programas que tomen en consideración las realidades, características, tradiciones y necesidades de las comunidades indígenas (31).

CONCLUSIONES

Realizar procesos de investigación-acción en comunidades indígenas del departamento de Chocó, permitió poner en evidencia sus realidades, percepciones y necesidades frente a su situación de salud y nutrición. De igual manera, el abordaje metodológico utilizado contribuyó a la participación activa de los miembros de las comunidades, mujeres, hombres, niñas y niños permitiendo así la apropiación e identificación de los mismos en lo trabajado.

El incluir a las comunidades durante el proceso, generó que las estrategias educativas utilizadas y los materiales tuvieron mayor aceptación, dado que finalmente fueron diseñados y elaborados con y para ellos, lo que a su vez permitió la apropiación y afianzamiento de las acciones contribuyendo a generar estrategias que permitan la sostenibilidad de las mismas en las comunidades, aportando al mejoramiento de sus condiciones de salud y nutrición.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud y Gobernación del Chocó. Indicadores básicos en salud, Chocó [Internet]. 2008 [citado 20 Sept 2012]. Disponible en: http://new.paho.org/col/index.php?option=com_joomlabook&Itemid=259&task=display&id=104
2. Consejo Nacional de Política Económica y Social, República de Colombia. CONPES 3553 de 2008, “Política de promoción social y económica para el departamento del Chocó”. Departamento Nacional de Planeación (DNP).
3. Colombia una nación multicultural. Su diversidad étnica. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE), Dirección de Censos y Demografía; 2007.
4. Resoluciones de constitución y ampliación de resguardos, Departamento del Chocó. Asociación de cabildos indígenas del Chocó Orewa [Internet]. 2009 [citado 8 May 2013]. Disponible en: http://choco.org/index.php?option=com_content&view=article&id=48:asociacion-de-cabildos-indigenas-del-choco-orewa&catid=39:informativo-choco&Itemid=70
5. Fondo fiduciario PNUD-España para el logro de los ODM: Las comunidades indígenas y afrocolombianas promueven su seguridad alimentaria y nutricional, Ventana de seguridad alimentaria y nutrición [Internet]. 2009 [citado 8 May 2013]. Disponible en: http://www.pnud.org.co/img_upload/36353463616361636163616361636163/72828__MDGF_SEGURIDAD_ALIMENTARIA_CHOCO.pdf
6. Cálculos de MERPD con base en encuestas de hogar del DANE [Internet]. [citado 8 May 2013]. Disponible en: [https://www.dnp.gov.co/Portals/0/archivos/documentos/DDS/Pobreza/En_Que_Vamos/Cuantos_son_los%20pobres_\(DEF2\).pdf](https://www.dnp.gov.co/Portals/0/archivos/documentos/DDS/Pobreza/En_Que_Vamos/Cuantos_son_los%20pobres_(DEF2).pdf)
7. Flórez J, Millán D. Derecho a la alimentación y al territorio en el Pacífico colombiano [Internet]. 2007 [citado 8 May 2013]. Disponible en: http://www.africafundacion.org/africaI+D2008/archivos/INFORME_LIBRO_DD_ALIMENTACION.pdf
8. Indicadores del Chocó frente al Censo, 2005 [Internet]. Disponible en: www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/dane/choco_indica.pdf
9. Piñeros M, Ruiz M. Aspectos demográficos en comunidades indígenas de tres regiones de Colombia. *Salud Pública de México*. 1998;40(4):324-329.
10. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores básicos en Salud 2007, Chocó [Internet]. Disponible en: http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=270:indicadores-basicos-en-salud-de-choco-2007&catid=687&Itemid=361
11. Situación de Salud de Colombia. Indicadores básicos 2003-2007. Ministerio de la Protección Social, DANE.
12. Gow, D. Replanteando el desarrollo: Modernidad indígena e imaginación moral. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario; 2010. p. 157-178.
13. Abad E, Delgado P, Cabrero J. La investigación-acción-participativa: Una forma de investigar en la práctica enfermera. *Invest. educ. enferm.* [Internet]. 2010 [citado 21 May 2013];28(3):464-474. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072010000300017&lng=en
14. Bosco J. Investigación – Acción. Facultad de Desarrollo Familiar, Universidad de Caldas, Manizales; 1987.
15. Gibbs S, Mann G, Mathers N. Child-to-child: A practical guide. Empowering children as active citizens [Internet]. 2002 [citado Feb 2012]. Disponible en: www.child-to-child.org
16. Mantilla L. Niño a niño. Una forma diferente de realizar acciones de promoción de la salud con

- niñas, niños y jóvenes. Reseña elaborada para el taller en metodología niño a niño del Primer congreso Internacional, Tercer Congreso Nacional (Proinapsa UIS 20 años). Bucaramanga, noviembre 2005.
17. Anderson R, Calvo J, Serrano G, Payne G. Estudio del estado de nutrición y los hábitos alimentarios de comunidades otomíes en el Valle del Mezquital de México. *Salud pública Méx.* [Internet]. 2009 [citado 2012 Junio 26];51(Suppl 4). Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009001000021&lng=en
 18. Huamán-Espino L, Valladares C. Estado nutricional y características del consumo alimentario de la población Aguaruna. Amazonas, Perú 2004. *Rev Perú Med Exp Salud Pública* [Internet]. 2006 [citado 26 Jun 2012];23(1). Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/texcom/nutricion/a03v23n1.pdf>
 19. Huamán-Espino E. Más allá de la estadística alimentaria y nutricional. Percepciones de un aguaruna con relación a la situación alimentaria de su pueblo. *Rev Perú Med Exp Salud Pública* [Internet]. 2006 [citado 26 Jun 2012];23(1). Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/texcom/nutricion/a12v23n1.pdf>
 20. Reyes I, Beutelspacher A, Estrada E, Mundo V. Alimentación y suficiencia energética en indígenas migrantes de los Altos de Chiapas, México. *ALAN* [Internet]. 2007 [citado 10 May 2013];57(2):155-162. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222007000200008&lng=es
 21. Rosique J, Restrepo M, Manjarrés L, Gálvez A, Santa J. Estado nutricional y hábitos alimentarios en indígenas embera de Colombia. *Rev. chil. nutr.* [Internet]. 2010 [citado 3 Jul 2012];37(3). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182010000300002&lng=es
 22. Carmona J, Correa A, Alcaraz G. Población, alimentación y estado nutricional entre los tules (kunas) del resguardo Caimán Nuevo (Turbo y Necoclí; Antioquia, Colombia), 2003-2004. *IATREIA* [Internet]. 2005 [citado 3 Jul 2012];18(3). Disponible en: <http://www.iatreia.udea.edu.co/index.php/iatreia/article/view/165/128>
 23. Durán V. Cuerpo y educación en la cultura Wayúu. *Revista Educación Física y Deporte.* 2010;29(2):239-252.
 24. Díaz O, Callejas M, Camargo P, Correal I, Cruz F, Hernández A, Reina L, Reina S, Rotavista J, Zamudio A, Pacheco A. Cosmovisión ancestral y comprensión de los conceptos salud, cuidado y enfermería en habitantes del resguardo muisca de Chía, 2010. *Revista Colombiana de Enfermería.* 2011;VI(6):35-46.
 25. Alcaraz López GM, Yagarí Tascón L. La concepción de la curación chamánica entre los indígenas embera de Colombia: un proceso de comunicación socio-cultural y fisiológico. *Invest. Educ. Enferm.* 2003;21(2):60-78.
 26. Díaz A, Pérez V, González C, Simón J. Conceptos de enfermedad y sanación en la cosmovisión mapuche e impacto de la cultura occidental. *Ciencia y Enfermería.* 2004;X(1):9-16.
 27. Arias MM. Experiencia de interacción en trabajo de campo en una zona rural colombiana. *Invest Educ Enferm.* 2010;29(1):126-130.
 28. Clavijo C. Sistemas médicos tradicionales en la Amazonia nororiental: salud y saberes alternativos. *Iatreia.* 2011;24(1):5-15.
 29. Montero E. Percepción de los habitantes indígenas de áreas rurales respecto al primer nivel de atención médica: el caso del sureste de Veracruz, México. *Salud Colectiva* [Internet]. 2011 [citado 24 Abr 2012];7(1):73-86. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652011000100006&lng=en

30. Hautecoeur M, Zunzunegui MV, Vissandjee B. Las barreras de acceso a los servicios de salud en la población indígena de Rabinal en Guatemala. *Salud pública Méx.* [Internet]. 2007 [citado 24 Abr 2012];49(2):86-93. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000200003&lng=en
31. Torres C. Descendientes de africanos en la Región de las Américas y equidad en materia de salud. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2002 [citado 24 Abr 2012];11(5-6):471-479. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000500027&lng=pt

MITIGAR CONSECUENCIAS DEL CALENTAMIENTO GLOBAL Y EFECTO INVERNADERO: REFLEXIONES PARA LA FORMACIÓN EN SALUD

*Marina Sánchez Sanabria**
*Mariemma Socarrás Vega***
*Francia Esther Herrera****
*Lina Tatiana Marín Picón*****
*Diomedes Artunes Noriega Galindo******

Recibido en junio 26 de 2013, aceptado en septiembre 23 de 2013

Citar este artículo así:

Sánchez M, Socarrás M, Herrera FE, Marín LT, Noriega DA. Mitigar consecuencias del calentamiento global y efecto invernadero: reflexiones para la formación en salud. *Hacia promoc. salud.* 2013; 18(2):110-122.

Resumen

Objetivo: Reflexionar sobre el conocimiento comunitario frente a las medidas que adoptan ante los efectos del calentamiento global, asumiendo el rol de la responsabilidad social como institución formadora en salud. **Material y Método:** Investigación cualitativa etnográfica; el número de participantes fue intencional, 20 familias participantes (una por barrio), toda vez cumplieran los criterios de suficiencia y profundidad en el análisis inductivo de información, obtenida con entrevista a profundidad y guía de observación no participante, soportados con referentes conceptuales de la relación sociedad y salud, bioética ambiental y teorías de educación ambiental. **Resultados:** Se develaron categorías relacionados a estilos de vida que adoptan, no pertinentes para el cuidado preventivo y la respuesta social institucional para la gestión de estrategias pertinentes, correspondiendo a una adopción inminente no pertinente de modos de vida saludables y medidas protectoras específicas. **Conclusión:** Incluir esta temática en contenidos curriculares de Enfermería y proponer un trabajo incluyente interdisciplinar e intersectorial para el trabajo comunitario con la búsqueda de nuevos modos de cuidados, entornos naturales saludables y manejo bioético requerido.

Palabras clave

Cambio climático, responsabilidad social, salud ambiental, bioética (*fuentes: DeCS, BIREME*).

* Enfermera. Magíster en Salud Pública. Ph.D. en Ciencias de la Educación. Grupo de Investigación: Control de Calidad de los Procesos en Salud. Universidad Popular del Cesar. Valledupar, Colombia. Autor para correspondencia. Correos electrónicos: marinasanchez@unicesar.edu.co, macris01co@hotmail.com

** Enfermera. Magíster en Materno Infantil. Ph.D. en Ciencias de la Educación. Grupo de Investigación: Control de Calidad de los Procesos en Salud. Universidad Popular del Cesar. Valledupar, Colombia.

*** Enfermera. Ph.D. en Ciencias de la Educación. Grupo de Investigación: Control de Calidad de los Procesos en Salud. Universidad Popular del Cesar. Valledupar, Colombia.

**** Enfermera. Universidad Popular del Cesar. Valledupar, Colombia.

***** Enfermero. Universidad Popular del Cesar. Valledupar, Colombia.

TO MITIGATE EFFECTS OF GLOBAL WARMING AND GREENHOUSE EFFECT: REFLECTIONS FOR TRAINING IN HEALTH

Abstract

Objective: To reflect on community knowledge before measures adopted to global warming effects, assuming the social responsibility role as a health training institution. **Method and Material:** Qualitative ethnographic research, with intentional number of participants, 20 participating families (1 per neighborhood), provided they fulfilled the sufficiency and depth criteria in the information inductive analysis which was obtained through in-depth interviews and non-participant observation guide, supported by conceptual referents of the society and health, environmental bioethics, and environmental education theories relationships. **Results:** categories related to lifestyles they adopt were unveiled which are not relevant to preventive care, and the social institutional response for pertinent management, corresponding to an irrelevant imminent adoption of healthy lifestyles and specific protective measures. **Conclusion:** Including this issue in the Nursing Program curriculum content and proposing an inclusive interdisciplinary and cross-sectoral work for community work by finding new care ways, healthy natural environments and bioethical management required.

Key words

Climate change, social responsibility, environmental health, bioethics (*source: DeCS, BIREME*).

MITIGAR OS EFEITOS DO AQUECIMENTO GLOBAL E DO EFEITO ESTUFA: REFLEXÕES PARA A FORMAÇÃO EM SAÚDE

Resumo

Objetivo: Refletir sobre o conhecimento da comunidade contra as medidas que tomem para os efeitos do aquecimento global, assumindo o papel de responsabilidade social na instituição de formação em saúde. **Métodos:** Pesquisa etnográfica qualitativa, o número de participantes foi intencional, 20 famílias participantes (uma por trimestre), uma vez que preenchiam os critérios de suficiência e profundidade de análise indutiva das informações obtidas entrevistas em profundidade e guia de observação participante custeadas com referenciais conceituais relações da sociedade e da saúde e bioética ambientais teorias da educação ambiental. **Resultados:** Foram reveladas categorias relacionadas ao estilo de vida incoerente adotar cuidados preventivos e de resposta social institucional para estratégias de gestão relevantes correspondentes a uma adoção iminente irrelevante de estilos de vida saudáveis e medidas de proteção específicas. **Conclusão:** Incluir esta questão no conteúdo curricular de enfermagem e propor um trabalho interdisciplinar e intersetorial, inclusive para o trabalho comunitário em encontrar novas maneiras de cuidar e ambientes naturais saudáveis e manipulação de bioética necessário.

Palavras chave

Cambio climático, responsabilidad social, salud ambiental, bioética (*fonte: DeCS, BIREME*).

INTRODUCCIÓN

El consumismo en el mundo se mantiene a un ritmo insostenible; que si sigue creciendo en sus necesidades, su dimensión sería de tres veces más que la vida del planeta por una gran influencia del mundo occidental (1); crisis ambiental que es resultado de la civilización contemporánea (2) que merece una revisión de la relación sociedad-naturaleza, enmarcada en el paradigma de la modernidad en un modelo dominante de crecimiento incontrolado, basado en la destrucción ilimitada de la naturaleza; observándose cómo la deforestación y el manejo inadecuado de la biodiversidad, coadyuvan a alteraciones en los ciclos de temperatura planetaria, produciendo lluvias y sequías en épocas no esperadas, entre otras situaciones.

Fenómeno innegable de lo cual dan fe las observaciones en incrementos de temperaturas globales medias del aire y océanos, la fusión generalizada de hielo y nieve y la subida media global del nivel del mar (3); siendo infructuosos los esfuerzos hasta ahora asumidos, pues se convierte en una siniestra amenaza futura, por ser una realidad cotidiana: cambios acelerados en el medio ambiente natural y humano al tiempo que existe desequilibrio en nuestro ecosistema y, por ende, a todas las especies (4).

El cuidado para la salud humana y la vida del planeta, no será asertivo si las personas del común no conocen y/o no adoptan medidas preventivas, o son indiferentes frente a la socialización del conocimiento para mitigar los efectos del cambio climático y efecto invernadero; aunque asuman la inmediatez como opción de sobrevivencia; “la velocidad no importa si vas en la dirección equivocada”, puesto que “solo podemos conseguir muy poco, pero juntos podemos lograr mucho” (5), representa la necesidad de aunar esfuerzos colectivos no solo para prevenir sino también para fomentar hábitos saludables con la naturaleza misma.

El cambio climático es “[...] un desafío mundial enorme y de largo plazo que plantea difíciles interrogantes en relación con la justicia y los derechos humanos, tanto en una generación como entre generaciones” (6). La habilidad humana para dar una respuesta a estos interrogantes, pone a prueba nuestra propia capacidad de manejar las consecuencias de nuestro accionar. El cambio climático peligroso es una amenaza, no un hecho inevitable de la vida (5). “Podemos enfrentar el cambio climático y eliminar la amenaza o, por el contrario, dejar que siga su curso hasta convertirse en una crisis mucho mayor para la reducción de la pobreza y las generaciones futuras” (5).

La necesidad de estar preparados para emergencias en casos de desastres naturales, es por ser intempestivos, dinámicos; abordando masivamente con programas educativos pertinentes y al nivel de organización comunitaria para asumir medidas preventivas acorde a sus diferentes etapas y a su misma dinámica (7).

Se considera que un calentamiento global promedio en la superficie terrestre superior a los 2°C provocará, muy probablemente, efectos irreversibles en los ecosistemas, y por ende en las sociedades humanas, incluyendo la economía y la salud; siendo arrollador cuando se presente en un futuro muy cercano, un incremento de temperatura media del planeta de por lo menos 0,2°C por década (8).

Cada persona, obliga a repensar que a medida que se entiendan las causas de la degradación medioambiental, se va dando conciencia en asumir la necesidad de un buen gobierno, pues sus acciones no solo deberán ser inmediatistas y/o de sobrevivencia, sino de adopción de estrategias sostenibles integradas que se potencian cuando cada ciudadano asume su responsabilidad compartida (9).

En el mundo, cada año arrojan a lagos, ríos y deltas, el equivalente al peso de la población mundial (7.000

millones de personas) en forma de contaminación, amenazando la calidad del agua de consumo y agravado por el aumento de población, que unido al cambio de temperatura, altera más el ciclo hidrológico global (10) requiriéndose un mayor acompañamiento interdisciplinar para abordar, entre otros aspectos, modos de vida y calidad de vida que van en contravía con la sostenibilidad. Implica que al asumir la responsabilidad social actores involucrados o no en la sostenibilidad del planeta y de la convivencia pacífica, desarrollen mecanismos de empoderamiento que van desde educar para la salud, formación científica, procesos de desarrollo comunitario proactivos, entre otros aspectos.

Por tanto, no se deben repetir debilidades pasadas, a cambio de desarrollar acciones y estrategias positivas, como asumir rol de abogacía, coimplicar responsabilidades de involucrados o no de las diversas situaciones, de instituciones y grupos de la sociedad civil; precisar competencias en la interdisciplinariedad, crear compromisos complementarios entre gobiernos y ciudadanía sin ser una visión inmediatista, con compromiso de los que la dirigen, asumir políticas y estrategias de organizaciones de manera internacional y con la necesidad de que estas organizaciones ejerzan su misión radical de protección, entre otros aspectos que dependen de la época y situaciones en que se requiera (10).

Ante esta realidad, existe dificultad, para la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio ante estas emergencias (11); por tanto es necesario reforzar, entre otros aspectos, a los sistemas de salud (4) y hacer visible la relación sociedad-ambiente para crear compromiso de responsabilidad ética con el medio ambiente (12); asumiendo la estrategia para renovar la Atención Primaria de Salud (13), que incluirá para interés del estudio:

Completar la implementación de la APS allí donde este proceso haya fallado

e incorporar la APS en una agenda más amplia de equidad y desarrollo humano, mediante la articulación de la renovación de la APS con los esfuerzos para fortalecer los sistemas de salud, promoviendo las mejoras sostenibles de la participación comunitaria y la colaboración intersectorial e invirtiendo en el desarrollo de los recursos humanos.

En Colombia por efecto invernadero, se registraron 1'170.480 personas afectadas y 549 municipios en 28 departamentos más el Distrito Capital de Bogotá, o sea el 52% del total del país afectado, 116 defunciones, 191 heridos y 20 desaparecidos, y un promedio de 1.654 viviendas destruidas y 196.062 averiadas; correspondiendo una parte al Caribe excepto La Guajira (1); siendo relevante la necesidad de precisar las relaciones determinantes que afectan el sistema-salud-sociedad, para abordar de manera coimplicada mediante la corresponsabilidad, manejo bioético necesario (14).

En una entrevista realizada en el año 2011 al coordinador de la Oficina de Atención y Prevención de Desastres del departamento del Cesar, afirma que en este departamento se presentó desbordamiento del río Cesar e inundaciones masivas, afectándose más: Chimichagua, Gamarra, Pelaya y La Gloria; contexto que llevó a los autores a comprender el conocimiento de las personas de los barrios mayormente vulnerables de la ciudad de Valledupar y de las medidas protectoras que asumen en su vida cotidiana para mitigar efectos adversos frente a las consecuencias del calentamiento global y fenómeno invernadero; aspectos que deben ser asumidos con responsabilidad social (15), para hacer una gestión integral del riesgo ambiental a nivel comunitario (16).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio cualitativo etnográfico (17) conformado por personas que comparten las mismas

determinantes de la salud: condiciones precarias y modos de vida no saludables, conformado por 4792 familias de 20 barrios más vulnerables; asumiendo una familia por vivienda, o sea que se configuraron 20 familias participantes (una por barrio) con disposición de trabajar en el estudio; utilizando técnica de muestreo “bola de nieve” (18), acorde a criterios establecidos como la libre participación, mayor de 18 años, indistinto su género, un adulto por familia, entre otros; cesando la inclusión de nuevos participantes en la medida en que se iba obteniendo suficiencia y profundidad

de datos (19); con principio de autonomía (20) y confidencialidad, practicando consentimiento informado (21) para asegurar la ética que amerita; la validez (22) en su fase analítica con la triangulación de datos y validez descriptiva (23) con retroalimentación participante, caracterizando el patrón cultural que subyace en modos de vida no saludables.

Las categorías matricial y subcategorías preestablecidas fueron (Tabla 1):

Tabla 1. Categorías matricial abordadas para valorar cómo mitigar consecuencias del calentamiento global y efecto invernadero: reflexiones para la formación en salud

Categoría	Subcategorías
Conocimiento que tienen las personas sobre el cambio climático y calentamiento	Concepto, Causas, Implicaciones en el entorno, Efectos en la salud y Enfermedades más comunes
Autocuidado que adoptan las familias en situaciones de aumento de la temperatura	Medidas de protección a temperatura, Inundaciones, Artrópodos, Protección para la piel, Control de roedores y Malos olores
Características de trabajo colectivo en la comunidad	Trabajo en equipo, Junta de acción comunal, Organización, Comités de salud, Presencia interinstitucional, Participación comunitaria

Fuente: Elaborado por los autores para fines del estudio en mención.

El procesamiento de los datos, se hizo manualmente en matrices de análisis dadas como categorías matricial, relacionándolas con las develadas; adoptando la educación sanitaria intercultural como postura epistémica.

RESULTADOS

Los datos obtenidos permitieron identificar la falta de conocimientos y compromisos de las personas en el cuidado de la vida y la salud de sí misma como en lo colectivo, agravado por una indiferencia del gobierno para fortalecer sus procesos de organización frente a desastres naturales como de mantener continuamente programas de educación sanitaria y ambiental. Sus modos de cuidado son

coyunturales, paliativos aunque empíricamente explican los cambios de temperatura y sus consecuencias en la salud humana, reconociendo que tanto gobierno como los estilos de vida de las vecindades no son sostenibles ni apropiados para minimizar sus efectos en la salud humana.

Conocimiento que tienen las personas sobre el cambio climático y calentamiento

Conocen conceptos vagamente relacionados entre sí por las causas, efectos y sucesos vividos en familia; coadyuvado por la información que se da en los medios de comunicación masiva:

[...] no, pues no conozco nada, solo sé que es por las palabras que debe ser que

se cambia la temperatura de un momento a otro [...] No sé muy bien [...].

[...] el calentamiento global es que la temperatura está subiendo y el cambio climático es cuando hace brisa y después calor [...].

[...] a ver los seres humanos nos encargamos de no cuidar la naturaleza, que no diferenciamos el reciclaje, que tenemos que separar las botellas, y eso es lo que no es favorable, la basura, quema de árboles. Se cambia la temperatura por la quema de bosques, por eso se recalienta la tierra.

Reconocen que son producto de actividades humanas, como deforestación, quema de basuras y falta de cultura del reciclaje, acompañadas de una ausencia gubernamental para fortalecer funciones colectivas y conectividad con representaciones comunitarias:

[...] yo estoy estudiando, eso depende que el mismo gobierno saca la materia prima de nuestra tierra y la tierra es viva porque tiene su material, el mismo gobierno se cree dueño de todo y destruyen los bosques pero la gente no ve el problema pero en la serranía no hay control, el gobierno no nos da entrevistas ni nada [...].

[...] eso es por nosotros, ya no se sabe si hace calor, frío, nada, pero es que uno bota basura y queman las basuras, 've mire qué calor está haciendo' eso es por todo lo que hacemos, pues la Junta de Acción solo trabaja por la comunidad para épocas de contienda política [...] o [...] se cansan por esa indiferencia del gobierno y perdedera de tiempo [...] en fin [...].

Conocen que uno de los efectos más importantes es que se pone en riesgo la vida por enfermedades cardiovasculares, respiratorias y de tipo infecciosas (24); comunidades que viven en condiciones

precarias, no relacionan las enfermedades gastrointestinales con el manejo del agua, ni la malaria que son igual de importantes en esta época y que pueden aumentar por estos fenómenos; algunos de los participantes del estudio relacionaron la pregunta y en su respuesta dieron sucesos vividos así como experiencias propias en sus hogares, siendo más susceptibles a las extra edades y a las personas con mayor exposición por la falta capacidad de responder a las repercusiones del cambio climático:

[...] el dengue, se está presentando en los ancianos y también a los niños, qué días se murió el del vecino y sé que aquí no hay inundaciones, como ve esto es seco pero hay mucha maleza y eso trae mosquitos, por allá murió el señor Ramiro al medio día [...] de sofoco y la señora Edith con problemas de pulmón.

[...] pienso que todo eso es relacionado al ambiente y que no comen bien, porque no hay cómo tampoco [...].

Todos los participantes relatan diferentes modos de cuidado frente a los efectos que causan el calentamiento global y efecto invernadero: se refugian en la sombra, se ubican en campo abierto para recibir aire, utilizan indiscriminadamente químicos para atacar a los artrópodos, recogen enseres en caso de inundaciones y votan agua a las vías para refrescar; estas innumerables acciones consideradas emergentes y paliativas, no son suficientes ni adecuadas frente a la necesidad de asumir medidas colectivas sanitarias, que no sean solo para la satisfacción y la comodidad sino que además favorezcan las condiciones naturales del entorno y adopten medidas de cambio cultural sostenible (25).

Con relación a las medidas de autocuidado que adoptan las familias en situaciones de aumento de la temperatura

Utilizan como medida de control temperatura ambiental, regando agua al frente y sentándose

debajo de la sombra de un árbol o detrás de una pared para recibir aire, desconociendo otras medidas que no son solo de inmediatez sino perennes donde se les exija a los medios de comunicación, educadores sanitarios en consonancia con los responsables del calentamiento global, transformar el estilo de vida consumista y el sistema económico que han impuesto a la sociedad:

[...] mi mujer o los pelaos echan agua cuando se puede a la calle pues esa tierra vota calor y el aire es caliente que nos embota [...].

[...] ¡jajaja! Pues qué se puede hacer [...] se va uno pal patio o debajo de los árboles [...] o detrás de un paredón [...].

Las medidas paliativas utilizadas generan mayor gasto de agua potable, quitando la oportunidad a otras personas para su consumo, reflejo de un analfabetismo ambiental.

Su principal preocupación las inundaciones y pérdida de enseres; utilizan químicos para evitar artrópodos o evadir malos olores, sin tener conocimiento de sus implicaciones; no dimensionan medidas preventivas a corto y mediano plazo contra enfermedades infecciosas y/o parasitarias, ni adoptan el cuidado de su entorno natural:

[...] aquí evitamos salir descalzos, subimos todas las cosas que tenemos eléctricas cuando empieza a llover bastante para ponerlas en un lugar seguro [...].

[...] mi mujer o todos acá en el rancho echamos varsol [...], ACPM, [...] lo que sea con tal de echar pa fuera esa mosquetería [...].

[...] ah, pues nos encerramos para que no entren olores fastidiosos por basura o porque hay basura en la acequia.

Otros por el contrario, llaman a servicios públicos o hablan directamente con los implicados de la contaminación ambiental, generándoles desesperanza por la ineffectividad de la intervención de empresas públicas:

[...] el problema que estamos pues ahora que esta la invasión [...] junto [...] pues se ha calmado porque anteriormente eso era puro monte, venían y botaban porquerías, eso afectaba a los niños, quemaban y teníamos que salir corriendo de la casa [...].

[...] no, aquí cada quien saca la basura por su lado y por la invasión que hay aquí eso a veces se pone muy feo porque tiran eso y no lo sacan por donde pasa el carro, que no entra, pero la ponemos en la esquina, pero la gente de la invasión no lo hace.

Los modos de vida asumidos reflejan una red multifactorial que aumenta mayor riesgo contra la vida del planeta; relacionados a sobrevivencia a todo costo aunque las consecuencias a largo plazo, aumenten más la degradación de la tierra (26).

No adoptan medidas preventivas antisolar:

[...] nada o salimos con sombrilla pero nada más eso, así y ya.

[...] buscamos sombra cuando está picante, porque hace daño el sol, evitamos salir a esa hora.

[...] pues nosotros no salimos casi así que no hacemos nada, y ellos van al colegio y no se asolean más así que es un momentico.

En general, los diversos modos de autocuidado que asumen los participantes del estudio, no son suficientes desde lo narrado por ellos para evitar el cáncer de piel producto de la sobreexposición a los rayos del sol; reflejando por tanto la falta de conocimientos para adoptar medidas alternas

de protección que no les impida cumplir con sus funciones diarias.

El factor común en los participantes del estudio pertenecientes a las diversas comunas de Valledupar, es la existencia de una gran diferencia entre nuestra actitud hacia los acontecimientos y la actitud que tiene el resto del mundo; incluso cuando el mundo se dé cuenta de la inminente catástrofe, sencillamente solo querrán regresar a “borrar el daño” de la naturaleza, cuando ya puede ser infructuoso (25) pues existe un gran recorrido para crear el equilibrio en el ambiente.

Características de trabajo colectivo en la comunidad

No existen, por lo general, Juntas de Acción Comunal que respondan frente a este fenómeno, ni para organizar el trabajo colectivo, ni dan importancia a los problemas ambientales:

[...] Sí aquí sí hablan de esas cosas, que ojo mire que hay que tratar. hace gestión afuera para la fumigación, para los huecos, para rellenos, habla con la comunidad y nos organizamos entre todos, unos que otros pero sí [...].

[...] aquí hay Junta de Acción pero no tratan esos temas, nosotros somos muy organizados pero lástima que para esas cosas no exista orden [...].

Los problemas ambientales e indiferencia por el otro se acentúan donde no hay organización comunitaria, mucho menos se evidencia la presencia institucional:

[...] No tenemos de ese problema porque se inunda la calle pero no se mete el agua, el problema es de pronto que queda eso feo en la calle porque se llena de barro todo, y como le dije los carros no pasan pues lo que hacemos en esa situación es esperar que baje.
[...] nada, por aquí los vecinos son muy

envidiosos, si nos está comiendo el muge que nos coma, no hacen nada.

[...] no, pero aquí hay gente que recicla pero a veces la gente deja la basura y la quema y se forman los malos olores, no son personas educadas sino que amontonan y después lo queman, no saben la prevención ni nada.

Ante la ausencia de responsabilidad del cuidado de sí y el del otro y con los otros, se develan posturas antivalores que apremian el enfoque bioético necesario, por el reconocimiento de lo plural, del consenso, trabajo multidisciplinario requerido y con una cohesión social sólida en función de ser unidos para combatir y mitigar efectos en la salud, adopción de modos de vida saludables, del respeto por el otro (27), del trabajo colectivo aun en la diversidad cultural; lográndose un nuevo sentido de la ética de la vida o ética social para inspirar la conciencia humana y plantear desafíos a su inteligencia, ofreciendo nuevos modelos y formas de interacción ser humano-entorno natural (28), que fomenten la fuerza de neutralizar o paliar el daño ecológico que la ciencia sin conciencia causa al medio ambiente:

[...] como el ambiente que dañamos quemando árboles, la basura que votamos por lado y lado y por esto la tierra no puede respirar si todo está contaminado de tantas cosas y [...] digamos ahí en la esquina vienen de otros barrios a botar basura y los perros muertos, eso es pura contaminación, estamos dañando el ambiente y por eso la tierra está como está [...].

Afirman que los organismos responsables de la administración pública, incluyendo la Universidad como institución pública formadora de talento humano, no hacen acompañamiento domiciliario continuo en los barrios vulnerables, reconociendo la necesidad de su presencia para ratificar la disposición al trabajo colectivo necesario buscando una comunidad altamente con hábitos saludables:

[...] por el momento no, hasta el momento no están interesados en el tema, dejan eso como algo aparte, muchos les da la espalda [...].

[...] nunca hemos sido visitados por los organismos que usted dice.

Existe una falta de corresponsabilidad entre comunidad e instituciones que velan por el cuidado de la vida y la salud, que se refleja por la ausencia institucional y la incertidumbre de los ciudadanos participantes del estudio.

DISCUSIÓN

Valorando ontológicamente desde el lenguaje (29) manifiesto en los participantes, se devela que los comportamientos del ser humano en su capacidad de sobrevivencia y cada vez que se dice sobre el tema de los efectos en la salud humana por el calentamiento global, no solo se manifiesta o se es consciente de la importancia de asumir la responsabilidad social frente a un problema que es de todos, que se manifiesta también con una determinada interpretación de lo que significa tradicionalmente desde la cultura que se gesta en la cotidianidad de las emergencias para sobrevivir, que requiere de un liderazgo social para aunar esfuerzos conscientes y pertinentes, para dejar a un lado la actitud de “eso no me toca a mí”.

La postura del “eso no me toca a mí” ante la búsqueda de salud colectiva o compartida desde la perspectiva sociocultural, reafirma la necesidad de integrar el conocimiento disciplinar al conocimiento interdisciplinar, articular la multifactorialidad en los procesos salud-enfermedad, adoptando pensamiento sistémico, global e incluyente (5) para desarrollar estrategias interdisciplinarias en consenso; previa sensibilización, liderada por educación, buscando cohesión social necesaria para convivir con corresponsabilidad entre sus particularidades y cultura; haciendo una gestión

integral del riesgo al considerar que toda forma de vida está en permanente riesgo, teniendo en cuenta que de las formas de ser de las tramas de vida, de las cuales somos hilos y no tejedores, se forman redes altamente proactivas.

Se hace un llamado a que nuestras Universidades den el paso definitivo hacia la construcción de una sociedad ambiental y sostenible (30); siendo posible si la Universidad recupera su tarea esencial: pensar, teniendo en cuenta que pensar no solo es razonar, sino también meditar, imaginar e intuir (16). La introducción de lo ambiental en la Universidad ha hecho ya un trayecto, que propone una ética ambiental compleja frente a los profundos problemas-riesgos ambientales.

Su abordaje debe ser de una educación interdisciplinar e intercultural con mayor énfasis en las poblaciones de mayor vulnerabilidad ante sus condiciones de calidad de vida, que favorezca una formación hacia la cultura ambiental: por el conocimiento relacional de experiencias de vida y el deseo manifiesto de reaccionar de inmediato y de una manera propositiva y práctica en el cuidado de la vida y la salud; siendo oportuno para el equipo de salud y educación, retomar el manejo de las emociones, porque es una forma de ser consciente de lo que está sucediendo con su entorno y convertirlo en herramienta educativa; que desde la mirada bioética genere conciencia plena sobre hábitos y prácticas adversas, asumiendo el respeto por los demás y libertad corresponsable (31); unido a un seguimiento comunitario para valorar y hacer cumplir la efectividad de políticas públicas en salud, de responsabilidad social, como el compromiso de la ciudadanía, que hagan posible una calidad de vida sostenible.

Adoptar posturas bioéticas para el desarrollo humano integral (cognitivos, afectivos y prácticos), desde la concepción hasta el final de sus días en correspondencia con la naturaleza; reconociendo significados, compromisos y percepciones, interpretando clamores sobre la imperante

necesidad de dar nuevo sentido a la vida humana y del planeta en una relación conocimiento- cultura-salud; orientando al norte, la razón y sensibilidad por el equilibrio; aportando desde la óptica de justicia social y equidad en convivencia.

liderazgo como responsabilidad social para formar profesionales altamente sensibles por los efectos del calentamiento global, pero con capacidad crítica y conciencia social para asumir su rol competitivo.

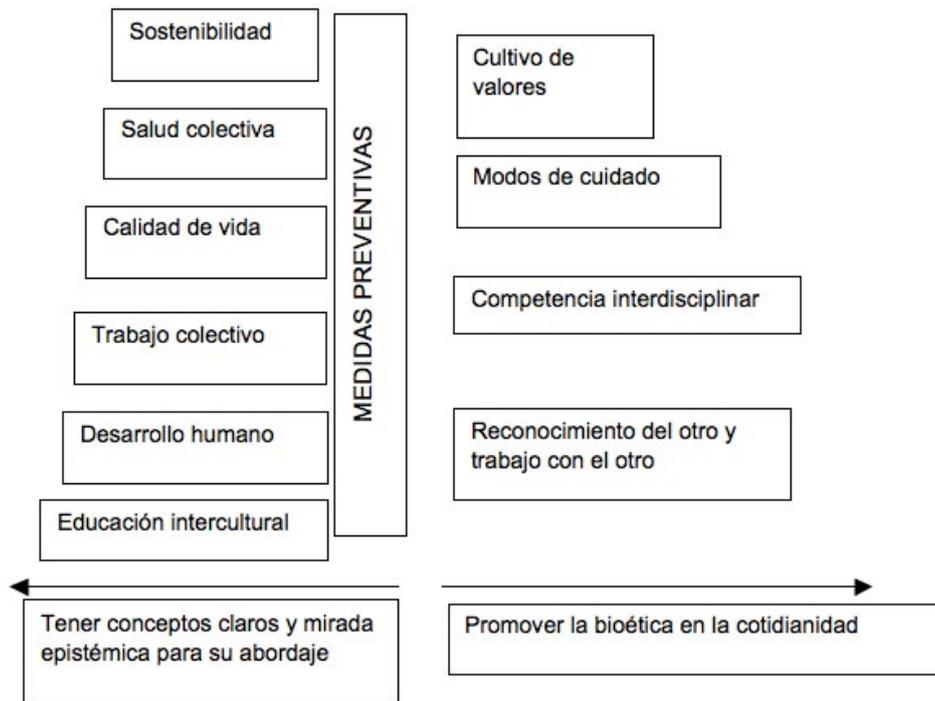
CONCLUSIÓN

El rol de cada profesional es diferente en el lugar en donde se desempeñe o trabaje, pero el rol cuidador de Enfermería debe ser culturalmente competente para: autocuidado, comunicación interinstitucional, participación y formación de miembros comunitarios como gestores y vigilantes de cómo controlar modos de vida y condiciones sanitarias e incentivar en la atención por el otro, con los otros y trabajo en equipo protegiendo el ambiente natural como derecho y virtud; tornando las necesidades de las personas en oportunidades para generar acciones de conciencia colectiva mediante el establecimiento de relaciones eco-sociales armónicas y diversas y adopción de un pensamiento sistémico, global e incluyente; correspondiendo a la Universidad, asumir ese

RECOMENDACIONES

Para lograr salud en condiciones de adversidad ambiental, el personal de salud debe educar y aplicar medidas preventivas que sean sostenibles, asumiendo como principios sociales, económicos y ecológicos, teniendo claro conceptos que la sustentan: desarrollo humano, sustentabilidad, calidad de vida, salud colectiva, educación intercultural, cohesión social y autocuidado para lograr la finalidad a través de un proceso organizado, consensuado y participativo donde se promueva una vida cotidiana basada en la bioética, abordando hábitos (modos de cuidado), estilos de vida (valores), prácticas o desempeño (competencias culturalmente competentes) y actitudes (la otredad), como se visibiliza en el Diagrama 1:

Diagrama 1. La educación clave para generar conciencia y responsabilidad para la adopción de un pensamiento sistémico, global e incluyente



Fuente: Elaboración propia.

La Universidad debe asumir la responsabilidad social de ejercer su misión para el sostenimiento y sustentabilidad planetaria, adoptando el pensamiento sistémico, global e incluyente.

AGRADECIMIENTOS

A todas las familias que participaron en el estudio, y al Comité de Investigación del programa de Enfermería de la Universidad Popular del Cesar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales. Informe ambiental. IPCC 2010. Colombia.
2. Bosque R, Duarte PD, Sánchez MR, et al. Apuntes para una Educación Ambiental en la Comunidad. La Habana: Ediciones Ecopolis; 2005.
3. Intergovernmental Panel on Climate Change. Climate Change 2007: Synthesis Report. Contribution of Working Groups I, II and III to the Fourth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change. Geneva: IPCC; 2007.
4. Organización Mundial de la Salud. Abordando el cambio climático en los establecimientos de salud. OMS; 2008. Disponible en: http://saludsinmercurio.org/SSD/Hospitales_Saludables.pdf
5. Mahatma G. Evitar el cambio climático peligroso: estrategias de mitigación. Disponible en: hdr.undp.org/en/media/HDR_2007-2008
6. Informe de Desarrollo Humano. La lucha contra el cambio climático. Disponible en: hdr.undp.org/en/media/HDR_2007-2008
7. Organización Panamericana de Salud. Comunicación social, una herramienta esencial para los equipos de respuesta a desastres En: Desastres. Preparativos y Mitigación en las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2008.
8. Consejería de Agricultura y Medio Ambiente. Oficina de Cambio Climático. Estrategia Regional de Mitigación y Adaptación frente al Cambio Climático. ERMACC 2012-2020.
9. Wangari M. Educadores por la sostenibilidad. En: Organización de las Naciones Unidas. El desarrollo de los recursos hídricos en el mundo. 2010.
10. Bof L. Ecología: grito de la Tierra, grito de los pobres. Quinta edición. Madrid: Editorial Trotta S.A.; 2011.
11. Consejo Internacional de Enfermería. “La economía verde: ¿Le incluye a usted?”: La cumbre sobre el clima y la salud mundiales. CIE; 2012. Disponible en: www.icn.ch/es/news/the-global-climate-and-health-summit/la-cumbre-mundial-sobre-el-cambio-climatico-y-la-salud-1434.html
12. Hernández M. La protección del medio ambiente como derecho y virtud. La ética kantiana de la responsabilidad con la naturaleza. Isegoría. 2007; 37:213-236.
13. Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Documento de posición de la OPS/OMS. Versión original en inglés con el título: Renewing primary health care in the Americas; 2007.
14. Gracia D. De la bioética clínica a la bioética global: treinta años de evolución. Acta Bioethica. 2002;8(1):27-39.
15. García JM. Propuestas de Fundamentación de la ética del medioambiente. En: Ética en la frontera. Madrid: Biblioteca Nueva; 2006. p. 13-46.
16. Noguera AP. Pensamiento ambiental complejo y gestión del riesgo: una propuesta epistémico-ético-estética. Universidad Nacional, sede Manizales - Instituto de Estudios Ambientales IDEA.
17. Morse J. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Colombia: Ediciones Aljibe - Editorial Universidad de Antioquia; 2003.
18. Fetterman DM. Ethnography. Step-by-step. Londres: Sag publications; 1989.
19. Fossey et al., En: Bonilla-Castro E, Rodríguez P. Más allá del dilema de los métodos. Capítulo 4: El proceso de la investigación cualitativa. Bogotá: Grupo Editorial Norma; 2005. p. 135.
20. Eyde LA. Other responsibilities to participants. In Sales and Folkman, editors. Ethics in research with human participants. Washington; 2001. p. 61-74.

21. Royo C, Viñas M. Guía sobre el consentimiento informado. Barcelona: Comité de Bioética de Cataluña; 2002.
22. Maxwell J. La validez. ¿Cómo usted podría estar equivocado? Capítulo VI. 1996. p. 86-98.
23. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic inquiry. Beverly Hills, California: Sage; 1985.
24. Reiter P. Climate change and mosquito-borne disease. *Environmental Health Perspectives*. 2001;109:141-161.
25. Suárez C et al. Estrategia medioambiental en la comunidad. *Revista Futuros*. 2007;V(1). Disponible en: <http://www.revistafuturos>
26. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Cohesión social. Inclusión y sentido de pertenencia en América Latina y el Caribe. Naciones Unidas, Agencia Española de Cooperación Internacional y Secretaría General Iberoamericana. Santiago de Chile: CEPAL; 2007.
27. Sáez R. La educación intercultural en el ámbito de la Educación para el Desarrollo Humano Sostenible. 2001. Aula intercultural. info@aulainter-cultural.org
28. Franco ZR. La bioética: ética del cuidado de la vida y la salud para el desarrollo humano. *Hacia la Promoción de la Salud*. 2009;14(2):75-92.
29. Echeverría R. Ontología del lenguaje; 2005. p. 30-79. Disponible en: www.franciscocerda.cl/content/.../Ontologia-del-Lenguaje-en-digital.htm
30. Gutiérrez J, Benayas J, Calvo S. Educación para el desarrollo sostenible: Evaluación de retos y oportunidades del decenio 2005-2014. *Revista Iberoamericana de Educación*. 2006;40.
31. Mesa JA, et al. La educación desde las éticas del cuidado y la compasión. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2005.

FACTORES ASOCIADOS AL USO ADECUADO DE LA CITOLOGÍA CÉRVICO-UTERINA POR MUJERES DE CARTAGENA (COLOMBIA)

*Irma Yolanda Castillo Ávila**
*Karen Margarita Aguilar Velasco***
*Damaris Balaguera Serrano ***
*Heydy Linda González Amaris***
*Melissa Mejía Barón***

Recibido en mayo 27 de 2013, aceptado en octubre 11 de 2013

Citar este artículo así:

Castillo IY, Aguilar KM, Balaguera D, González HL, Mejía AM. Factores asociados al uso adecuado de la citología cérvico-uterina por mujeres de Cartagena (Colombia). *Hacia promoc. salud.* 2013; 18(2):123-134.

Resumen

Objetivo: Determinar los factores asociados al uso de la citología en mujeres de la ciudad de Cartagena. **Metodología:** Se realizó un estudio analítico de corte transversal, en una población de referencia de 237.751 mujeres. Se solicitó consentimiento informado a cada participante de acuerdo a las normas éticas nacionales e internacionales. Fueron incluidas mujeres del área urbana de la ciudad de Cartagena, seleccionadas mediante un muestreo polietápico. Se aplicó una encuesta socio-demográfica y el apartado relacionado con cáncer de cuello uterino de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS - 2010). A los datos se aplicó estadística descriptiva e inferencial. **Resultados:** Participaron 915 mujeres con una edad promedio de 40 años (DE = 12,9 años). La prevalencia de uso de la citología fue del 85,9%; solo el 39,8% (313) cumple el esquema propuesto por la norma técnica nacional. Las variables que explican el uso adecuado de la citología por parte de las mujeres de Cartagena son: ser mayor de 29 años (OR: 2,1 - IC: 1,3-3,4), reclamar el resultado (OR: 2,5 - IC: 1,1-5,7), tener un resultado anormal (OR: 0,5 - IC: 0,2-0,9) y pertenecer al régimen subsidiado o no tener afiliación en salud (OR: 0,5 - IC: 0,4-0,8). **Conclusiones:** Los factores asociados al uso de la citología en mujeres de la ciudad de Cartagena, de acuerdo al esquema propuesto por la norma técnica nacional, se explica por factores demográficos, económicos y sociosanitarios.

Palabras clave

Cáncer de cuello uterino, prueba de Papanicolaou, factores socioeconómicos, factores culturales, servicios de salud (*fuentes: DeCS, BIREME*).

* Enfermera. Magíster en Salud Pública. Universidad de Cartagena. Cartagena, Colombia. Autor para correspondencia. Correo electrónico: icastillo@unicartagena.edu.co

** Enfermera. Universidad de Cartagena.

FACTORS ASSOCIATED TO THE ADEQUATE USE OF PAP SMEARS BY WOMEN IN CARTAGENA (COLOMBIA)

Abstract

Objective: To determine factors associated with the use of cytology in women in the city of Cartagena. **Methods:** A cross-sectional analytical study, with a population of 237,751 women was carried out. Informed consent was requested from each participant as national and international ethic norms request. Women from the urban area of the city of Cartagena were included, selected through multistage sampling. A social-demographic survey and the section related to cervical cancer in the National Demographic and Health Survey (ENDS - 2010) was used. Descriptive and inferential statistics analysis were applied to the data. **Results:** A total of 915 women with an average age of 40 years (SD = 12.9 years) participated. The prevalence of cytology was 85.9%, only 39.8% (313) which meets the scheme proposed by the national standard. The variables explaining the proper use of cytology by women from Cartagena are: be over 29 years old (OR: 2.1 - CI: 1.3-3.4), pick up the result of the test (OR: 2.5 - CI: 1.1-5.7), have an abnormal result (OR: 0.5 CI 0.2 to 0.9) and belong to the subsidized health care coverage or not having health care coverage (OR: 0.5 - CI: 0.4-0.8). **Conclusions:** Factors associated with the use of cytology in women in the city of Cartagena according to the scheme proposed by the national standard is explained by, demographic, economical and social health factors.

Key words

Cervix cancer. Papanicolaou test, social-economic factors, cultural factors, health services (*source: DeCS, BIREME*).

FATORES ASSOCIADOS AO USO ADEQUADO DA CITOLOGIA CÉRVICO-UTERINA POR MULHERES DE CARTAGENA (COLOMBIA)

Resumo

Objetivo: Determinar os fatores associados ao uso da citologia em mulheres da cidade de Cartagena. **Metodologia:** Realizou se um estudo analítico de corte transversal, em uma povoação de referencia de 237.751 mulheres. Solicitou se consentimento informado a cada participante de acordo às normas éticas nacionais e internacionais Foram incluídas mulheres da área urbana da cidade de Cartagena, selecionadas mediante uma amostragem polietápico (Nesta as unidades que finalmente compõem a amostragem se determinam em etapas sucessivas). Aplicou-se uma enquete sócia - demográfica e o apartado relacionado com câncer de colo uterino da Enquete Nacional de Demografia e Saúde (ENDS - 2010). Aos dados se aplicou estadística descritiva e inferencial. **Resultados:** Participaram 915 mulheres com uma idade média de 40 anos (DE = 12,9 anos). A prevalência de uso da citologia foi do 85,9%; só 39,8% (313) faz o esquema proposto pela norma técnica nacional. As variáveis que explicam o uso adequado da citologia por parte das mulheres de Cartagena são: ser maior de 29 anos (OR: 2,1 - IC: 1,3-3,4), reclamar o resultado (OR: 2,5 - IC: 1,1-5,7), ter um resultado anormal (OR: 0,5 - IC: 0,2-0,9) e pertencer ao regime subsidiado ou não ter afiliação e saúde (OR: 0,5 - IC: 0,4-0,8). **Conclusões:** Os fatores associados ao uso da citologia em mulheres da cidade de Cartagena, de acordo ao esquema proposto pela norma técnica nacional, se explicam por fatores demográficos, econômicos e sócio -sanitários.

Palavras chave

Câncer de colo uterino, teste de Papanicolaou, fatores sócio- econômicos fatores culturais, serviços de saúde (*fonte: DeCS, BIREME*).

INTRODUCCIÓN

En el mundo, el cáncer cérvico-uterino es el tercer tipo de cáncer más común en mujeres, después del de piel y el de mama (1). El 80% de los cánceres de cérvix que se diagnostican cada año, suceden en países en vías de desarrollo y la sobrevivencia en años se acerca apenas a la mitad, comparada con la de países más desarrollados (2). En Colombia es el segundo cáncer femenino, con una incidencia ajustada de 36,4 por cada 100.000 y es la primera causa de muerte; comportamiento parecido al observado en Cartagena (1, 2). Según la Liga Colombiana Contra el Cáncer, cada tres horas muere una mujer en el país por cáncer cérvico-uterino, siendo la primera causa de mortalidad en mujeres entre los 35 y 64 años de edad (1, 3).

Al convertirse en un problema de Salud Pública por las altas tasas de morbilidad y mortalidad, desde hace mucho tiempo existen métodos de tamizaje que permiten su detección oportuna. La citología cérvico-uterina, como uno de estos métodos, ha tenido gran aceptación en la práctica, debido principalmente a su reproductibilidad y bajo costo, siendo la mejor herramienta para reducir significativamente la mortalidad por cáncer de cérvix (4, 5).

En Colombia, de acuerdo a lo establecido por la Norma Técnica para la detección temprana del cáncer de cuello uterino, se recomienda la realización de la prueba cada año por dos años y después a los tres años; siguiendo el esquema 1-1-3. Además, el Estado garantiza la realización de la prueba de forma gratuita a todas las mujeres de 25 a 69 años, o a las menores de 25 años con vida sexual activa (6).

El cumplimiento adecuado del esquema, la detección precoz de las alteraciones y el tratamiento oportuno, pueden generar reducciones importantes en las tasas de mortalidad derivadas del cáncer de cuello uterino (6). Sin embargo, a pesar de la disponibilidad de esta prueba en Colombia, el

cáncer de cérvix sigue cobrando muchas vidas. La falta de cumplimiento del esquema, el poco impacto de los programas orientados al control de este tipo de cáncer y su escaso efecto sobre la mortalidad, se han atribuido a deficiencias organizacionales de los programas que se reflejan en bajas coberturas e insuficiente capacidad para captar a la población en riesgo (7, 8).

Son múltiples los factores asociados a la falta de adecuado tamizaje en Colombia, por un lado la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) (9) indica que las mujeres que nunca se han hecho una citología habitan especialmente en zonas rurales y en zonas con menor índice de riqueza (10, 11). Entre algunos de los factores propios del sistema de salud que dificultan la toma de la citología se encuentran: la falta de seguro de salud, largas filas, trámites para obtener los servicios, larga espera por los resultados y el hecho de que los proveedores de salud no dan explicaciones de los procedimientos. También se mencionan barreras demográficas como la edad, el estado civil y el nivel educativo; otras culturales como pena, miedo al dolor, fatalismo, descuido y falta de redes sociales de apoyo (8, 12, 13).

Algunas investigaciones a nivel internacional muestran bajas coberturas en la realización de la citología en las poblaciones a riesgo. En Brasil solo se alcanza un porcentaje de cumplimiento del 20% y la mayoría de estas pruebas son realizadas a mujeres de niveles socioeconómicos más altos, mientras que las mujeres de comunidades menos privilegiadas no son sometidas a suficientes pruebas de tamizaje (11). Asimismo, en Ciudad de México, se han descrito factores culturales, que limitan la realización de la prueba, tales como miedo, dolor, angustia y pena ante los resultados y la realización de la misma (14).

A pesar de los esfuerzos en Colombia para aumentar la cobertura de la citología en cumplimiento de la norma, un porcentaje importante de la población femenina continúa sin acceder a ella o no lo hace

con la periodicidad requerida. Si bien, algunas de las barreras son estructurales, también existen barreras relacionadas con variables socioculturales que se ponen en juego en el momento en que una mujer se realiza la citología (8). El modelo de creencias en salud señala que la forma de conocer y comportarse está influenciada por las creencias y emociones de las personas, las que a su vez determinan las decisiones en salud (12). Este modelo fue desarrollado por Becker en 1974 para explicar los comportamientos en salud, entre ellos, el por qué las personas no se adhieren a conductas preventivas relacionadas con la detección temprana de una enfermedad (12, 13, 15).

Por tanto, esta investigación se propuso determinar los factores demográficos, socioeconómicos y sociosanitarios que influyen en la realización de la citología en mujeres de la ciudad de Cartagena, en cumplimiento a lo establecido en la norma técnica nacional.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio analítico, con diseño transversal. La muestra estuvo conformada por 915 mujeres, menores de 25 años con vida sexual activa o entre los 25 a 69 años que habían iniciado o no su vida sexual. Fue aplicado un muestreo aleatorio por conglomerados. Se tomaron como punto de referencia las tres localidades de la ciudad, las 15 unidades comuneras de gobierno (UCG) que las conforman y los barrios distribuidos de manera específica en cada UCG. De forma aleatoria se eligieron dos barrios por cada unidad comunera de gobierno. Los conglomerados fueron las manzanas de los barrios seleccionados que se visitaron hasta completar la muestra, con la ayuda de un mapa de cada barrio y las manzanas numeradas, siguiendo un muestreo sistemático en el sentido de las manecillas del reloj.

La aplicación del instrumento se realizó previo consentimiento informado, solo a una mujer de

cada vivienda escogida. Se excluyeron mujeres que habían sido diagnosticadas con cáncer de cuello uterino o se encontraban en proceso de diagnóstico. Las preguntas fueron tomadas del apartado de Cáncer de Cérvix de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010 (9) que evalúa conocimiento, uso y frecuencia de citología cérvico-uterina y razones por las que no se practica o se ha practicado. Además se utilizó una ficha sociodemográfica.

La información recogida fue procesada en el software estadístico SPSS versión 17®, se aplicó estadística descriptiva y para realizar el análisis bivariado y multivariado, se calcularon OR e intervalos de confianza. Se aplicó un modelo de regresión para calcular las variables explicativas del uso de la citología según la norma técnica nacional. Fueron acogidos los aspectos éticos para la investigación en ciencias de la salud, establecidos por las normas nacionales e internacionales vigentes.

RESULTADOS

Características sociodemográficas

Participaron 915 mujeres de la ciudad de Cartagena, con promedio de edad de 40 años (DE = 12,9 años). El nivel educativo de mayor prevalencia es la secundaria completa (31,7%) (290); seguido de estudios técnicos (21,2%) (194). La mayor proporción son mujeres casadas con 36,9% (338).

Amas de casa 55,7% (510), de religión católica 77,6% (710). El 63,4% (580) de las encuestadas posee vivienda propia, 56,4% (516) están afiliadas al régimen contributivo, 41,6% (381) al subsidiado y el 2% (18) no tienen afiliación.

Información y frecuencia de utilización de la citología cérvico-uterina

Del total de mujeres encuestadas el 99% (906) ha oído hablar sobre la citología cérvico-uterina, entre las cuales el 85,9% (786) se la ha practicado por lo menos una vez. Solo el 39,8% (313) de las mujeres participantes cumple con el esquema 1-1-3 establecido por la norma técnica nacional (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución según proporción y frecuencia de uso de la citología cérvico-uterina e información recibida sobre la misma de las participantes. Cartagena, 2013.

Citología cérvico-uterina	SÍ	%	NO	%
Ha oído hablar sobre la citología vaginal	906	99,0	9	1,0
Le han hecho una citología vaginal	786	85,9	129	14,1
Cumple con el esquema 1-1-3	313	39,8	473	60,2

Fuente: Encuestas del estudio.

El 62,9% (570) de las mujeres encuestadas, escuchó hablar por primera vez sobre la citología cérvico-uterina, en una institución de salud. Al indagar sobre la importancia de la misma, solo el 1,4% (13) de las mujeres no la consideró como una prueba importante, el 1,2% (11) no tiene conocimiento de que esta prueba sea o no importante. Para la mayor parte de las mujeres (49,8%) (456) la citología es importante porque permite detectar enfermedades, porque ayuda a prevenir el cáncer y otras enfermedades para el 27,3% (250). Entre las mujeres que se han realizado la citología cérvico-uterina, el 4,2% (38) indicó que alguna persona de su medio social o familiar influye en la decisión de practicarse o no este procedimiento, la persona que tiene mayor influencia es la pareja con un 52,6% (20).

Para la frecuencia con la que se realizan la citología, el 29,2% (230) se la practica rara vez y los motivos son diversos; prevención 32,2% (295), control regular 26,1% (239) y presencia de flujo vaginal 16,1% (147) son los más comunes. Otros como dolor abdominal, embarazo, sangrado fuera de la menstruación, inflamación y dolor durante la relación sexual, son reportados en menores proporciones, como motivos de realización de la prueba. Cabe resaltar que el 46,5% (366) de las mujeres suele practicarse la citología anual y el 10,9% (86) hace uso de ella dos o más veces al

año. La razón principal por la cual las mujeres se motivan a practicarse la citología es la prevención del cáncer de cuello uterino con un 32,3% (295), seguido del 26,1% (239) que corresponde al control regular.

El 94,7% (749) de las mujeres que se han realizado la citología reclamó el resultado de este examen, mientras que el 4,8% (38) no lo hizo. La mayor proporción de mujeres 84,2% (32) no expresa la razón por la cual no reclamó el resultado, algunos de los motivos encontrados fueron: descuido 5,3% (2), temor a que le digan que tiene cáncer, falta de tiempo y no le interesa el resultado, todos con un porcentaje de 2,6% (1).

El 42% (331) de las encuestadas acude al centro de salud de su EPS para la realización de este examen, y en segundo lugar se encuentra el puesto de salud más cercano con el 29,2% (230); cabe señalar que el 83,1% (657) no canceló valor alguno por la prestación de este servicio.

Del total de mujeres que no se han realizado el examen, la mayoría 93,0% (120) no expone ninguna razón para esto. Dentro de las que sí expresan una razón, la principal, es el descuido o ir aplazando la fecha de realización con un 3,1% (4), así como la pena o vergüenza (1,6% (2)). (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución según razones por la que las mujeres nunca se han hecho la citología. Cartagena, 2013.

¿Por qué nunca se ha hecho la citología vaginal?	n	%
Descuido/lo ha ido aplazando	4	3,1
Pena/vergüenza	2	1,6
Difícil conseguir la cita	1	0,8
No se siente enferma	1	0,8
No tengo vida sexual activa	1	0,8
No sabe/no responde	120	93,0
Total	129	100,0

Fuente: Encuestas del estudio.

Entre las mujeres que presentaron anormalidad en el resultado de la última citología, el 35% (21) no asistió a una nueva consulta, cabe resaltar que de estas mujeres, el 57,1% (4) no acudió por pereza o descuido; entre las causas menos frecuentes se encontró la falta de tiempo, miedo o temor o porque no le explicaron que era importante con un 4,3% (1) para todas las razones.

Relación entre la realización de la prueba de acuerdo al esquema y algunos factores presentes en la población

En relación al cumplimiento del esquema de realización de la citología, se encuentra que las mujeres mayores de 29 años, con pareja, las que tienen más de un hijo y aquellas que reclaman los resultados tienen más opciones de cumplir el esquema. En contraste, la probabilidad de

cumplimiento del esquema se reduce entre las mujeres de estrato socioeconómico 1 y 2, quienes pagan por realizarse la prueba, las que tienen un resultado anormal y aquellas que pertenecen al régimen subsidiado o no tienen afiliación (Tabla 3).

Factores explicativos del uso de la citología de acuerdo al esquema propuesto por la norma técnica

Las variables que resultaron significativas en el análisis bivariado fueron incluidas en un modelo de regresión; de acuerdo al modelo, las variables que explican el uso adecuado de la citología por parte de las mujeres de Cartagena son la edad, el reclamar resultado, el resultado de la prueba y el régimen de afiliación en salud (Tabla 4).

Tabla 3. Relación entre uso adecuado de la citología según el esquema de la norma técnica y algunos factores estudiados en mujeres de la ciudad de Cartagena, 2013

Edad	Cumple esquema (%)	No cumple esquema (%)	OR (IC 95%)
Mayor de 29 años	280 (40,3)	414 (59,7)	3,8 (2,5-5,7)
Menor de 29 años	33 (14,9)	188 (85,1)	
Estado civil	Cumple esquema (%)	No cumple esquema (%)	OR (IC 95%)
Con pareja	239 (39,4)	367 (60,6)	2,0 (1,5-2,8)
Sin pareja	74 (23,9)	235 (76,1)	
Paridad	Cumple esquema (%)	No cumple esquema (%)	OR (IC 95%)
Más de un hijo	244 (40,6)	357 (59,4)	2,4 (1,7-3,3)
Hasta un solo hijo	69 (22,0)	245 (78,0)	
Estrato socioeconómico	Cumple esquema (%)	No cumple esquema (%)	OR (IC 95%)
Estrato 1 y 2	173 (31,6)	375 (68,4)	0,7 (0,5-0,9)
Estrato 3 en adelante	140 (38,1)	227 (61,9)	
Pagó por la citología	Cumple esquema (%)	No cumple esquema (%)	OR (IC 95%)
Pagó	51 (19,8)	207 (80,2)	0,3 (0,2-0,5)
No pagó	262 (39,9)	395 (60,1)	
Reclamo de resultado	Cumple esquema (%)	No cumple esquema (%)	OR (IC 95%)
Reclamó CV	300 (40,1)	449 (59,9)	7,8 (4,3-14,1)
No reclamó CV	13 (7,8)	153 (92,2)	
Resultado anormal	Cumple esquema (%)	No cumple esquema (%)	OR (IC 95%)
Con resultado anormal	26 (12,2)	187 (87,8)	0,2 (0,1-0,3)
Sin resultado anormal	287 (40,9)	415 (59,1)	
Afiliación en salud	Cumple esquema (%)	No cumple esquema (%)	OR (IC 95%)
Pertenecer al régimen subsidiado o no tener afiliación	107 (26,8)	292 (73,2)	0,5 (0,4-0,7)
Pertenecer al régimen contributivo	206 (39,9)	310 (60,1)	

Fuente: Encuestas del estudio.

Tabla 4. Factores explicativos del uso de la citología según el esquema propuesto por la norma técnica nacional en mujeres de la ciudad de Cartagena, 2013

Variables	OR	IC 95% OR	
		Límite inferior	Límite Superior
Mayor de 29 años	2,1	1,3	3,4
Reclamó resultado	2,5	1,1	5,7
Resultado anormal	0,5	0,2	0,9
Régimen subsidiado o sin afiliación en salud	0,5	0,4	0,8

Fuente: Encuestas del estudio.

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio muestran que el 40,3% (280) de las mujeres mayores de 29 años, cumple el esquema 1-1-3, este adecuado cumplimiento permite evitar falsos negativos y detectar alteraciones oportunamente (6); situación similar a los resultados arrojados por Fajardo et al. en un estudio realizado en la ciudad de Bogotá donde encontraron que las mujeres de 32 años de edad son quienes más se realizan la citología (16). Por lo que se puede inferir que las mujeres en este grupo de edad, poseen conductas que contribuyen a la utilización de esta práctica, son más regulares en los chequeos, debido a que se suele asociar el avance de la edad con la aparición de enfermedades, generando preocupaciones y por lo tanto mayor adherencia a este tipo de pruebas (17). Uno de los motivos más frecuentes para el cumplimiento del esquema es la prevención, caso similar se presenta en la investigación de Figueroa, donde resalta que el 64% asocia la realización de la prueba a prevenir enfermedades o a la necesidad de conocer su estado de salud (18).

A pesar de que la mayoría de las mujeres (85,9%) (786) se ha practicado una citología cérvico-uterina, solo el 36,2% (313) cumple el esquema propuesto por la norma técnica, dato parecido al reportado por Cogollo et al. en una investigación, donde el 44% de las mujeres evaluadas tiene una práctica

correcta, el 56% restante una práctica incorrecta (19). A partir de esta situación, es posible que el sistema de salud del país identifique una buena cobertura, sin embargo, la simple realización de la citología no garantiza que las mujeres que accedan a este servicio cumplan adecuadamente el esquema, por lo tanto se descuidan las actividades de promoción que buscan la continuidad de estos servicios (6).

Con respecto a la frecuencia de la realización de la citología, el 29,2% (230) suele practicarse la prueba rara vez, por lo que se puede inferir que algunas mujeres suelen hacer uso de esta prueba cuando perciben alteraciones en su sistema reproductor o cuando están en estado de embarazo lo cual se reflejó en los motivos que dieron las mujeres (embarazo, presencia de flujo vaginal, dolor abdominal, sangrado fuera de la menstruación y dolor durante la relación sexual), demostrándose que no se suele tener una conducta regular en la utilización de la citología (12, 20).

Para las mujeres de Cartagena el medio social influye en la decisión de tomarse la citología, la pareja es la persona más influyente en dicha decisión. Asimismo, se observa una mayor realización de la prueba y cumplimiento del esquema en mujeres con pareja (OR: 2,0 - IC: 1,5-2,8). Por lo que se puede inferir que para las mujeres es importante que alguna persona de

su familia o medio social, en especial la pareja, influya en la determinación de practicarse esta prueba, demostrando que a pesar de la autonomía de la mujer, el empoderamiento en relación a su salud, en especial para la realización de este tipo de pruebas puede estar determinado por la tenencia de pareja, pues la conservación de la salud sexual favorece el mejor disfrute y la consolidación de las relaciones, además la tenencia de pareja es un factor que aumenta la realización de conductas preventivas. Algo parecido a lo expresado en la investigación de Farfán et al., donde se mostró que el 75% refiere que su pareja influye en que se realice dicha prueba para prevención y detección temprana (14).

Al preguntar a las mujeres por qué no reclamó el resultado de la citología, se encontró que el 33,3% (2) no lo reclamó por descuido, además de hallarse otras causas como temor a que le digan que tiene cáncer, falta de tiempo, porque no se lo han entregado o porque no le interesa el resultado. En este sentido, es importante señalar que existe una relación significativa que supone una mayor probabilidad de cumplimiento del esquema entre aquellas mujeres que reclaman el resultado. Este aspecto puede estar relacionado con los hallazgos de la investigación de Farfán et al., donde se resalta que para las mujeres la duda de conocer el resultado del examen es angustiante, lo asocian a la aparición de enfermedades, y es la razón por la que las mujeres en un porcentaje importante no reclaman los resultados y en consecuencia no se realizan la prueba (14). De igual forma, el miedo al resultado, es la razón más frecuente por la que las mujeres no se realizan la prueba ni reclaman el resultado, de acuerdo a lo reportado por la ENDS 2010 (6).

Del total de mujeres que obtuvieron resultados anormales en la citología cérvico-uterina, el 65% (39) fue a una nueva consulta para tratamiento, mientras que el 35% no regresó a una nueva consulta. Estos resultados sugieren que a pesar de presentar una alteración, las mujeres no toman la

iniciativa de acudir al servicio pertinente en busca de la solución del problema o mejora de su salud. La falta de tiempo, el miedo o temor y no saber la importancia del seguimiento, ponen de manifiesto la necesidad de mejorar la educación en salud que se imparte a las mujeres, para favorecer el desarrollo de una conciencia individual sobre la responsabilidad propia en relación con su estado de salud. Esto último, también explica por qué las mujeres con resultado anormal en la prueba, tienen menor probabilidad de cumplimiento del esquema (8, 12, 20).

En cuanto a la afiliación al SGSSS, el 41,6% (381) de las mujeres pertenece al régimen subsidiado y esta condición, a su vez, reduce las probabilidades de cumplimiento del esquema de la realización de la citología, resultado que contrasta con el encontrado por Figueroa, donde se observa que quienes se encuentran afiliadas al régimen subsidiado tienen mayor conocimiento y cumplimiento con un 58% (18, 20). Lo anterior demuestra que a pesar de que la citología es una prueba accesible y gratuita para toda la población femenina, las mujeres de bajos recursos económicos afiliadas al régimen subsidiado siguen teniendo barreras para la utilización de este servicio y el consecuente cumplimiento del esquema propuesto para la detección temprana de alteración en su salud. Esto último también puede explicar por qué se presenta una menor probabilidad de cumplimiento entre las mujeres de estratos 1 y 2 y entre las mujeres que asumieron el pago total o parcial de la prueba (18, 21).

En relación con la percepción de las mujeres acerca de la importancia de la citología, el 97,4% (891) la considera como una prueba importante, lo es porque, para ellas, detecta enfermedades, previene el cáncer y otro tipo de enfermedades. Llama la atención que el 5% (44) de las mujeres no tenga conocimiento de la importancia de la citología, causa que puede predisponer a que estas no den relevancia al uso de la misma, pues al no saber los beneficios sobre su salud, la adherencia

a esta prueba puede ser mínima. A pesar de que el país ha implementado medidas de promoción, se puede inferir que estas no son eficientes, quizás porque las estrategias utilizadas no han sido adecuadas. Lo anterior, muestra la importancia de la educación en salud para el mejoramiento y mayor utilización de este tipo de pruebas (14, 22).

Esta investigación presenta como una de sus fortalezas la amplia población que se logró abarcar, pues dada la magnitud de la misma se encontró variabilidad (diferentes estratos socioeconómicos, nivel educativo, ocupación, régimen de afiliación, entre otros), lo que logra explorar mejor las diferencias entre mujeres de la ciudad de Cartagena, y relacionarlas con las posibles barreras para el uso correcto de la citología. Entre las limitaciones del estudio, se encuentran algunas de las preguntas incluidas en el formato, que generan sentimientos de pena o vergüenza en las participantes debido a que lo consideraban algo muy personal o íntimo y que por lo tanto no podía ser revelado a cualquier persona.

CONCLUSIONES

La gran mayoría de las mujeres cartageneras encuestadas se ha realizado la citología vaginal en algún momento de su vida; sin embargo no cumplen con el esquema 1-1-3 debidamente

planteado en la norma técnica para la detección temprana del cáncer de cuello uterino.

La razón principal por la que más mujeres se realizan la citología es la prevención de enfermedades en su sistema reproductor. Esto puede explicar, por qué se encuentra que el uso de la citología es más común cuando las mujeres perciben alteraciones en su sistema reproductor y por qué aquellas mujeres que no se realizan la prueba de seguimiento, no regresan por pereza o descuido.

Con relación al factor sociodemográfico, este se relaciona con el uso de la citología y el cumplimiento del esquema, encontrándose una relación importante con el ser mayor de 29 años. Aunque la influencia de amigas u otras personas no es relevante, la relación de pareja influye de forma importante en la decisión final de realizarse la prueba.

En cuanto al factor sociosanitario, la afiliación determina el uso de la prueba, el hecho de pertenecer al régimen subsidiado y de que la prueba se deba pagar disminuye la probabilidad de cumplimiento del esquema propuesto para la prueba, por la norma técnica nacional, lo que expresa inequidades en materia de acceso a este servicio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Liga Contra el Cáncer. Cáncer Cérvico-Uterino. [citado 25 abr 2012]. Disponible en: <http://www.ligacontraelcancer.com.co/tiposcanceruterino.php>
2. Guerrero M, Tangarife V, Morales L, Mazenet E. Perfil epidemiológico de Cartagena de Indias, año 2011. [citado 2 mar 2012]. Departamento Administrativo Distrital de Salud. Disponible en: http://www.dadiscartagena.gov.co/web/images/docs/saludpublica/perfil_epidemiologico_2011.pdf
3. Ministerio de Protección Social. Política nacional de salud sexual y reproductiva. Dirección General de Salud Pública. Bogotá. 2010. [citado 23 feb 2012]. Disponible en: http://www.unfpa.org.co/home/unfpacol/public_htmlfile/%20politicassr.pdf
4. Tafur Y, Acosta C, Sierra C. Prevalencia de citología anormal e inflamación y su asociación con factores de riesgo para neoplasias del cuello uterino en el Cauca, Colombia. *Rev Salud Pública*. 2012;14(1):53-66.
5. Uzcátegui Y, Lorenzo C, González M. Patología vaginal: utilidad de la citología y la colposcopia como métodos diagnósticos. *Rev Obstet y Ginecol Ven*. 2012;72(3):161-170.
6. Norma técnica para la detección temprana del cáncer de cuello uterino y guía de atención de lesiones pre-neoplásicas de cuello uterino. [citado 12 dic 2011]. Disponible en: http://odm.colnodo.apc.org/apc-aa-files/5774d034c9be96efe0bff91311203bc4/Norma_tecnica_para_la_deteccion_temprana_del_cancer_de_cuello.pdf
7. Escobar M, Pastor A, Valencia P. Citología cérvico-vaginal en niñas y adolescentes. *Rev Patología*. 2012;50(4):277-280.
8. Garcés I, Rubio D, Scarinci I. Factores asociados con el tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres de nivel socioeconómico medio y bajo en Bogotá, Colombia. *Rev Fac. Nac. Salud Pública*. 2012;30(1):7-16.
9. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud - ENDS. Capítulo XV. [citado dic 2011]. Disponible en: http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com_content&view=article&id=128&Itemid=145
10. Navarro E, De las Salas P. Uso de la citología en mujeres afiliadas al régimen subsidiado atendidas en la Unidad Hospitalaria La Manga de Barranquilla (Colombia), 2006. *Salud Uninorte*. 2008;24(2):192-195.
11. Murillo R, Cendales R, Wiesner C, Piñeros M, Tovar S. Efectividad de la citología cérvico-uterina para la detección temprana de cáncer de cuello uterino en el marco del sistema de salud de Colombia. Bogotá. *Biomédica*. 2009;29(3): 354-361.
12. Wiesner C, Vejarano M, Caicedo J, Tovar S, Cendales D. La citología de cuello uterino en Soacha, Colombia: representaciones sociales, barreras y motivaciones. *Rev. Salud Pública*. 2008;8(3):185-196.
13. Urrutía M. Creencias sobre Papanicolaou y cáncer cérvico-uterino en un grupo de mujeres chilenas. *Rev Chi Obstet Ginecol*. 2012;77(1):3-10.
14. Farfán L, Barrón E, Jiménez M, Vázquez E, Ayala S. Factores socioculturales en mujeres que no acuden a detección oportuna de cáncer cérvico-uterino. *Rev Enferm IMSS*. 2004;12(3):123-130.
15. Moreno E, Gil-Roales J. El Modelo de Creencias de 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*. 2003;3(1):91-109.
16. Fajardo A, Méndez F, Molina L. Factores que inciden en la no realización de la citología vaginal en las mujeres bogotanas - 2008. *Investigaciones Andina*. 2010;21(12):64-65.

17. Rodríguez E. Calidad de vida y percepción de salud en mujeres de mediana edad. *Invest Medicoquir.* 2012;4(1):245-259.
18. Figueroa N. Actitudes y prácticas de la citología cérvico uterina, en mujeres mayores de 15 años en condición de desplazamiento, en el barrio Las Flores; sector Caguan, Chipi y Tambos; del distrito de barranquilla. 2010. [citado 24 feb 2012]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/4184/1/597696.2011.pdf>
19. Cogollo Z, Castillo I, Torres B, Sierra L, Ramos E, Ramos M. Conocimientos, actitudes y prácticas de mujeres entre 18 y 49 años frente a la citología cérvico-uterina en instituciones de salud pública de Cartagena (Colombia). 2010. *Salud Uninorte.* 2010;26(2):223-231.
20. Bravo M, Erazo J, Álvarez A, Casa M, Ortiz O, Álvarez J. Prevalencia de anomalías en la citología cervical en tres grupos poblacionales de mujeres en Popayán, Colombia 2003-2005. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología.* 2008;59(3):190-198.
21. Cendales R, Pineros M, Wiesner C, Murillo R, Tovar S. Cobertura de la citología cérvico-uterina y factores relacionados en cuatro departamentos de Colombia. *Rev Col Cancerol.* 2008;12(3):119-125.
22. Gutiérrez C, Román F, Ramos J, Alarcón E, Wong P. Factores asociados con el conocimiento y tamizaje para cáncer de cuello uterino (examen de Papanicolaou) en mujeres peruanas en edad fértil. Análisis del periodo 1996-2008. *Revista Peruana de Epidemiología.* 2010;14(1):1-11.

AUTORES

Ana Lucía Herrera Betancourt

Médica y Cirujana, Estudiante de Especialización en Obstetricia y Ginecología. Departamento Materno Infantil, Universidad de Caldas. Manizales, Colombia. Correo electrónico: anitalu@utp.edu.co

Andrea Hernández Quirama

Trabajadora Social, Ph.D. en Investigaciones Feministas y Género. Instituto de Programas Interdisciplinarios en Atención Primaria de la Salud PROINAPSA. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, Colombia. Correo electrónico: ahernandezq@hotmail.com

Blanca Patricia Mantilla Uribe

Enfermera, Especialista en Administración de Servicios de Salud y Docencia Universitaria, Magíster en Pedagogía. Instituto de Programas Interdisciplinarios en Atención Primaria de la Salud PROINAPSA. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, Colombia. Correo electrónico: bpmantil@uis.edu.co, blancapm16@hotmail.com

Carmen Gloria Muñoz Muñoz

Terapeuta Ocupacional, Magíster en Comunicación, Ph.D. en Ciencias de la Salud Colectiva. Instituto de Aparato Locomotor y Rehabilitación, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile. Valdivia, Chile. Correo electrónico: cgmunoz@uach.cl

Carolina Sandoval Cuellar

Profesional en Terapia Física, Magíster en Intervención Integral en el Deportista. Grupo de Investigación CORPS, Universidad de Boyacá. Tunja, Colombia. Correo electrónico: carolinasandoval@uniboyaca.edu.co

Damaris Balaguera Serrano

Enfermera. Universidad de Cartagena. Cartagena, Colombia. Correo electrónico: maribals2007@hotmail.com

Diomedes Artunes Noriega Galindo

Enfermero. Universidad Popular del Cesar. Valledupar, Colombia. Correo electrónico: mateo2206@hotmail.com

Edilson Bustamante Ospina

Comunicador Social Periodista, Ph.D. en Publicidad y Relaciones Públicas y Experto en Comunicación Social y Salud. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. Correo electrónico: edilsonbustamante@gmail.com

Elisa Andrea Cobo Mejía

Fisioterapeuta, Magíster en Investigación Social Interdisciplinaria, Magíster en Historia. Grupo de Investigación CORPS, Universidad de Boyacá. Tunja, Colombia. Correo electrónico: eacobo@uniboyaca.edu.co

Fernando Arango Gómez

Médico, Especialista en Pediatría, Magíster en Epidemiología. Clínica Versalles, Grupo materno - Perinatal de Caldas - Universidad de Caldas. Manizales, Colombia. Correo electrónico: fernando.arango64@gmail.com

Francía Esther Herrera Salazar

Enfermera, Especialista en Médico Quirúrgica con énfasis en cuidados intensivos, Magíster en Materno Infantil, Magíster en Ciencias de la Educación, Ph.D. en Ciencias de la Educación. Universidad Popular del Cesar. Valledupar, Cesar, Colombia. Correo electrónico: franciaherrera@unicesar.edu.co

Fred Gustavo Manrique-Abril

Enfermero, Especialista en Gerencia Social, Magíster en Salud Pública, Magíster en Investigación en Atención Primaria en Salud, Ph.D. en Salud Pública, Ph.D. en Medicina Clínica. Escuela de Enfermería, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Tunja, Colombia.

Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. Correo electrónico: fgma75@gmail.com

Heydy Linda González Amaris

Enfermera. Universidad de Cartagena. Cartagena, Colombia. Correo electrónico: heidylinda02@hotmail.com

Irma Yolanda Castillo Ávila

Enfermera, Especialista en Gerencia en Salud, Magíster en Salud Pública. Universidad de Cartagena. Cartagena, Colombia. Correo electrónico: icastilloa@unicartagena.edu.co

Jorge Eduardo Vélez Arango

Médico, Especialista en Ginecología y Obstetricia. Profesor Departamento Materno Infantil, Universidad de Caldas. Manizales, Colombia. Correo electrónico: jorge.velez@ucaldas.edu.co

Juan Manuel Ospina Díaz

Médico, Especialista en Administración de Servicios de Salud, Magíster en Epidemiología. Escuela de Medicina, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Tunja, Colombia. Correo electrónico: juan.ospina@uptc.edu.co

Julio Alejandro Peña Duque

Estudiante Programa de Medicina, Universidad de Caldas. Manizales, Colombia. Correo electrónico: imoteb100@gmail.com

Karen Margarita Aguilar Velasco

Enfermera. Universidad de Cartagena. Cartagena, Colombia. Correo electrónico: geminis092@hotmail.com

Liliana Jurado V.

Enfermera, Especialista en Gestión de Proyectos de Desarrollo. Docente Departamento Materno Infantil, Universidad de Caldas. Manizales, Colombia. Correo electrónico: liliana.jurado@ucaldas.edu.com

Lina Fernanda Barrera Sánchez

Enfermera, Magíster en Salud Pública. Escuela de Enfermería, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Tunja, Colombia. Correo electrónico: linafernandabarrera@gmail.com

Lina Tatiana Marín Picón

Enfermera. Universidad Popular del Cesar. Valledupar, Colombia. Correo electrónico: litama16@hotmail.com

Luis Edilberto Herrera Morales

Médico, Especialista en Ginecología y Obstetricia. Profesor Departamento Materno Infantil, Universidad de Caldas. Manizales, Colombia. Correo electrónico: ediherreramh@yahoo.es

María del Pilar Oviedo Cáceres

Óptometra, Magíster en Salud Pública, Magíster en Educación para la Salud. Instituto de Programas Interdisciplinarios en Atención Primaria de la Salud PROINAPSA. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, Colombia. Correo electrónico: poviedoc@hotmail.com

María Victoria Benjumea R.

Nutricionista Dietista, Ph.D. en Salud Pública. Directora Instituto de Investigaciones en Salud. Universidad de Caldas. Manizales, Colombia. Correo electrónico: maria.benjumea@ucaldas.edu.co

Mariemma Socarrás Vega

Enfermera, Especialista en Enfermería Médico Quirúrgica, Magíster en Ciencias de la Educación, Magíster en Materno Infantil, Ph.D. en Ciencias de la Educación. Grupo de Investigación Control de Calidad de los Procesos en Salud, Universidad Popular del Cesar. Valledupar, Cesar, Colombia. Correo electrónico: mariemmasocarras@unicesar.edu.co

Marina Sánchez Sanabria

Enfermera, Magíster en Salud Pública, Magíster en Ciencias de la Educación, Ph.D. en Ciencias de la Educación. Grupo de Investigación Control de Calidad de los Procesos en Salud, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Popular del Cesar. Valledupar, Cesar, Colombia. Correo electrónico: marinasanchez@unicesar.edu.co

Melissa Mejía Barón

Enfermera. Universidad de Cartagena. Cartagena, Colombia. Correo electrónico: melissamb18@hotmail.com

Nelsy Cecilia Falla M.

Enfermera, Especialista en Promoción de la Salud. Investigadora Instituto de Investigaciones en Salud. Universidad de Caldas. Manizales, Colombia. Correo electrónico: necefam@gmail.com

Nieves Zoraida Flórez García

Enfermera, Especialista en Gerencia de Empresas. Instituto de Programas Interdisciplinarios en Atención Primaria de la Salud PROINAPSA. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, Colombia. Correo electrónico: nizoflo@yahoo.com

Yenny Maritza Alvarado Rojas

Fisioterapeuta, Magíster en Discapacidad. Grupo de Investigación CORPS, Universidad de Boyacá. Tunja, Colombia. Correo electrónico: ymalvarado@uniboyaca.edu.co

Zoila Rosa Franco Peláez

Enfermera, Magíster en Filosofía y Ciencias Jurídicas. Departamento de Desarrollo Humano, Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, Universidad de Caldas. Manizales, Colombia. Correo electrónico: zoila.franco@ucaldas.edu.co

EVALUADORES JULIO - DICIEMBRE AÑO 2012

Álvaro Franco Giraldo

Médico, Especialista en Estado y Políticas Públicas y en Administración de Hospitales, Magíster en Salud Pública, Ph.D. en Salud Pública. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. Correos electrónicos: alvarofrancogiraldo@hotmail.com, afranco@guajiros.udea.edu.co

Ana Lilia Banda Castro

Licenciada en Psicología, Magíster en Metodología de la Ciencia, Ph.D. en Ciencias Sociales. Universidad de Sonora. Sonora, México. Correo electrónico: albanda@psicom.uson.mx

Antonio Henrique Almeida de Moraes Neto

Licenciado en Ciencias Biológicas, Magíster en Parasitología y Biología Celular, Ph.D. en Ciencias Biológicas, Ph.D. en Parasitología y Salud Pública. Instituto Oswaldo Cruz. Río de Janeiro, Brasil. Correos electrónicos: ahmn.ioc@gmail.com, ahmn@ioc.fiocruz.br

Bernat Carles Serdà Ferrer

Licenciado Educación Física, Fisioterapeuta, Psicólogo, Especialista en Deporte, Magíster en Medicina, Ph.D. en Psicología. Universidad de Girona. Girona, España. Correo electrónico: bernat.serda@udg.edu

Carlos Álvarez Dardet

Médico, Especialista en Salud Pública. Universidad de Alicante. Alicante, España. Correo electrónico: carlosalvarezdardetdiaz@gmail.com

Edgardo Cristian Molina

Licenciado en Educación Física, Magíster en Ciencias de la Actividad Física, Ph.D. en Actividad Física y Salud. Docente Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación. Santiago de Chile, Chile. Correo electrónico: edgardo.molina@umce.cl

Francisco Domingo Vázquez Martínez

Médico, Especialista en Recursos Humanos para la Salud, Magíster en Educación Médica, Ph.D. en Pedagogía. Universidad Veracruzana. Xalapa, México. Correo electrónico: dvazquez@uv.mx

Franco Romaní

Médico Cirujano, Magíster en Ingeniería Biomédica. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú. Correo electrónico: fromanir@gmail.com

Luz María González Robledo

Odontóloga, Especialista en Auditoría en Salud, Magíster en Administración de Salud, Ph.D. en Ciencias de la Salud Pública con área de concentración en sistemas de salud. Universidad Autónoma del Estado de Morelos. Cuernavaca, México. Correos electrónicos: luz.gonzalez@uaem.mx, luz.gonzalez@insp.mx

María Elena Díaz Pizán

Odontóloga, Especialista en Odontología Pediátrica, Magíster en Estomatología, Ph.D. en Estomatología. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú. Correo electrónico: mariaediazp@hotmail.com

María Eugenia Pico Merchán

Enfermera, Especialista Salud Ocupacional, Magíster en Educación y Desarrollo Humano, Estudiante de Doctorado en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. Manizales, Colombia. Correo electrónico: maria.pico@ucaldas.edu.co

María Leticia Rubí García Valenzuela

Enfermera, Magíster en Ciencias de Enfermería, Ph.D. en Enfermería en Salud Pública. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Morelia, México. Correo electrónico: letyrubigv@yahoo.com.mx

Martha Frías Armenta

Licenciada en Derecho, Magíster en Psicología Jurídica, Ph.D. en Psicología Jurídica. Universidad de Sonora. Hermosillo, México. Correo electrónico: marthafrias@sociales.uson.mx

Moraima Torres Rangel

Profesora Deficiencias Auditivas y Problemas de Lenguaje, Especialista en Psicología Cognitiva, Ph.D. en Educación, Postdoctorado en Educación, Ambiente y Sociedad. Universidad Pedagógica Experimental Libertador, Instituto Pedagógico de Caracas. Caracas, Venezuela. Correo electrónico: moraimatorres18@gmail.com

Pablo Alcalde Tirado

Médico, Especialista en Geriátrica, Ph.D. en Medicina. Hospital General de Granollers, Servicio de Geriátrica. Granollers, España. Correo: palcalde@fhag.es

Patricia Balcázar Nava

Licenciada en Psicología, Especialista en Evaluación de la Personalidad, Magíster en

Psicología Clínica, Ph.D. en Investigación Psicológica, Estancia Posdoctoral en Evaluación de la Personalidad. Universidad Autónoma del Estado de México. Estado de México, México.

Correos electrónicos:

pbalcazarnava@hotmail.com,

pbalcazarn@uaemex.mx

Robinson Ramírez Vélez

Fisioterapeuta, Especialista en Rehabilitación Cardíaca y Pulmonar, Ph.D. en Ciencias Biomédicas. Universidad Manuela Beltrán. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: robin640@hotmail.com

Rosalinda Guadarrama Guadarrama

Psicóloga, Magíster en Psicología Clínica, Ph.D. en Ciencias Sociales. Universidad Autónoma del Estado de México. Estado de México, México. Correo electrónico: rossyigma@hotmail.com

INDICACIONES PARA LOS AUTORES

La Revista Hacia la Promoción de la Salud es una publicación semestral, de carácter científico, indexada en el Índice Bibliográfico Nacional Publindex de COLCIENCIAS; con una distribución nacional e internacional a entidades de carácter académico, asistencial y administrativo del sector salud. Está dirigida a todas aquellas personas naturales o jurídicas con interés en las diferentes áreas propuestas. Tiene como finalidad socializar las experiencias académicas, investigativas, de proyección y de docencia, tanto de docentes como de estudiantes, egresados de pregrado y postgrado, profesionales de las áreas de la salud, sociales y afines del país y del mundo, que realicen aportes para el desarrollo de las siguientes temáticas:

- Conceptualización sobre salud y vida.
- Salud pública.
- Educación para la salud.
- Estilos de vida saludables.
- Comunicación social en salud.
- Mercadeo social.
- Orientación de los servicios de salud.
- Políticas públicas saludables.
- Ambientes favorables a la salud.
- Negociación y manejo de conflictos.
- Participación social.
- Alianzas estratégicas.
- Desarrollo social y humano.
- Ciencias sociales y salud.

SECCIONES

La revista contiene las siguientes secciones:

Editorial: punto de vista del Comité Editorial, del editor o de autores invitados.

Artículo de investigación científica y tecnológica: documento que presenta de manera detallada los resultados originales de proyectos terminados de investigación¹; debe indicar: introducción, materiales y métodos, resultados, discusión, conclusiones, agradecimientos y referencias bibliográficas.

Artículo de revisión: documento resultado de una investigación terminada en la que se analizan, sistematizan e integran los resultados de investigaciones publicadas o no, sobre un campo en ciencia o tecnología, con el fin de dar cuenta de los avances y las tendencias de desarrollo. Se caracteriza por presentar una cuidadosa revisión bibliográfica de por lo menos 50 referencias².

Artículo de reflexión: documento que presenta resultados de investigación terminada desde una perspectiva analítica, interpretativa o crítica del autor, sobre un tema específico, recurriendo a fuentes originales³.

SELECCIÓN DE ARTÍCULOS PARA PUBLICACIÓN

El estudio y la selección inicial de los escritos están a cargo del Comité Editorial, que acepta o rechaza los originales, atendiendo a la calidad científica, la concordancia con las temáticas propias de la revista y la vigencia temporal de los resultados. Además, el Comité puede solicitar modificaciones y hacer las recomendaciones que se estimen necesarias para ajustar el documento a las indicaciones de la Revista. Luego de esta revisión, será sometido a evaluación por uno o dos pares académicos externos, quienes emiten un concepto en el cual se acepta el artículo sin cambios, se acepta sujeto a cambios o se rechaza. En el caso en que del concepto de los evaluadores se deriven controversias, estas serán resueltas inicialmente por el Editor de la Revista o de ser necesario se solicitará una segunda o tercera evaluación por pares académicos. Se debe aclarar que la identidad de los autores no es revelada a los evaluadores, ni la de estos a los primeros, es decir, que el proceso es anónimo dado que los evaluadores no conocen los nombres de los autores y viceversa. La recepción de un artículo no implica compromiso con respecto a su publicación. Se acusará recibido del artículo y los originales no se devolverán; por lo tanto, el autor debe dejar copia de todo el material enviado. El proceso de revisión y corrección de los artículos implica un tiempo que debe ser tenido en cuenta por el/los autor/es, en la decisión de envío del mismo.

¹ Tomado de Base Bibliográfica Nacional - BBN Publindex Índice Bibliográfico Nacional Publindex – IBN Publindex, febrero de 2010, p. 7.

²⁻³ *Ibidem*, p. 7.

ENVÍO DEL DOCUMENTO

El documento debe ser enviado al correo electrónico reprosa@ucaldas.edu.co, dirigido a la Editora de la revista; estar estructurado en Microsoft Word, tipo de fuente Times New Roman, tamaño 11; no exceder las 25 páginas a doble espacio, en tamaño carta; las márgenes deben ser de 3 cm y las páginas se numerarán consecutivamente en la esquina inferior derecha. Adjunto a este envío deberá remitirse el formato de **DECLARACIÓN DE COMPROMISO DE AUTORES** diligenciado, el cual puede ser consultado en la página web de la revista.

DERECHOS DE REPRODUCCIÓN

Si el documento es aceptado para publicación, los derechos de reproducción serán de la Universidad de Caldas. Como se mencionó, cada artículo debe ir acompañado de una carta de declaración de compromiso de los autores en la cual se especifica que es inédito e indica que los derechos de reproducción son propiedad exclusiva de la revista Hacia la Promoción de la Salud, además de otros aspectos que se encuentran explícitos en el documento, tales como que el artículo no se ha presentado simultáneamente para su publicación en otra revista. Por otra parte, el autor tiene la responsabilidad de obtener los permisos necesarios para reproducir cualquier material protegido por derechos de reproducción y debe especificar con claridad cuál es el cuadro, figura o texto que se citará y la referencia bibliográfica completa. Las opiniones, juicios y puntos de vista expresados por los autores son de su exclusiva responsabilidad y no reflejan los criterios ni la política de la revista.

Aspectos éticos: cuando sea pertinente, se incluirá una explicación sobre los procedimientos seguidos en la investigación a fin de garantizar el cumplimiento de los principios y normas éticas de la Declaración de Helsinki de 1975 y posteriores revisiones, además de la Resolución 8430 de 1993 del entonces Ministerio de Salud de Colombia.

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, este no debe contener abreviaturas ni siglas. Debajo del título aparecen los apellidos y los nombres completos de cada autor, centrados y en cursivas; en pie de página se indica: título profesional y el máximo nivel alcanzado, institución donde labora en la cual no se deben presentar abreviaturas ni siglas, ciudad, país y dirección electrónica institucional o corporativa de cada uno de los autores. Se debe jerarquizar en el caso de autor/es con varias afiliaciones institucionales. Es indispensable esta información y solo esta. Omita cargos, grados docentes, reconocimientos, etc. Tener en cuenta que el primer autor será quien quedará registrado en las bases de datos de los diferentes servicios de indexación y resumen. Es indispensable indicar cuál autor se encargará de recibir y enviar la correspondencia, o de lo contrario se asumirá que el primer autor se hará cargo de tal función.

Resumen

Todo artículo debe tener un resumen en español, inglés y portugués con una extensión no mayor a 250 palabras. Incluirá objetivos, fechas y lugares de ejecución del estudio, métodos, resultados y conclusiones. No debe incluir abreviaturas y citas bibliográficas. Se debe redactar de forma impersonal, esto es, en la tercera persona del singular.

Palabras clave

Se utilizarán solo aquellas aceptadas por bases de datos internacionales, y que pueden ser consultadas en las siguientes direcciones: palabras clave (español): <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>, Key words (inglés): <http://www.nlm.nih.gov/mesh/>. Los autores deben explicitar que consultaron los descriptores antes mencionados, seguido de la última palabra clave, así: (*fuelle: DeCS, BIREME*); (*source: MeSH, NLM*); (*fonte: DeCS, BIREME*). El número de palabras clave presentadas debe ser cinco.

Cuerpo del artículo

Los documentos que son resultado de investigación se presentan de la siguiente manera: introducción, materiales y métodos, resultados, discusión, conclusiones, agradecimientos y referencias bibliográficas.

Introducción: indica la justificación y los objetivos de la investigación, incluye un resumen del referente teórico y no incluye resultados ni conclusiones.

Materiales y métodos: describe el tipo de estudio y el diseño del mismo, la población, la técnica de muestreo y la de selección de la muestra; así como los criterios de inclusión y exclusión. Explicitar la técnica, instrumentos y procedimientos utilizados para obtener los datos y analizarlos.

Resultados: presenta los resultados en orden lógico, deben ser concisos y claros. No se repiten en el texto los resultados que se encuentren en las tablas o figuras.

Discusión: se basa en los resultados obtenidos en la investigación, se comenta la relación entre estos y los obtenidos por otros autores, señala las coincidencias y diferencias encontradas y enfatiza en los aspectos nuevos. No repite información incluida en las secciones anteriores. Examina las implicaciones de los hallazgos, sus limitaciones y sus proyecciones en futuras investigaciones.

Conclusiones: indican los hallazgos más relevantes de la investigación desde el punto de vista del objeto de estudio; se recomienda que los objetivos de la investigación se constituyan en el punto de referencia para plantearlas, y que en ellas se involucren las distintas dimensiones del problema.

Agradecimientos: los autores pueden hacer mención a las personas y colaboradores, así como a instituciones financiadoras, dependencias e instituciones que apoyaron la ejecución de la investigación.

Referencias bibliográficas: se elaborarán ajustadas a las Normas Vancouver: se indican en el texto numeradas consecutivamente en el orden en que aparezcan, con números arábigos colocados entre paréntesis. La lista de referencias se iniciará en una hoja aparte al final del artículo. Consulte la lista de publicaciones periódicas del Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji.html>) para la abreviatura exacta de la revista citada; si la revista no aparece, escriba el título completo de la revista.

Cuadros y figuras

Los cuadros y figuras deben contener un título breve, lugar, fecha y fuente, y en los casos necesarios se debe

aclarar si es una elaboración propia. El encabezamiento de cada columna del cuadro debe tener la unidad de medida. No se aceptan tablas y gráficos en formato de imágenes. Las ilustraciones (gráficos, diagramas, dibujos, mapas, fotografías, entre otras) y los cuadros deben llevar sus respectivas leyendas y títulos, numerarse consecutivamente y su número no debe exceder a cuatro ilustraciones por artículo. Cada una de las ilustraciones deberá ser incluida en el texto donde corresponda y realizar su debida citación.

Para las ilustraciones que no hayan sido producidas por los autores o hayan sido tomadas de una revista, libro, sitio de internet o similares, sobre los cuales existan derechos de autor, se deberán obtener los permisos necesarios para reproducir el material, ante lo cual deberán acompañarse de la autorización escrita por parte de la respectiva editorial o los autores.

Abreviaturas y siglas

Se utilizarán lo menos posible y preferiblemente aquellas que son reconocidas internacionalmente. Cuando se citan por primera vez en el texto, deben ir precedidas de la expresión completa.

Notas a pie de página

Debe ser limitado a comentarios y aclaraciones del autor.

Las comunicaciones personales deben indicarse entre paréntesis en el cuerpo del texto (no en notas al pie) e indicar fecha e institución de quien da la comunicación.

Evitar la inclusión de documentos no publicados, incluso si han sido presentados en conferencias o congresos, artículos enviados para publicación que no han sido aceptados y resúmenes. Si es absolutamente necesario citar fuentes no publicadas, estas deben ser mencionadas en el texto entre paréntesis.

Para mayor información comunicarse con:

Universidad de Caldas, Facultad de Ciencias para la Salud. Revista Hacia la Promoción de la Salud, Consuelo Vélez Álvarez. Edificio Miguel Arango Soto. Carrera 25 No. 48-57. Teléfono 8783060 extensiones 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 semester publication of scientific character, indexed in the COLCIENCIAS National Bibliographical Index Publindex, with national and international distribution to academic institutions, assistance institutions, and administrative establishments from the health area. It is addressed to those entire natural or corporate entity interested in the different areas proposed. Its purpose is to socialize the academic, research, projection and teaching experiences of both professors and students, undergraduate and graduate alumni; health, social and compatible area professionals of the country and the world who contribute to the development of the following topics:

- Conceptualization on health and life
- Public Health
- Health education
- Healthy life styles
- Social communication in health
- Social marketing
- Health services orientation
- Healthy public policies
- Favorable health environments
- Negotiation and conflict resolution
- Social participation
- Strategic alliances
- Social and human development
- Social Sciences and health

SECTIONS

The journal contains the following sections:

Editorial: point of view of the Editorial Committee, the publisher or invited authors.

Scientific and technological research article: document that explicitly presents the original results of finished research projects¹; it must include: introduction, materials and methods, results, discussion, conclusions acknowledgements, and references.

Article of revision: document resulting from a finished research in which the results of published or unpublished scientific or technological research are analyzed, systematized and integrated, with the purpose of shedding light on the advances and development tendencies. It is characterized by the presentation of a careful bibliographical revision of at least 50 references.²

Reflection article: document that presents finished research results from the author's analytical, interpretative or critical perspective on a specific subject, resorting to original sources.

ARTICLE SELECTION FOR PUBLICATION

The study and the initial selection of writings are the responsibility of the Editorial Committee, which accepts or rejects the original texts based on the scientific quality, the agreement with the topics suitable for the Journal, and the relevance in time of the results presented. In addition, the Committee can ask for modifications and make the corrections they consider necessary to adjust the document so that it fits the journal requirements. After this revision, the article will be put under evaluation by one or two external Academic Peers who will express a concept in which the article is accepted without changes or it is rejected. In the case the evaluators' concept derives in controversies, these will be resolved by the Journal Editor initially or, if it is necessary, a second or third evaluation by Academic Peers will be requested. It is necessary to clarify that neither the authors' identity will be revealed to the evaluators, nor the evaluators' identity will be revealed to the authors. This is to say it is an anonymous process since evaluators do not know the authors' names and vice versa. The reception of an article does not imply any commitment regarding its publication. Acknowledge receipt of the article will be given and original articles will not be returned, therefore, the author(s) must keep a copy of all material sent. The article revision and correction process implies some time that must be taken into consideration by the author(s) when they make the decision to send the article.

¹ Taken from National Bibliographical Base –NBB Publindex Bibliographical Index NacionalPublindex - IBN Publindex, August of 2006, p. 7.

²⁻³ Ibidem, p. 7.

ARTICLE SHIPMENT

The document must be sent to the email: reprosa@ucaldas.edu.co, addressed to the Journal editorial. It must be structured in Microsoft Word, Times New Roman, font size 11, and it must not exceed 25 double spaced, letter size pages. Margins must be 3 cm and pages must be consecutively numbered in the bottom right corner. Attached to this remittance, the completed **AUTHORS' COMMITMENT DECLARATION** format, which can be consulted in the Journal webpage, must be attached.

REPRODUCTION RIGHTS

If the document is accepted for publication the reproduction rights will belong to Universidad de Caldas. As mentioned before, each article must include the authors' letter of commitment specifying that the text is unedited, and indicating that the reproduction rights are exclusive property of the *Hacia la Promoción de la Salud Journal*, in addition to other aspects which are explicit in the document such as that the article has not been simultaneously submitted for publication to another Journal. On the other hand, the author is responsible for obtaining the necessary permits to reproduce any material protected by reproduction rights and must clearly specify the picture, figure or text that will be cited and its complete bibliographical reference. The opinions, judgments and points of view expressed by the authors, are of their exclusive responsibility and they reflect neither the criteria nor the Journal policy.

Ethical aspects: Whenever pertinent, an explanation, on the procedures followed in the research will be included in order to guarantee the fulfillment of the principles and ethical norms of the 1975 Declaration of Helsinki and later revisions, in addition to Resolution 8430 of 1993 from the Colombian Ministry of Health.

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 and it may not include abbreviations or acronyms. Each author's full name must appear centered and in italics under the title. As a footnote, the professional degree, the highest professional title obtained by the author, the institution where the author works, the city, country and institutional or corporative electronic mail address of each author must be included. In the case of authors with affiliations to several institutions they must be arranged in order of importance. This information, and only this information, is indispensable. Avoid including positions, teaching degrees, recognitions, etc. It must be taken into account that the first author's name will be the one appearing registered in the data bases in the different indexing and abstract services. It is necessary to indicate which author will be responsible for receiving and sending correspondence; otherwise it will be assumed that the first author will be responsible for such function.

Abstract

All articles must have an abstract in Spanish, English and Portuguese, with an extension no greater than 250 words. It must include objectives, dates and places where the study was carried out, methods, results and conclusions. It should not include abbreviations and reference citations. It must be written in an impersonal manner, this is to say in the third person singular.

Key words

Only the key words accepted by international data bases which can be consulted in the following web pages can be used: Key words (Spanish): <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>, Key words (English): <http://www.nlm.nih.gov/mesh/> The author(s) must explain that they consulted the descriptors mentioned above as follows: (*Source: DeCs, Bireme*); (*source: MeSH;NLM*). The number of keywords presented must be 5.

Body of the article

The documents which are the result of research are presented as follows: introduction, materials and methods, results, discussion, conclusions, acknowledgements and references.

Introduction: Indicates the justification and the objectives of the research; it includes a summary of the theoretical framework without including results or conclusions.

Materials and methods: Describes the type of study and its design, the population, the sampling technique and the sample selection as well as the inclusion and exclusion criteria. It explains the technique, instruments, and procedures used to obtain and analyze data.

Results: Presents the results in a logical, concise and clear sequence. The results found in tables or illustrations should not be repeated within the text.

Discussion: It is based on the results obtained through the research process, as well as the relation between these and the results obtained by other authors. It points out the coincidences and differences found and emphasizes on the new aspects found. It does not repeat information included in previous sections. It examines the implications of the findings, their limitations and their projections in future research.

Conclusions: Indicate the research most relevant findings from the point of view of the object of study. It is recommended that the research objectives become the point of reference to suggest them and that the different dimensions of the problem be involved in them.

Acknowledgements: the authors can mention people and collaborators, as well as financing institutions, departments and institutions that supported the carrying out of the investigation.

References: References must be developed following the Vancouver Norms: they must be indicated in the text, consecutively numbered in the order in which they appear, using Arabic numbers in parenthesis. The list of references will begin on a separate page at the end of the article. Please consult the Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji.html>) periodical publications list for the exact abbreviations of the cited journal. If the journal is not listed, write its complete title name.

Graphs and figures

The graphs and figures must contain a brief title, place, date the source, and when necessary, clarify if it is your own design. The heading of each column

of the table must include the unit of measurement. Tables and graphics in image format are not accepted. The illustrations (graphics, diagrams, drawings, maps, photographs, etc.) and the tables must include their respective footnotes and titles, they must be consecutively numbered, and their number must not exceed four illustrations per article. Each illustration must be included in the text where it corresponds and its appropriate citation must also be included.

For illustrations that have not been produced by the authors or that have been taken from a Journal, a book, an internet website or the like, on which there are copyrights, the necessary permissions to reproduce the material must be obtained, in which case the written authorization by the respective publishing house or the authors must be attached.

Abbreviations and Acronyms

Abbreviations will be used the least amount of times possible, and preferably only internationally recognized ones must be used. When they are cited for the first time in the text, they must be preceded by the complete expression.

Footnotes

Footnotes must be limited to the author's comments and explanations.

Personal communications must be indicated in the body of the text, in parenthesis (not in footnotes), with date and name of institution of the person presenting the communication.

Avoid the inclusion of unpublished documents, in spite of their presentation in conferences or congresses, articles or abstracts sent for publication that have not been accepted and abstracts. If it's absolutely necessary to cite unpublished sources, these must be mentioned in the text in parenthesis.

For more information contact:

Universidad de Caldas, Facultad de Ciencias para la Salud. Revista Hacia la Promoción de la Salud, Consuelo Vélez Álvarez. Edificio Miguel Arango Soto. Carrera 25 No. 48-57. Teléfono 8783060 extensiones 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 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.

SECÇÕES

A revista contém as seguintes seções:

Editorial: ponto de vista do Comitê Editorial, do editor ou de autores convidados.

Artigo de investigação científica e tecnológica: documento que apresenta de maneira detalhada os resultados originais dos projetos terminados de investigação¹ deve indicar: introdução, materiais e métodos, resultados, discussão, conclusões e agradecimentos e referências bibliográficas.

Artigo de revisão: documento resultado duma pesquisa terminada onde se analisam sistematizam e integram os resultados de pesquisas publicadas ou não publicadas, sobre um campo em ciência ou tecnologia, com o fim de dar conta dos avances e as tendências de desenvolvimento. Caracteriza-se por apresentar uma cuidadosa revisão bibliográfica de por o menos 50 referências².

Artigo de reflexão: documento que apresenta resultados da pesquisa terminada desde uma perspectiva analítica, interpretação ou crítica do autor, sobre um tema específico, recorrendo a fontes originais³.

SELEÇÃO DE ARTICULOS PARA PUBLICAÇÃO

O estudo e a seleção inicial dos escritos estão a cargo do Comitê Editorial, a qual aceita ou rechaça as originais, atendendo 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, quem 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.

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

¹ Tomadou da Base Bibliográfica Nacional - BBN Publindex Índice Bibliográfico Nacional Publindex – IBN Publindex, agosto de 2006, p. 7.

²⁻³ Ibidem, p. 7.

25 pagina e dobre espaço, em tamanha carta; as margens devem ser de 3 cm e as paginas numeram se consecutivamente no canto inferior direito. Adjunto a este envio devera remittir se o formato de **DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DE AUTORES** diligenciado, o qual pode ser consultado na pagina 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 duma 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 aspetos 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 caridade qual é o quadro, figura o texto que se citara 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 Helsinki 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 previa autorização escritos pelo Comitê Editorial da revista para a Promoção da saúde.

APRESENTAÇÃO DO ARTICULO

Títulos e autores

O título do trabalho deve limitar se a máximo 15 palavras. Debaixo do titulo aparecem os sobrenomes e os nomes completos de cada autor centrado e em cursiva; em pé de pagina indica se: título profissional e o máximo nível alcançado, instituição onde trabalha, cidade, pais e endereço eletrônico institucional ou corporativo de

cada um dos autores. Se deve hierarquizar no caso de autor (es) com varias 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 da pagina 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 citas bibliográficas. Deve se redigir de forma impessoal, isto é, na terceira pessoa do singular.

Palavras chave

Utilizaram se só aquelas aceitadas 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 articulo

Os documentos que são resultados de pesquisa apresentam se da seguinte maneira: Introdução, materiais, e métodos, resultados, discussão, conclusões, agradecimentos e referencias bibliográficas.

Introdução: indica a justificação e/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 povoação, a técnica de amostragem e a seleção da amostra, assim como os critérios de inclusão e exclusão. Explicar a técnica, instrumentos e procedimentos utilizados para obter os dados e analisar os mesmos.

Resultados: apresentam os resultados em ordem lógicos, devem ser concisos e claros. Não se repete no texto os resultados que encontraram se nas tabelas e figuras.

Discussão: se fundamenta nos resultados obtidos na pesquisa à vez que se encontram a relação entre estes e os obtidos por outros autores, assinala as coincidências e diferenças encontradas e enfatiza nos aspetos novos. Não repete informação incluída nas seções anteriores. Examinam as implicações dos descobrimentos, suas limitações e suas projeções em futuras pesquisas.

Conclusões: indicam os descobrimentos mais relevantes da pesquisa desde o ponto de vista do objeto do estudo; recomenda se que os objetivos da pesquisa se constituem no ponto de referência para desenhar e que em elas envolvem se as distintas dimensões do problema.

Agradecimentos: os autores podem fazer menção às pessoas e colaboradores, assim como a instituições financiadoras, dependências e instituições que apoiam 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 esclarecimentos 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.

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 Davivienda, cuenta de ahorros No. 084500007467 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

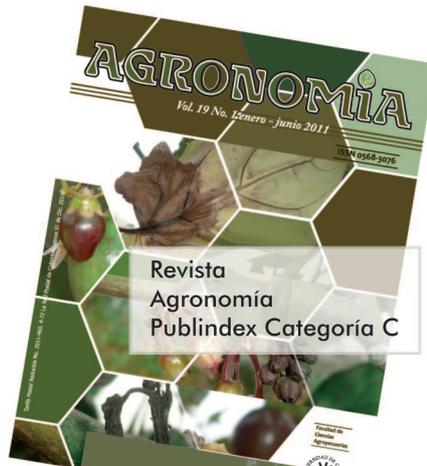
E-mail: reprosa@ucaldas.edu.co
revistascientificas@ucaldas.edu.co

Último ejemplar recibido / Last issue mailed:

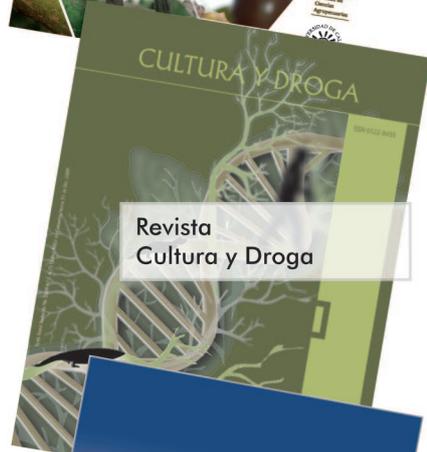
Año/Year Volumen/Volume Número/Number Fecha / Date



Ventas, suscripciones y canjes
Vicerrectoría de Investigaciones y
Postgrados
Universidad de Caldas
Sede Central
Calle 65 No. 26 - 10
A.A. 275
Teléfonos: (+6) 8781500
ext. 11222
e-mail:
revistascientificas@ucaldas.edu.co
Manizales - Colombia



Revista
Agronomía
Publindex Categoría C



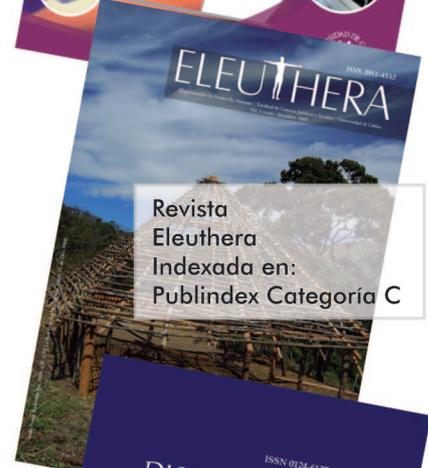
Revista
Cultura y Droga



Revista
Luna Azul (On Line)
<http://lunazul.ucaldas.edu.co>
Indexada en:
Publindex Categoría A2
Index Copernicus, DOAJ



Revista
Biosalud
Indexada en:
Publindex Categoría B
Lilacs



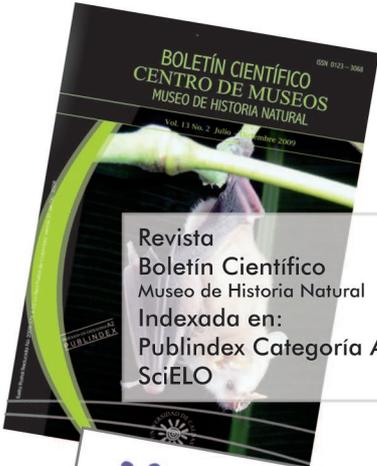
Revista
Eleuthera
Indexada en:
Publindex Categoría C



Revista
Discusiones Filosóficas
Indexada en:
Publindex Categoría A2
Philosopher's Index
SciELO
Ulrich's Periodicals Directory

Revistas

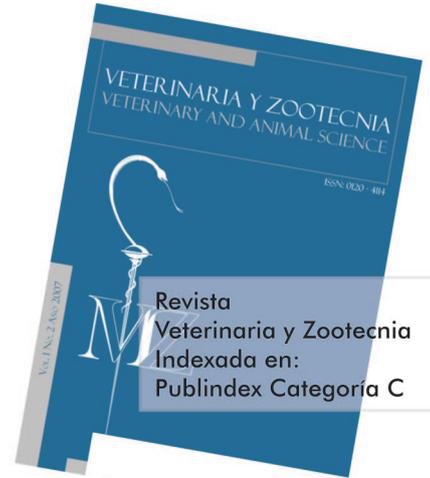




Revista Boletín Científico Museo de Historia Natural Indexada en: Publindex Categoría A2 SciELO



Revista Colombiana de las Artes Escénicas



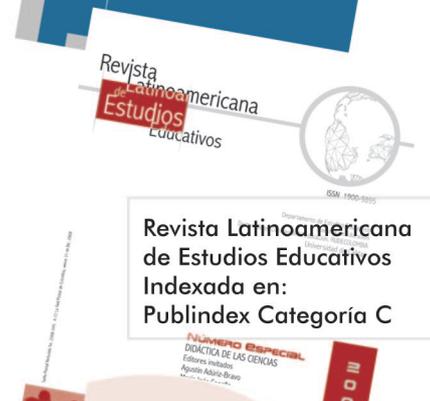
Revista Veterinaria y Zootecnia Indexada en: Publindex Categoría C



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



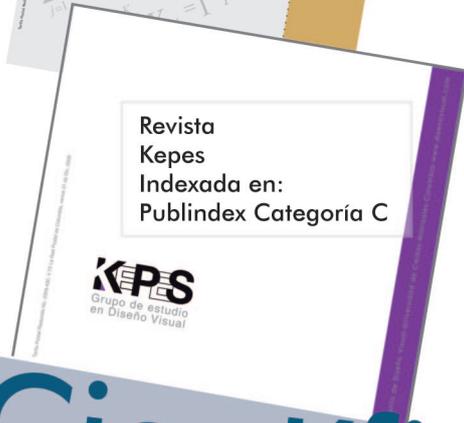
Revista Vector Indexada en: Publindex Categoría C



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





472

Entregando
lo mejor de los
colombianos

Línea de atención al Cliente Nacional: 01 8000 111 210
Línea de atención al Cliente Bogotá: (57-1) 4199299
» www.4-72.com.co



Esta revista se terminó de imprimir
en el mes de diciembre de 2013
Manizales - Colombia